

Magtstrukturer i den lægefaglige rådgivning af det politiske system i Region Midtjylland

Nete Hornung

Vejleder Jeppe Gustafsson

Masteropgave E2018

Master of Public Governance, Master i Offentlig Ledelse,

Aalborg Universitet

49,9 sider a 2275 tegn inkl. mellemrum

Indholdsfortegnelse

Forord	4
English resume	5
Indledning	6
Behov for lægefaglig rådgivning	6
Lægefaglig rådgivning – strukturer i Region Midtjylland	7
Lægefaglig rådgivning – andre regioner	9
Problemstilling	9
Problemer	11
Problemformulering	12
Hypoteser	12
Metode	12
Videnskabsteori	12
Kritisk realisme	13
Positivism	15
Videnskabsteoretiske begrænsninger	15
Undersøgelsesdesign	16
Valg af metoder	16
Spørgeskemaundersøgelse	17
Valg af case	17
Spørgsmål, kvalificering og statistik	18
Interviews	18
Valg af interviewpersoner	19
Spørgeguide	20
Kodning	20
Data	21
Teorivalg	21
Organisering	21
Netværk	25
Magtstrukturer og kontrol	27
Empiri og analyse	30
Interview	30
Spørgeskemaundersøgelse	31

Udpegning af medlemmer	32
Kommissorium	34
Formænd	35
Hospitalsdirektørerne	38
Møderne – hvordan fungerer de	40
Rammer og dagsorden	40
Kultur og miljø	41
Medlemmernes interesser og ageren	43
Konsensus	44
Medlemmernes perspektiver og fælles mål	47
Asymmetri	48
Koncernperspektiv	49
Magtperspektiver	49
Forventninger fra beslutningstagere og administrativ understøttelse	50
Diskussion	53
Perspektiver	56
Fælles mål	57
Formandens rolle	57
Medlemmernes bidrag	58
Referencer	59

Forord

Under MPG studiet har jeg længe været bevidst om, at dette emne skulle adresseres i min masteropgave. Undervejs i studiet har jeg derfor arbejdet med problemstillingen fra forskellige vinkler, eksempelvis hvad en strategisk proces kunne gøre for mit eget Specialeråds effektivitet og samstemthed. Det har bekræftet mig I, at emnet er interessant og at en nærmere udforskning i forbindelse med en masteropgave, er relevant. Jeg er selv klinisk biokemiker¹ og er medlem af det klinisk biokemiske specialeråd. Derfor vil der nogle gange være henvisning til dette speciale i min opgave, idet jeg er dybere inde i processer og aktiviteter indenfor dette speciale. Denne opgave omhandler lægefaglig rådgivning fra hospitalerne, og derfor er rådgivning fra andre lægefaglige sektorer fx de praktiserende læger ikke en del af denne opgaves scope.

Indholdsfortegnelsen viser, hvordan rapporten er struktureret, og jeg vil anbefale, at man som læser løbende konsulterer indholdsfortegnelsen, da den viser opbygningen i afsnit og underafsnit.

Processen har været inspirerende og motiverende i hele forløbet og det skyldes ikke mindst min vejleder Jeppe Gustafsson. Jeppe har altid været klar med gode råd og spændende input, når jeg har haft behov. Det har været positive inspirerende samtaler, det har jeg nydt, tak for det.

Og tiden, jeg har haft til dette projekt, er langt hen ad vejen genereret af min mand, Søren. Han har stået for alt det huslige i den seneste tid, i ikke mindst i julen, hvor indkøb og madlavning og meget mere blevet ordnet – tak for det. Der har været opbakning i hele forløbet, og det har betydet rigtig meget og jeg glæder mig til at kunne gøre lidt gengæld.

¹ Klinisk biokemi er et lægefagligt speciale, hvor en væsentlig funktion er analyse af blodprøver. Specialet findes på alle hospitaler i Region Midtjylland.

English resume

This thesis concerns the structures of medical counselling of the political and administrative systems in the political Central Denmark Region. Focus has been on the counselling performed from the medical specialty-councils in each specialty in the region. The mission of these councils has recently been renewed and is thoroughly described. The counselling is often part of a hearing process and as a fundamental part in this mission, all counselling should be based on consensus. If this is not achievable it should be clearly stated in the hearing answers. The scope of the thesis is to investigate how the medical specialty-councils works and how the individual members of the councils are contributing. In addition, a objective is to highlight to what extent the counselling is performed according to the mission and, if not, what might be the causes for that. Data has been collected through both interviews and electronic survey. Three respondents from the political administrative systems have been interviewed and 6 medical doctors from 6 different specialties have been interviewed. The survey is performed on all members from 4 medical specialty-councils.

The data show that the medical specialty-councils are functioning satisfactory according to most respondents. However, there are significant challenges between the members in the medical specialty-councils when the counselling concerns centralization or relocation of medical activities. In those cases, it proves always to be difficult to achieve consensus-based counselling as various underlying mechanisms and power factors are in play, deliberately or unconsciously. Interestingly, there are differences between the various specialties and also differences related to the work location of a given participant.

In conclusion, this investigation shows that the most important perspective for most members reflects the aim of the "parent-organization" and/or the personal interest of the individual, whereas the collaboration aims of the collaboration are less interesting for the participant. This is a well-known phenomenon by the interviewees from the political and administrative system.

Indledning

Behov for lægefaglig rådgivning

Beslutningstagere har behov for rådgivning som grundlag for beslutninger vedrørende sundhedsfaglige og sundhedsorganisatoriske spørgsmål. Det sker som løbende processer, hvor viden og holdninger fra relevante professionelle gives videre til politikere og det administrative system i Region Midtjylland. Behovene kan opstå som følge af regionale beslutninger, eller i forbindelse med udmøntningen af nationale beslutninger i Sundhedsstyrelsen. Et eksempel i den forbindelse er, da Sundhedsstyrelsen i 2015 opdaterede specialeplanen fra 2001². Det skete på baggrund af, at alle 36 lægefaglige specialer havde defineret specialets funktioner og inddelt dem i 3 niveauer afhængig af krav til ekspertise og kvantitet for opretholdelse af en given funktion³. Udgangspunktet var, at samle funktionerne på færre udførende hospitaler med henblik på at opnå en større kvantitet og dermed større kvalitet i udførelsen af funktionerne. Denne proces havde været længe undervejs med involvering af de videnskabelige selskaber, sundhedsstyrelsens rådgivende udvalg, og ad hoc udvalg i specialerne. Sundhedsstyrelsen ledede disse processer administrativt sammen med repræsentanter fra specialeselskaberne og fagfolk fra hospitaler, som ønskede at varetage én eller flere af de højt specialiserede funktioner. Regionsfunktionerne måtte maksimalt varetages 3 steder i hver region, og her var det så op til den enkelte region at placere funktionerne. Efter en længere proces blev en del af funktionerne samlet på færre hospitaler i Region Midtjylland – eksempelvis blev skulderkirurgi samlet på 3 hospitaler fra tidligere 6 udførelsessteder. Indenfor klinisk biokemi skulle en del funktioner kun udføres eet sted i regionen, som med meget få undtagelser blev tildelt AUH. Andre specialer, som også har regionale funktioner på eet af regionshospitalerne, vil typisk gøre det baseret på en samarbejdsaftale med AUH, idet få, om nogen, regionale funktioner alene udføres på regionshospitalerne. Dette eksempel er fortsat aktuelt, idet specialeplanerne løbende opdateres, og Sundhedsstyrelsens nyeste fordeling af funktioner i landet er netop udbredt (Specialevejledning 2018). Samling af de højt specialiserede funktioner og

² Fra "Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet Sundhedsstyrelsens 2001" og "Specialeplanlægning 2015"

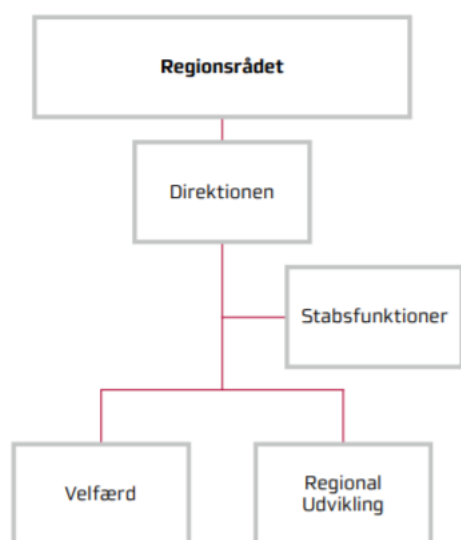
³ Hovedfunktionsniveau må varetages af alle; Regionfunktionsniveau må varetages maksimalt tre steder i hver region; Højt specialiseret funktionsniveau må varetages maksimalt tre steder i landet

regionsfunktioner betyder ikke per automatik, at alle specialer kan undværes på de andre enheder, idet der fortsat er behov for udførelsen af hovedfunktioner på andre enheder. Eksempelvis er der behov for "almindelig" klinisk biokemi på alle 5 hospitalsenheder, – hvor der er patienter, skal der tages og analyseres blodprøver.

Denne proces er "on going" og fordrer lægefaglig rådgivning af beslutningstagere. Det kan også udspringe af regionale beslutninger eksempelvis i forbindelse med politisk vedtagne besparelser. Det åbner for strukturelle ændringer og justering af antal udførelsessteder med en centralisering af de lægefaglige funktioner til følge. Her har politikerne behov for rådgivning i forhold til placering af funktioner, måske endda så vidt at afdelinger skal fusioneres. Det sker løbende og aktuelt kører en proces i regionen, hvor dette er vilkårene. Af den grund ændres "indmaden" løbende i hospitalernes organisationer, og den overordnede organisering af hospitalerne og koordineringen mellem dem, som organisatoriske enheder, har stor betydning.

Lægefaglig rådgivning – strukturer i Region Midtjylland

Rådgivningen leveres af typisk af repræsentanter fra de 5 somatiske hospitalsenheder i Region Midtjylland: Aarhus universitetshospital (AUH) og 4 enheder, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Horsens, Hospitalsenheden Midt og Hospitalsenheden Vest. Hospitalerne indgår i en overordnet regional organisation og tilhører Velfærdssporet i nedenstående organisationsdiagram.



Figur 2: Overordnet organisationsplan

I velfærdssporet findes udover de fem hospitalsenheder også psykiatri og præhospital samt nogle fællesfunktioner.

Velfærd	Regional Udvikling	Stabe
Driftsfunktioner De somatiske hospitaler Præhospitalet Psykiatri og Social	Vækst og Uddannelse Grøn vækst, Infrastruktur og Oplevelser Miljø Jordforurening Råstoffer	Regionssekretariatet Koncernøkonomi Koncern HR Koncern Kommunikation Sundhedsplanlægning Sekretariat for Regional Udvikling Koncern Kvalitet
Fællesfunktioner It Indkøb & Medicoteknik Koncern Kvalitet Hospitalsapoteket Videncenter for Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)		

Figur 3: Velfærdsspor, udviklingsspor og stabe

Jeg viser ovenstående figurer, idet fællesfunktionerne og staben også indgår som led i den sundhedsfaglige rådgivning fra sygehusene til direktion og politikere.

Samarbejde på tværs af hospitalsenhederne sker på forskelligt plan og med forskellig legitimitet og benævnes ofte "koncerttankegangen". Specialerådene er her det vigtigste formelle forum til ydelse af specialespecifik lægefaglig rådgivning. Det er et professionelt tværganisatorisk tværfagligt netværk nedsat af koncerndirektion og vedtaget politisk i Region Midtjylland. I 2017 besluttede direktionen, at specialerådenes sammensætning skulle være tværfaglig. I den forbindelse blev der udarbejdet en revideret beskrivelse af vedtægter og kommissorium (bilag 2). En væsentlig opgave for de tværfaglige specialeråd er at "identificere sundhedsfaglige problemstillinger i specialets kliniske praksis med relevans for de tre spor⁴, der udgør pejlemærkerne for at realisere visionen om et sundhedsvæsen på patientens præmisser".

Specialerådene anvendes også mellem specialerne som en formel vej ved faglige spørgsmål eller udbredelse. Således kan et givent specialeråd sjældent løfte en sag til direktionen, med mindre det har været diskuteret på andre relevante specialeråd. Specialerådets drøftelser kan udspringe af forespørgsler fra regionsrådet eller det administrative system, og specialerådet skal udarbejde fagligt funderede svar. I rådgivningen skal der tages hensyn til faglig kvalitet, sikkerhed for patienter og

⁴ De tre spor er: a) Den bedste kvalitet – hver gang på den rigtige måde b) Sammenhæng og lighed i sundhed og c) Mere effektivt sundhedsvæsen

ansatte samt effektiv udnyttelse af regionens ressourcer, og der skal stræbes efter konsensus i rådets anbefalinger. Specialerådene kan nedsætte ad hoc grupper, som skal arbejde med konkrete problemstillinger. I udredningen af problemstillinger kan specialerådene ligeledes benytte sig af stående tværorganisatoriske grupper/udvalg nedsat ud fra et ønske om udvikling og samstemning indenfor specifikke områder i Region Midtjylland.

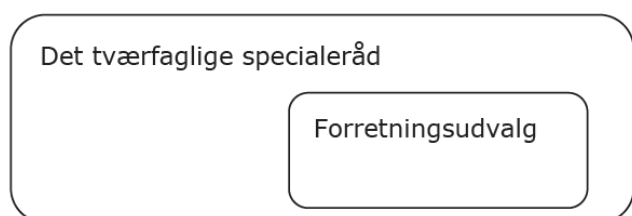
Lægefaglig rådgivning – andre regioner

I andre politiske regioner i Danmark findes lignede rådgivende strukturer (Bilag 1). Jeg vil blot fremhæve Region Hovedstadens Sundhedsfaglige råd, hvor både organisation og beslutningsveje ligner Region Midtjyllands struktur. Dog udpeges formanden af koncerndirektionen blandt direktører, vicedirektører og centerdirektører fra regionens hospitaler⁵.

På baggrund af ovenstående vil jeg fremføre nogle problemstillinger, der kan opstå i på baggrund af rådernes strukturer, og jeg vil udforske Region Hovedstadens model. Jeg vil særligt fokusere på det prekære ved at skulle rådgive om placering af funktioners udførelse, der kan få direkte indflydelse på rådgiverne ved efterfølgende politisk beslutning. Alene af den grund er det nærliggende at forestille sig, at en evidens og konsensusbaseret rådgivning til tider kan være vanskelig.

Problemstilling

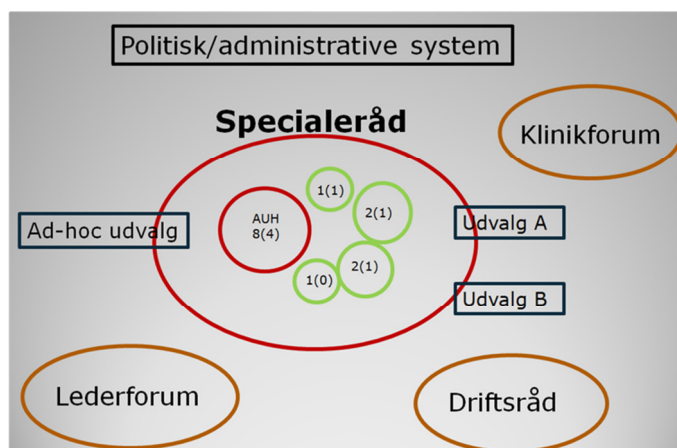
Antallet af medlemmer i specialerådene varierer i de forskellige specialer og afhænger dels af hvordan specialerådet har konstitueret sig og dels af specialets størrelse. For store specialer med mange speciallæger nedsættes et såkaldt forretningsudvalg, som varetager rådets arbejde, her sidder ca 20 personer.



⁵ Sundhedsfagligt råd, Region Hovedstaden, Kommissorium (2018)

Figur 4: Forretningsudvalgene er en delmængde af specialerådene og udgør det tværfaglige specialeråds bestemmende organ⁶

I mindre specialer, som klinisk biokemi, indgår alle regionens speciallæger i rådet som udgør hovedparten af medlemmerne. Fordelingen af medlemmerne i det klinisk biokemiske specialeråd kan ses i figur 5.



Figur 5: Netværkslandskab. Tallene viser, hvor mange speciallæger, der indgår i specialerådet fra hver hospitalsenhed. De grønne cirkler er regionshospitalerne. Tallene i parentes er medlemmer, der ikke er speciallæge i klinisk biokemi. I netværkene "Lederforum" og "Driftsråd" indgår ledelserne fra de klinisk biokemiske afdelinger. Driftsrådets formand er lægefaglig hospitalsdirektør

Den antalsmæssige dominans af læger fra AUH hænger sammen med, at der er størst lægelig normering og færrest ubesatte stillinger. I forbindelse med at specialerådene blev tværfaglige, blev yderligere 4 medlemmer valgt ind i specialerådet. Som klinisk biokemisk læge fra et regionshospital dækker man som hovedregel flere funktioner og indgår i dertilhørende fora i regionen på tværs af emner. Man er generalist, hvor lægen på universitetshospitalet er mere specialiseret. På regionshospitalet er speciallægen ofte i frontlinjen, hvor der på AUH er en stab af yngre læger i uddannelsesforløb, der typisk varetager frontlinjen.

I diskussioner indenfor et givent fagligt område, er der derfor en indbygget dominans fra AUH, både hvad angår antallet af medlemmer men i særlige situationer også hvad angår fagligheden. Hvis der skal rådgives om placering af funktioner, er der derfor en risiko for at diskussioner udvikles til en fremhævelse af den enkelte enheds fortrin og styrker, måske baseret på udtalte formål og skjulte dagsordener i stedet for faglig

⁶ Betegnelsen "Specialeråd" vil blive benyttet i resten af opgaven både for forretningsudvalg i store specialer og for tværfaglige specialeråd i små specialer med mindre andet angives.

funderede argumenter. I forbindelse med lægefaglig rådgivning har der været eksempler på matrikel baserede dagsordener, som har haft indflydelse på fagligheden og neutraliteten i rådgivningen. Ovenstående er på trods af, at det klinisk biokemiske specialerådet har udarbejdet og vedtaget en vision i et forsøg på at skabe et fælles ståsted og fælles mål.

Vedtægterne angiver en ramme for hospitalernes repræsentation. De kan dog fraviges, og derfor er det op til det enkelte speciale, at beslutte hvem og hvordan udvælgelsen skal foregå. Det har selvsagt en stor betydning, hvem der er medlem af specialerådet, både af hensyn til matrikeltilknytning, men også af hensyn til erfaring og retoriske evner.

Problemer

Jeg har ovenfor skitseret, hvordan der findes en overvægt af medlemmer fra AUH i det klinisk biokemisk specialeråd. Dette vil være gældende for alle små specialer, hvor forretningsudvalg og specialeråd er sammenfaldende. Hermed bliver der per automatik skabt en antalsmæssig asymmetri i specialerådet, hvad angår medlemmernes ansættelsessted. I de fleste større specialer vil det samme typisk også være tilfældet, idet alle specialer findes på AUH og ikke nødvendigvis på alle regionshospitalet. Den antalsmæssige asymmetri kan give udfordringer i samarbejdet, men en asymmetri kan også være til stede på mange andre planer, hvilket er ét af rapportens omdrejningspunkter. Asymmetrien kan være faglig, hvormed der naturligt følger en dominans i forhold til indflydelse og magt. Desuden kan der være en indbygget asymmetri i forhold til medlemmernes uddannelsesmæssige baggrund, som især er blevet aktuel i forbindelse med, at rådene blev tværfaglige. Betydningen af asymmetrien er afhængig af, hvori den består, og hvordan den påvirkes og håndteres. Asymmetrien kan give sig udslag i et ufrugtbart samarbejde i specialerådene, og begrænse rådernes evne til at arbejde med værdiskabende og innovative processer, som ønsket jævnfør specialerådernes kommissorium. Dialogerne på møderne kan blive ineffektive og ufrie, hvilket vanskeliggør et arbejde for overordnede fælles mål og en fælles udvikling på tværs af organisationerne. Det kan, i værste fald, medføre en asymmetrisk rådgivning til beslutningstagerne med deraf følgende risiko for suboptimale beslutninger.

Samlet set bringer det mig frem til følgende problemformuleringer om specialrådenes dynamikker og effektivitet:

Problemformulering

- Hvordan fungerer specialrådene, og hvilke faktorer har betydning for medlemmernes bidrag i specialrådenes arbejde?
- I hvilken udstrækning er der overensstemmelse mellem specialrådenes formål og de faktiske aktiviteter?
- Hvad er forklaringerne på eventuel manglende overensstemmelse?

Overstående problemformulering vil jeg undersøge i den valgte case og interviews og analysere med baggrund i eksisterende litteratur om netværkssamarbejde og magtforhold i tværorganisatoriske netværk samt ud fra nogle hypoteser, som bygger på egne erfaringer og forforståelse. Således har jeg formuleret fire hypoteser som delvise svar på problemformuleringerne.

Hypoteser

- Specialrådenes evne til at levere en ren faglig funderet rådgivning om varetagelse af funktioner påvirkes af grundlæggende asymmetrier i specialrådene
- Både det politiske og det administrative system er bekendt med at den lægefaglige rådgivning er påvirket af individers matrikeltilknytning
- Matrikeltilknytning er en grundlæggende præmis for den faglige rådgivning
- Dynamikkerne i specialrådet påvirkes af forskellige faktorer

Metode

Videnskabsteori

I denne masteropgave vælger jeg en grundlæggende objektivistisk position. Mit ontologiske udgangspunkt er først og fremmest, at der eksisterer en virkelighed og nogle regelmæssigheder, som jeg ved hjælp af udvalgte metoder kan undersøge, afdække og beskrive. Opgavens problemfelt er valgt baseret på egne erfaringer, og hovedproblemformuleringerne og de valgte undersøgelsesmetoder udspringer af et ønske om at undersøge hvorvidt disse erfaringer er almengyldige – "sande". Opgavens problemformulering omfatter imidlertid også, hvad der sker imellem mennesker i problemfeltets virkelige situationer, og hvad der får mennesker til at

agere, som de gør, i disse situationer. Derfor har jeg også den ontologiske position, at der kan opstå socialt konstruerede fænomener, men ikke at disse nødvendigvis skal behandles på en særlig måde. Det betyder dog, at en del af opgavens teorifelt er forankret i et videnssyn, som gør det vanskeligt at måle og tælle kvantitativt og som derved drejer opgaven væk fra den rene positivisme. Med denne tilgang bevæger mig derfor i mellem to retninger indenfor det objektivistiske felt: positivisme og kritisk realisme. Min videnskabsteoretiske tilgang er ikke fuldstændig entydig, og der er elementer fra alle tre videnskabsteorier i opgaven. Da kritisk realisme netop er opstået som et alternativ til positivisme og relativisme og derfor fint indrammer en stor del af opgavens problemfelter, vil jeg først beskrive dette videnskabsteoretiske område.

Kritisk realisme

Den engelske filosof Roy Bhaskar grundlagde i 1970'erne kritisk realisme som en ny retning indenfor videnskabsteoriene. Udviklingen af den kritiske realisme skete som et radikalt og mere helhedsorienteret modsvar til positivisme på den ene side, men samtidig med et kritisk syn overfor radikal socialkonstruktivisme og naiv empirisme. Kritisk realisme gav på den måde en "tredje vej" mellem positivisme og de fortolkende tilgange. Den bevarer "empirismens vægt på objektivitet, mens den samtidig optager de fortolkende tilganges bekymring for en tingsliggørelse af strukturerne ved at insistere på de menneskelige handlingers afgørende rolle for opretholdelse og transformation af sociale strukturer" (Frauley 2004: 177 jvf Andersen 2007: 44). Den fornægter således ikke den objektivistiske tilgang, og oppositionen er især rettet mod positivismens rene empiristiske ståsted.

I denne videnskabsteoretiske linje hævdes det, at der findes en virkelighed uafhængigt af vores viden om den. Teoriens ontologiske position er således *realisme*, hvor der findes en objektiv virkelighed, som eksisterer uden for menneskets erfaring og uafhængigt af subjekter. Bhaskar sonder mellem et videnskabens objekt (dens intransitive, dvs. blivende, dimension) og vidensobjektet (videnskabens transitive, dvs. forbigående, dimension). Kritisk realisme går ud fra, "at der eksisterer en virkelighed uafhængigt af vore begreber om den. Der findes altså en virkelighed, som kan gøres til genstand for analyse og det er videnskabens intransitive objekt. Formålet med videnskaben er, at komme så "nær" denne virkelighed som muligt. Vore viden om virkeligheden udgøres af vore teorier og forestillinger om den, og disse danner så vort transitive objekt (...) Den transitive dimension er socialt bestemt og

foranderlig. Det gælder al viden." (Danermark et al. 1997:282f jvf Andersen 2007: 22).

Domæner

Kritisk realisme hævder altså, at verden eksisterer uafhængigt af subjekter og hvad, vi ved om den, virkeligheden har en objektiv eksistens. Men også at der også er noget "mere derude", som kan være svært at formulere med ord. Verden, virkeligheden, indeholder tre ontologiske domæner, der kan være sammenfaldende, men ofte ikke er det. Det dybeste domæne er virkelighedens domæne, som indeholder mekanismer og strukturer (økonomiske strukturer, magtforhold), der ikke kan ses eller observeres. Her har Bhaskar med kritisk realisme flyttet det ontologiske fokus fra hændelser et lag længere ned til mekanismer, der ligger udenfor vores erfaringer. Men mekanismerne og strukturerne i virkelighedens domæne kan foranledige hændelser og faktiske begivenheder, som eksisterer, og så er vi oppe i det faktiske eller i hændelsernes domæne. Og i det øverste lag findes så det empiriske domæne, hvor hændelserne og det faktiske erkendes, erfares og fortolkes, det, vi som subjekter observerer.

	Det reales domæne	Det faktiskes domæne	Det empiriskes domæne
Mekanismer	x		
Begivenheder	x	x	
Erfaringer	x	x	x

Tabel 1: Bhaskar 1998a: 41 jfr Andersen 2007: 28.

I Kritisk realisme ønsker man at få de underliggende mekanismer frem i lyset, som forårsager de observerede hændelser. Den videnskabelige opgave er her, at finde sammenhængen mellem domænerne, at afdække forbindelsen mellem 1. det, vi erfarer, 2. det, der faktisk sker, og 3. det som får tingene til at ske (Juul jfr. Andersen 2007: 29). Så virkelighedens dybder skal udforskes, og de bagvedliggende strukturer skal op til overfladen. Man går fra at erfare et fænomen til at forstå og forklare hvilke mekanismer, der har frembragt det. Så hvordan kan problemformuleringen i denne opgave forklares som et udtryk for skjulte strukturer og mekanismer i den givne kontekst? Det er muligt, idet fortolkning er en acceptabel og nødvendig forudsætning for frembringelse af viden set fra den kritisk realistiske position.

Andersen citerer den engelske sociolog William Outhwaite for, hvad han mener, der er det mest afgørende for videnskabelig realisme: "Den realistiske position fastslår, at videnskaben sigter mod at beskrive og forklare virkelige objekter og processer i

verden, som eksisterer uafhængigt af vore beskrivelser af dem, men som det måske lykkes os at beskrive rimeligt adækvat." (Outhwaite jfr. Andersen 2007: 16). Dermed være også sagt, at Kritisk realisme opfatter viden som noget fejlbarligt.

I dette afsnit om kritisk realisme har jeg taget afsæt i Andersen's publikation "Kritisk Realisme som perspektiv i socialt arbejde – en introduktion og forskningsoversigt" (Andersen 2007). Jeg er bevidst om, at primærlitteraturen dermed omgås, men jeg har via Andersens referencer henvist til primære forfattere i dette felt.

Positivism

Ordet "positivisme" kommer af "positiv", (fastsat, faktisk) og dækker her det forhold, at menneskets erkendelse bygger på "det positivt givne", dvs. det der kan iagttages. Derfor kan erkendelse og virkelighed siges at korrespondere i denne tankegang. I denne videnskabsteoretiske position hævdes det også, at virkeligheden eksisterer uafhængigt af mennesket og menneskets bevidsthed. Virkeligheden kan således sanses og erfares, hvormed den kan måles. Dermed lægger positivismen også primært op til anvendelse af kvantitative metoder. Videnskab indenfor denne tradition handler om at iagttage, observere og indsamle data og om teoretiske analyser af de indsamlede data med henblik på erkendelse. Der kan søges årsagssammenhænge via analyse af observerede fænomeners forhold til hinanden og ved anvendelse af statistiske metoder.

Videnskabsteoretiske begrænsninger

Man kan kritisere kritisk realisme for, at den først og fremmest bestræber sig på at forstå de bagvedliggende mekanismer, og hvor sammenhængen mellem det erkendte og det sande ikke accepteres umiddelbart. Selvom det heller ikke er ambitionen i dette projekt, er det dog ønskeligt at forstå nogle af de bagvedliggende mekanismer i opgavens problemfelt. Derfor giver dette videnskabsteoretiske ståsted en mulighed for søge de bagvedliggende mekanismer uden at gå på kompromis med objektivismen. Der er da også anvendt metoder, hvor det er muligt at afdække dele af de mekanismer, der ligger bag de observerede fænomener. Men for at kunne gøre dette fuldt ud, vil det være nødvendigt at forklare de sociale fænomener i problemfeltet og analysere de enkelte dele, eksempelvis en dybere analyse af de enkelte individers handlinger, motiver og egenskaber, og det er helt udenfor denne opgavens scope. Det er imidlertid muligt at opnå viden om den eksterne virkelighed

ud fra andre videnskabsteoretiske positioner, hvor virkeligheden og erkendelsen hævdes at være tættere forbundet. Så derfor hviler denne opgave også på en del af elementerne indenfor den empiristiske positivistiske position. Og endelig vil jeg ikke turde pege på nogen endegyldige årsagssammenhænge på baggrund af mine undersøgelser, hvilket er i harmoni med den kritisk rationalistiske position. Jeg arbejder ikke med nul-hypoteser, men jeg observerer nogle sammenhænge, som jeg efterfølgende tester statistisk. Jeg hverken afviser eller beviser hypoteser i denne undersøgelse, men vil præsentere sandsynligheder for sammenhænge og afhængigheder. Min ambition er, at kunne pege på nogle mulige forklaringer og sammenhænge og herudfra kunne diskutere mine hypoteser.

Undersøgelsesdesign

Med afsæt i ovenstående videnskabsteoretiske positioner vælger jeg et casebaseret undersøgelsesdesign. Som jeg vil uddybe herunder vælger jeg et multipelt casestudie først og fremmest for samlet set at gøre stikprøven mere repræsentativ, men også i håb om at kunne indfange ekstremer blandt enhederne. Min undersøgelsesstrategi er bred, men i udgangspunktet abduktiv, idet jeg tager afsæt i mine egne erfaringer og observationer, samt i hvad jeg "har hørt" fra andre specialer. Baseret herpå konstruerer jeg nogle spørgsmål og hypoteser om specialerådenes arbejde og hvilke underliggende mekanismer, der ligger til grund, tilrettelægger en indsamling af yderligere empiri, hvormed jeg også har en induktiv vinkel (Andersen 2012: 73). Problemformuleringerne ligger op til en beskrivende undersøgelse og en undersøgelse af sammenhænge, og den frembragte empiri anvendes med henblik på at afklare, hvorvidt mine egne erfaringer er almen gyldige. Jeg vil analysere den opnåede empiri og diskutere mulige forklaringer og teorier, hvorved jeg faktisk også bevæger mig over i en mere deduktiv tilgang. Jeg ønsker således at beskrive de underliggende faktorer og mekanismer i specialerådenes arbejde, samt at diskutere mulighederne for at forbedre samarbejdet i specialerådene både ud fra den indhentede empiri men også ud fra teorier om netværkssamarbejde på tværs af organisationer.

Valg af metoder

Jeg anvender dels en kvantitativ og dels af en kvalitativ metode. Med en kvantitativ metode, spørgeskemaundersøgelse, tilstræber jeg opnå en tilstrækkelig mængde data til at kunne sikre generaliserbarheden af resultaterne. Med den kvalitative metode, interviewene, har jeg mulighed for få en dybere indsigt i motiver, mønstre og

meninger, som ikke er muligt at opnå med en spørgeskemaundersøgelse. På den måde er jeg i mit valg af datakilder også tro mod det overordnede positivistiske videnskabsteoretiske ståsted, samtidig med at jeg med den kvalitative metode har mulighed for at komme et spadestik dybere ned (kritisk realisme).

Dermed er udgangspunktet en såkaldt metode triangulering, hvor jeg belyser min problemstilling med flere metoder (Metodeguiden 2017; Andersen 2008: 426).

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen inddrages i interviewene og anvendes dels som baggrund for spørgsmålene, eller der søges kommentarer herpå.

Spørgeskemaundersøgelse

Valg af case

Jeg vil indsamle data fra i alt fire specialeråd. Dermed er det muligt at gennemføre sammenlignende casestudier. Selvom det ikke er den primære del af problemstillingen, vil det kunne give viden i forhold til almen gyldigheden af mine hypoteser. At jeg vælger flere enheder (specialeråd) i min undersøgelse peger derfor på et tværgående undersøgelsesdesign.

Der er flere grunde til, at jeg ikke kun undersøger eget specialeråd. Efter sigende er mit eget specialeråd velfungerede og kunne egentlig vælges som en kritisk case. Logikken er, at såfremt hypoteserne ikke kan afvises baseret på undersøgelse af eget specialeråd, så vil det heller ikke kunne afvises ved undersøgelse af flere specialeråd. Jeg vil imidlertid have meget svært ved at fortolke data til noget generaliserbart, og jeg vil dermed kompromittere den eksterne validitet. Det skyldes også, at sammensætningen af klinisk biokemi's specialeråd ikke er repræsentativt, da det som tidligere nævnt er et lille speciale og alle speciallæger i regionen derfor er medlem.

Det har ikke været en mulighed at undersøge alle specialeråd på grund af opgavens omfang. Jeg har derfor valgt fire cases rent strategisk for at få et bredest muligt casegrundlag med en maksimering af de uafhængige variable (Andersen 2012: 110). Med de fire valgte specialeråd er der taget højde for, at specialernes størrelse skal være forskellige, forskellige specialekategorier og endelig forskellig geografisk fordeling. Dermed forsøger jeg at minimere risikoen for at begå en systematisk fejl i data, som kan opstå, hvis de undersøgte cases er "for ens" og ikke samlet set udgør en repræsentativ stikprøve for alle 37 specialeråd. Jeg skaber de under omstændighederne bedste vilkår for en høj ekstern målingsvaliditet. Metodemæssigt er jeg så begrænset af, at data indhentes i en lidt kunstig skabt målesituation

(spørgeskema) i stedet for eksempelvis at observere specialerådene i arbejde. At gennemføre en direkte observation af andre specialeråd ville dels være en tidsmæssig krævende proces men også behæftet med en unaturlighed i sin konstruktion.

Spørgsmål, kvalificering og statistik

Spørgsmålene er blevet gennemarbejdet og efterfølgende prætestet af henholdsvis kollega, som kendte problemstillingen, og af medstuderende og undervisere på studiet. Der er anvendt en såkaldt "Likert-skala" med 4 svarkategorier og en "ved ikke" mulighed (Ibid: 312). De relativt få kategorier er valgt for at gøre formidlingen lettere, og der er bevidst udeladt en midterkategori for at tvinge respondenterne til at tage stilling til spørgsmålene (Ibid: 314). I operationaliseringen af problemformuleringerne har jeg i overskriften til en række spørgsmål angivet det område, spørgsmålenes skal belyse, og herefter operationaliseret det til specifikke spørgsmål. Ved at respondenterne kan læse det overordnede formål med spørgsmålene, påstår jeg, at den interne målingsvaliditet i de enkelte svar øges. Desuden gives der i de fleste spørgsmålskategorier mulighed for uddybende kommentarer, hvilket fremmer respondentens mulighed for at forklare yderligere med egne ord. Spørgeskemaundersøgelsen blev udarbejdet i *SurveyXact*, der er Aalborg Universitets værktøj til gennemførelse af elektroniske spørgeskemaundersøgelser. Navne på specialerådenes medlemmer og deres E-mail adresser blev indhentet ved forespørgsel hos formændene i de fire specialeråd. Spørgeskemaet blev udsendt elektronisk, og der blev udsendt to remindere.

Data vurderes i første omgang visuelt baseret på grafisk præsentation i *SurveyXact*. Der er to primære variable: ansættelsessted og speciale samt to sekundære variable: stilling (speciallæge – ikke speciallæge) og længde af medlemskab. Efter visuel vurdering af data, udføres Chi-i-anden-test på udvalgte resultater for at teste, om der er statistisk signifikant afhængighed mellem udfaldene for de valgte variable. Testene er udført i Excel, og en P-værdi på $< 0,05$ anses for statistisk signifikant.

Interviews

Interviews er velegnede, når man ønsker en detaljeret og dybdegående viden om bestemte fænomener. I denne opgaves kontekst vil jeg indfange synspunkter, meninger og holdninger vedrørende særlige dele af specialerådenes funktion. Jeg vælger to grupper interviewpersoner (IP), hvor beslutningstagere og repræsentanter

herfor udgør den ene del (IP-admpol⁷). Her ønsker jeg at få indsigt i forventninger og holdninger til processer og kvaliteten den lægefaglige rådgivning. Den anden gruppe IP er medlemmer/tidligere medlemmer af specialeråd, hvor jeg ønsker indsigt i, hvordan de ser på specialerådene som koncept, og hvordan de ser dets styrker og svagheder. Endelig ønsker jeg at indfange deres mening om deres eget specialeråd, hvordan det fungerer, og hvilke motiver, der er til stede blandt medlemmerne. En generel svaghed med interviews som undersøgelsesmetode er, at den i høj grad er afhængig af interviewerens evner som interviewer og brugbarheden af den viden, der frembringes, har naturligvis betydning for kvaliteten af undersøgelsen. Udover at metoden kræver grundig forberedelse og visse færdigheder hos intervieweren, er der nogle forudsætninger, der skal være opfyldt for ikke at påvirke kvaliteten af resultaterne. Eksempelvis er det vigtigt, at der kan skabes en tillidsfuld relation, og at intervieweren kan styre samtalen uden at påvirke svarene. Metoden er velegnet, når informationerne kan være svære indfange via andre metoder, og især når der arbejdes eksplorativt. Kort sagt når man ønsker til at beskrive, forklare og forstå – også vedrørende årsagssammenhænge, som i denne opgave.

Mit udgangspunkt er semi-strukturerede interviews af personer fra forskellige specialer og repræsentanter fra det politiske og administrative system (Andersen 2012: 149). Der er flere fordele ved semi-strukturerede interviews, særligt at der er mulighed for at sikre at den interviewede har forstået spørgsmålene, og at svarene kan blive uddybet, hvis det giver mening i situationen. Det er dog kritisk, hvis man som interviewer er alt for tilbageholdende og lader IP tale nogenlunde frit (Koppenjan og Klijn 2004). Ulempen er, at det kan være sværere at holde på et neutralt plan, idet jeg måske vil kende den interviewede. En mere praktisk ulempe er tidsforbruget i transskription og kodning af data (Andersen 2012: 172). En anden begrænsning viste sig ved, at flere af IP kun havde begrænset tid, hvorfor det ikke var muligt for mig at følge interviewguiden slavisk. Derfor var det i flere interviews kun muligt at holde sig til de overordnede temaer.

Valg af interviewpersoner

Når IP skal udvælges, skal der tages stilling til hvem og hvor mange. Med hensyn til antallet er der en bekvemmelighedsfaktor, og det bliver det muliges kunst. Jeg har først og fremmest stilet efter formålsbestemt udvælgelse af IP, idet jeg både ønskede

⁷ Interviewpersoner fra det politisk-administrative system

at interviewe beslutningstagere og speciallæger. Dernæst ud fra en overvejelse om hvem giver størst muligt indblik i det fænomen, jeg ønsker at undersøge. Nogle af kriterierne for udvælgelse har været interviewpersonens unikke viden, at vedkommende sidder i en særlig position, at vedkommende kan udtrykke noget typisk og selvfølgelig også at forskellige "stemmer" skal høres.

Spørgeguide

I tilrettelæggelsen af interviewene har jeg udarbejdet en spørgeguide, som dækker de temaer, jeg i kraft af ovenstående problemformuleringer og hypoteser, ønsker undersøgt, og som ikke kan undersøges i spørgeskemaundersøgelsen. Udover at en spørgeguide er et velegnet støtteinstrument i den praktiske udførelse af interviewene, bidrager den også til at sikre reliabiliteten i undersøgelsen. Indledningsvis præsenterer jeg mig selv og formålet med og rammerne for interviewet. Før jeg starter selve interviewet beder jeg om lov til at optage interviewet og gør opmærksom på diskretion og anonymisering. Endelig at der ikke vil blive citeret fra interviewet, uden at jeg på forhånd har spurgt om specifikt samtykke. Temaerne i spørgeguiden er følgende:

- Mødekultur i specialrådet
- I hvor høj grad bruger politikerne/det administrative system rådene
- Betydningen af matrikeltilknytning, individer, indflydelse, positioner og konsensus
- Samarbejdet i specialrådet
- Andre muligheder

I selve interviewsituationen var jeg bevidst om ikke at stille ledende spørgsmål, for at sikre den interne validitet. Hele interviewet transskriberes ordret med udeladelse af indledning, fyldeord og halve sætninger, der ikke giver værdi. Dette for at sikre reliabilitet i denne del af datagenereringen.

Kodning

I analysen af interviewene vil jeg i udgangspunktet anvende åben kodning dog med temaerne i spørgeguiden in mente (Ibid: 173). Afhængig af første kodning vil en mere fokuseret ny kodning være en mulighed, det vurderes undervejs.

Via fortolkning og systematisering klassificerer jeg de mest betydningsfulde dele af det i interviewene, og der tilknyttes et eller flere nøgleord, stikord eller temaer til en eller flere passager i det kvalitative materiale. Kodningerne er justeret løbende og

efterhånden som flere interviews er gennemført, vurderes resultaterne til sidst i en samlende syntese. Heraf uddrages, hvad der skal præsenteres i rapporten.

Data

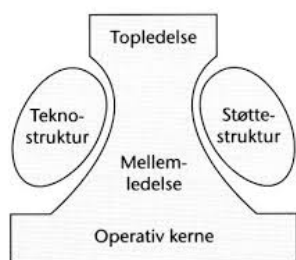
Jeg har valgt ikke at citere interviewpersoner, da det vil indsnævre materialet med risiko for at kompromittere anonymiteten for de øvrige interviewpersoner. Jeg har derfor også måttet undlade at præsentere visse data i rapporten. Den enkelte IP kan muligvis kende sig selv i noget af materialet, men data burde ikke være muligt at henhøre til bestemte personer for andre eventuelle læsere.

Teorivalg

Organisering

Organisatorisk er de 5 hospitalsenheder hver for sig konfigureret som "professionelle bureaukratier", der er én af 5 organisationsteoriske typologier udviklet af den engelske sociolog Henry Mintzberg (Mintzberg 1993). Han argumenterer for 5 organisatoriske typologier, som består af 6 basale elementer i varierende grad. Jeg vil kort beskrive de 6 byggestene og herefter fremhæve to af Mintzbergs organisatoriske typologier, som karakteristisk af denne opgaves organisatoriske kontekst, som er en politisk ledet organisation med en centraliseret regional administration og fem organisatorisk adskilte hospitalsenheder.

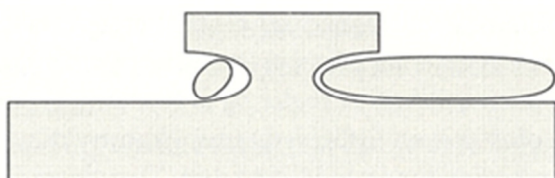
Af de 6 elementer består de første tre af en operativ kerne, en mellemlidelse og en topledelse, der tilsammen udgør linjeorganisationen (figur 6). Den basale operative kerne udfører de arbejdsopgaver, der skal realisere organisationens overordnede mål, organisationens kerneopgave. Toplelsen, som Mintzberg benævner "strategic apex", sætter retning og har det overordnede ledelsesmæssige og administrative ansvar for organisationen. Jo større en organisation er, des flere ledere er der behov for, og dermed introduceres Mintzbergs "Middle line". Det er organisationens mellemlidelse, med hovedansvar for at overvåge og koordinere udførelsen af arbejdsopgaverne, og være formidler mellem den operative kerne og topledelsen. Afhængig af organisationens størrelse kan denne hierarkiske linje i organisationen indeholde flere led.



Figur 6: 5 elementer i Mintzbergs organisationstypologi (Jacobsen & Thorsvik 2008: 84)

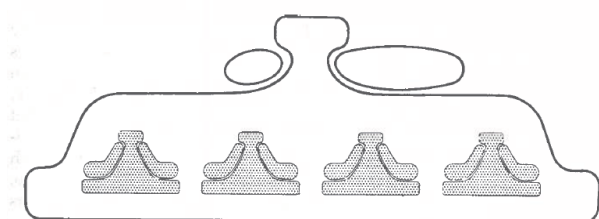
De næste to elementer, teknostruktur og støttestruktur, ligger udenfor den hierarkiske linje. Støttestrukturen er nødvendig for, at organisationen kan fungere (eksempelvis rengøring og kantinedrift) og teknostrukturen svarer til, hvad der typisk benævnes stabsfunktionen. Selvom aktørerne her ikke indgår i selve produktionen, kan de dog påvirke udførelsen af arbejdsopgaven indirekte ved udarbejdelse af overordnede procedurer og planer for organisationen. Det sidste af de 6 basale elementer er ikke bemandede som sådan, men udgøres af organisationens ideologi eller organisationens kultur forstået som traditioner og værdier, som giver organisationen sit eget liv i den samlede organisatoriske struktur. Det kan betyde, at to strukturelle ens organisationer i virkeligheden fungerer forskelligt. Mintzberg typologiserer ved hjælp af disse 6 elementer fem forskellige organisationsformer, hvor jeg vælger at fremhæve følgende to former: Det professionelle bureaukrati og den divisionaliserede organisation.

Det professionelle bureaukrati er kendetegnet ved, at aktører i den operative kerne har stor beslutningskompetence og handlefrihed i arbejdsudførelsen (figur 7). Det betyder, at de selvstændigt udfører opgaver inden for deres specialiserede kompetenceområde uden at skulle forsinke opgaveløsningen af hierarkiske årsager. Indflydelsen er stor i dette lag. Da der er ekstrem specialisering i det operative felt med mange løst koblede funktioner betyder det så også, at strukturen er kompleks i det horisontale niveau (Jacobsen & Thorsvik 2008: 87,88).



Figur 7. Det professionelle bureaukrati (Jacobsen & Thorsvik 2008: 88)

Den anden typologi, der skal fremhæves her, er den divisionaliserede organisation. I denne type er der organisationer i organisationen, med hver sin organisatoriske konfiguration (Figur 8)⁸. De enkelte afdelinger/divisioner er løst koblete og er driftsmæssige uafhængige af hinanden og kan derfor langt hen ad vejen undgå at koordinere med hinanden, i princippet en decentraliseret struktur. Men på grund af en fælles central ledelse for enhederne er der både en klar afgrænsning og en centralisering. Samlet set kan det betegnes som en "koncern-struktur".



Figur 8: Divisionaliseret organisation

Hvis man ser på hospitalssektoren i Region Midtjylland ud fra Mintzbergs typologier, vil det enkelte hospital, som organisation, kunne indplaceres med samme konfiguration, som illustreret i det professionelle bureaukrati. Her er aktørerne eksempelvis læger og sygeplejersker, som opererer selvstændigt indenfor hver sit fagfelt og som har erhvervet en stor del af deres kompetencer i forbindelse med deres uddannelse. I hospitalets topledelse, den apikale del af ledelsessystemet, findes hospitalsledelsen, som refererer til koncerndirektion⁹. I mellem hospitalsledelsen og den operative kerne findes afdelingsledelserne og, afhængigt af afdelingens størrelse, findes endnu et mellemliderlag, som i daglig tale benævnes mellemledere eller funktionsledere. Så i forhold til Mintzbergs model findes der altså et led mere i den hierarkiske linje. De findes på alle hospitaler og er essentielle til overvågning og koordination af opgaver i afdelingen og ikke mindst til varetagelse af personaleledelsesdelen.

Hvert hospital er en organisatorisk selvstændig enhed, som refererer til koncerndirektionen og Regionsrådet. Så en samlet hospitalssektor kan organisatorisk sammenlignes med Mintzbergs divisionaliserede organisation, hvor det operationelle niveau udgøres af de enkelte hospitaler, som selvstændigt udfører de tildelte (tilkæmpede) opgaver. I linjens mellemlid findes koncerndirektion og koncernledelse,

⁸ Figur 11-2 i Mintzberg, H (1993). "Structures in Fives: Designing Effective Organizations".

⁹ Region Midtjylland organisationsplan, 2018

og endelig udgør Regionsrådet organisationens topledelse. Specialerådenes medlemmer befinder sig i hverdagen i det operationelle lag i én af de hierarkisk organiserede enheder, hospitalerne, som hver især indgår i den overordnede koncern. I hverdagen er de professionelle styringsmekanismer i spil, som fastholder lægen i sin position i det horisontale lag. Man udfører sit arbejde og vil udføre det professionelt. I Mintzbergs idealtyper findes der ikke en decideret tværgående organisation, og koordineringen på tværs i det operationelle, horisontale "udførende" lag foregår via standardiseringer, enten via krav til særlige egenskaber eller via krav til særligt output. Men det er ikke en koordinering, personen i det udførende lag nødvendigvis er bevidst om, da standardiseringerne er indlejrede i hverdagens processer. Hvis vi forbliver i Mintzbergs typologi og betragter hospitalssektoren herudfra, vil de funktioner typisk blive koordineret via standardisering af output, og direkte supervision. Koordineringen kan også ske via det hierarkiske system, da hospitalernes ledelser også leder og monitorerer funktionernes udførelse. Hospitalerne forsøger typisk at fastholde deres specialisering og deres funktioner i egen enhed. En større og større del af hospitalernes funktioner bliver dog samlede i regionen, så der sker en form for kobling mellem de forskellige enheder i kraft af fælles funktioner. Det gælder eksempelvis indkøb og IT, der er langt hen ad vejen er regionale funktioner. Dette billede ligner, hvad der benævnes en matricestruktur, der i koncernen skaber en form for internt netværk (Jacobsen & Thorsvik 2008: 67). Strukturen er især i spil i forbindelse med større projekter i koncernen med deltagere fra forskellige afdelinger med forskellig baggrund.

Tilbage til koordineringen og samarbejdet mellem divisionerne i de horisontale lag, hvor specialerådsmedlemmerne befinder sig til dagligt, og hvor den daglige koordinering mellem enhederne er indlejret i processer og mål og ikke i en egentlig organisation. Specialerådene er et tværgående netværk infiltreret i den divisionaliserede struktur, og med samme beslutningstagere i organisationens øverste led. Specialerådenes konstellation på tværs af enhederne falder derfor lidt udenfor Mintzbergs organisatoriske idealtyper, men da specialerådsstrukturen er formel og sammensat af personer med særlige uddannelser og kompetencer, kan man alligevel indplacere dem i en horisontal organisationsstruktur, der har til formål at koordinere på tværs og at sikre gensidig tilpasning gennem laterale og horisontale forbindelser – lidt på linje med matricestrukturen for indkøb og IT. Dette er i tråd med specialerådenes kommissorium: *"De tværfaglige specialeråds opgaver spænder bredt*

og omfatter bl.a., at medvirke til at koordinere den specialespecifikke udvikling i regionen med henblik på at opnå et ensartet niveau for kvalitet og behandling og understøtte samarbejdet på tværs af hospitalerne og med andre specialer". Formålet er dog ikke en løbende koordinering i det horisontale, operationelle lag som sådan, og derfor vil jeg også se på specialerådenes organisering i en anden teoretisk kontekst indenfor netværksledelse og tværorganisatorisk samarbejde (Gustafsson 2009).

Netværk

Tværorganisatorisk samarbejde kan også ses i en netværksmodel med udgangspunkt i 4 centrale hovedelementer: netværkets parter, processer, vision og arkitektur (Ibid). Udenfor modellens kerne findes moderorganisationer og handlingsmiljøer samt relationer til andre netværk. Dette illustrerer, at netværksparterne er placeret i krydspres mellem deres moderorganisation, handlingsmiljø og andre parter. Krydspreset giver selvsagt udfordringer i netværkets samarbejde, som i øvrigt omtales som "ledelse af fælles opgaver og netværksprocesser" i modellen. Forskellige facetter i de centrale hovedelementer er med til at karakterisere typer af netværk, og specialerådene kan her betragtes som et isomorft netværk, som er én af de forskellige netværksarkitekturer. Medlemmerne kommer fra organisatorisk adskilte parter med stort set samme funktioner og ydelser i moderorganisationerne. De enkelte medlemmers specifikke motiver for deltagelse i netværket er ukendte, men da moderorganisationerne har forskellig størrelse, autoritet og status, eksisterer der en uligevægt i netværket. Den kan skabe konkurrencesituationer og krydspres for medlemmerne, og magtforhold og afhængighed mellem aktører og enheder har en betydning (Ibid; Huxham & Vangen 2005: kap. 9; Dean 2006; Lauridsen 2010; Torfing 2005; Christensen & Jensen 2008). En grundlæggende ramme for det enkelte medlems perspektiver i et sådant netværk kan ses i tabel 2 (Huxham & Vangen 2005: 62).

Tabel 2: Medlemmernes perspektiver

(One participant's perspective)	Explicit	Assumed	Hidden
Collaboration aims	The purpose of collaboration		By definition these are perceptions of joint aims and so cannot be hidden
Organization aims	What each organization hopes to gain for itself via the collaboration		
Individual aims	What each individual hopes to gain for him/herself via the collaboration		

Netværkets sammensætning og aktørernes perspektiver kan udløse nogle adfærdsmønstre i netværket, som søger at dæmpe effekterne af de svingninger, der opstår som følge af uligevægten. Dette benævnes også "beskyttelsesstrategier", og eksempler på beskyttelsesstrategier og deres virkninger kan ses i tabel 3 (Seemann 1999).

Tabel 3: Beskyttelsesstrategier (Seemann 1999: figur 4.3)

Netværksparternes beskyttelsesstrategier	Funktionelle virkninger	Dysfunktionelle virkninger
Alle er nødt til at være med i alting	Gensidigt kendskab	Høje koordineringsomkostninger Opgaveløsning fortrænges af samarbejdsregulering
"Lav profil"	Ingen (Nødvendigt for svage parter og parter der ikke passer ind i det nye system)	Dårlig opgaveløsning Uløste opgaver Frustrerede medarbejdere
Forsøg på netværksdominans	Klare meldinger virker fremmende på opgaveløsningen	Manifeste konflikter "Slidte" medarbejdere Brugere bliver "kastebolde"
Brug af uformelle kontakter	Forbereder og understøtter formel koordinering	Skjult koordinering
Selvforsyning	Afhjælper besværlige modsætningsforhold	Isolerede delsystemer
Beskyttelsesstrategier som helhed	Dæmper fluktuationer (usikkerheder og instabiliteter)	Brugere bliver statister i eget behandlingsforløb

Netværket kan også ses i sammenhæng med andre styrings- og samarbejdsmekanismer, specielt det professionelle styringsparadigme i kombination med det bureaukratiske og det relationelle styringsparadigme (Andersen et al 2017: kap 2; Lerborg 2011). Udefra kan netværket opfattes som "rent" professionelt, hvor der arbejdes evidensbaseret med eksakt viden og faglighed (Nordengraaf 2007). I praksis er det dog en matrix af diverse mekanismer, der finder sted i sub-grupperinger med forskellige værdier og virkelighedsforståelser, med risiko for konkurrence, positionering, mistillid og skjulte dagsordener (Huxham & Vangen 2005: kap. 6 og kap. 9; Astley & Fombrun 1983 og Alter & Hage 1983 jvf Gustafsson 2009).

Samarbejde i isomorfe netværk kan være udfordrende og er kendetegnet ved en række succesfaktorer og faldgruber. Det kan endda være så vanskeligt og resursetungt, at man bør undgå det hvis muligt (Huxham & Vangen 2005: 37). Succesfaktorer kan være fælles realistiske mål, gensidig positiv afhængighed, resurser (tid, kompetencer), tillid og åben kommunikation (Huxham & Vangen 2005 kap. 6 og 9; Haugland 2004). Med begreber som uligevægt, tillid og gensidighed følger også magtstrukturer og kontrol, hvilket leder mig til det sidste teoretiske afsæt i denne opgave.

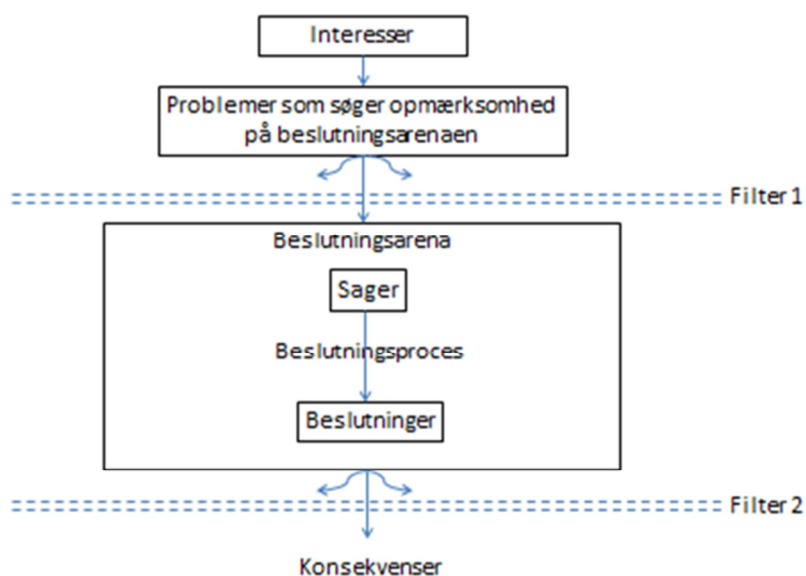
Magtstrukturer og kontrol

Christensen og Jensen har i bogen "Kontrol i det stille - om magt og ledelse" skrevet om 6 forskellige magt dimensioner: den direkte magt, indirekte magt, bevidsthedskontrollerende magt, Garbage Can magt, institutionel magt og relationel magt (Christensen & Jensen 2008). Hvor magt ofte beskrives som noget kraftfuldt og "støjende", bliver der i denne bog taget fat på en mere usynlig og stille magt, som kan være mindst lige så effektiv som den synlige og kraftfulde magt. Bogens 6 magtdimensioner ses i relation til ledelse og sammenhæng mellem magt og ledelsesfunktioner. Ledelse skal her forstås som en funktion, der varetages af såvel formelt udpegede ledere som af personer, der uformelt varetager ledelsesfunktioner. I denne opgaves kontekst er der flere magtfænomener og magtbalancer i spil, og der er elementer fra flere af de 6 dimensioner. Jeg vælger dog især at fokusere på den indirekte magt og den relationelle, da der er en del paralleller hertil i opgavens kontekst og i den empiri, der frembringes i opgaven.

Modellen om den indirekte magt skal først og fremmest ses som modpol til den direkte magt, hvor magten udøves af aktører over andre aktører mere eller mindre direkte i en beslutningsproces. Der er selvfølgelig en række facetter i denne

magtdimension, men ledelsesmæssigt handler det om tage stilling til hvilken beslutningsarena, der arbejdes i, at definere og afgrænse de sager, der skal diskuteres og at tilrettelægge beslutningsprocessens forløb og beslutning. I modellen om den direkte magt er beslutningsprocessen rationel, fra problem til beslutning.

I den indirekte magtdimension ligger magten mere udenfor selve beslutningsarenaen, og tager ikke udgangspunkt i et problem men i skridtet før, der er et erkendt problem, der skal løses. Det handler således om, at regulere hvilke sager/problemer, der overhovedet når frem til beslutningsarenaen. Det bliver kaldt "Non-decision making", og kan opfattes som et filter, der sorterer i sager på vej til beslutningsarenaen (filter 1 i figur 9). Man kan styre sagers adgang til beslutningsarenaen ved at tilbageholde viden om en sags eksistens eller ved krav til sagers forbehandling, sprog og procedurer.



Figur 9: Indirekte magt (Christensen & Jensen 2008: figur 4)

Med modellen stilles der spørgsmålstejn ved, om relevante problemstillinger har "uhindret adgang" og dermed når beslutningsarenaen.

Det er også muligt at modellere på beslutningsarenaen, og herved udøve indirekte magt. Magtudøvelsen her kan være at diskutere (kæmpe om), hvordan beslutningsarenaens kapacitet og sagsområde egentlig skal defineres. Hvis man eksempelvis lykkes med at definere, at beslutninger indenfor nærliggende eller parallelle områder altid skal ind i en given beslutningsarena, får man indirekte magt over større områder og dermed indflydelse på, hvad der sker og ikke sker i tilhørende

områder. Og her er det klart, at aktører, med stærk integration og styrke i enheden, har størst mulighed for at påvirke filtermekanismen end mindre integrerede aktører. Beslutningsarenaens kapacitet kan også anvendes som magt-redskab, ved eksempelvis ikke at behandle en given sag indenfor en given tidsramme, og det ikke kun i situationer, hvor aktørerne fandt deadline for kort. Magten ligger så i ikke at tage sagen hurtigt ind.

I modellen findes der desuden et filter efter beslutningen er truffet i beslutningsarenaen men før implementeringsfasen (filter 2 i figur 9). Det kan betyde, at beslutninger aldrig bliver ført ud i livet eller får en anden, måske negativ, konsekvens end forudsat. Det kan eksempelvis ske ved at formulere beslutninger vagt eller fordrejede. Set i et ledelsesmæssigt perspektiv udøves indirekte magt, når der arbejdes strategisk med udnyttelse af ovenstående filtre før og efter beslutningsarenaen. Hvilke emner skal på dagsordenen, og hvordan skal de præsenteres, og hvordan skal eventuelle beslutninger udmøntes? Og her er det væsentligt at minde på, at ledelse kan udøves af såvel formelle som uformelle ledere, og at magten først og fremmest ligger hos aktører med den største integration i netværket.

Den anden magtdimension, jeg vil fremhæve, er den relationelle dimension. Her skelner forfatterne mellem to perspektiver på magt, den substantielle og den relationelle magtforståelse. Indirekte magt er én af dimensionerne i den substantielle magt, hvor aktører er strategisk tænkende og bevidst forsøger at påvirke andre aktører til et givent resultat med anvendelse og mobilisering af givne resurser. I den relationelle magtforståelse er magten noget, "der opstår", mellem aktører og udvikles i de sociale relationer, man konstant befinder sig i. Forfatterne tager udgangspunkt i Foucault's studier og teser om magt, at magt ikke kan besiddes, at den er alle steds værende og gør sig gældende, hvor der er mennesker (Christensen & Jensen 2008: 107; Foucault 1977). Det handler om kompleksiteten i aktørernes virkelighedsopfattelse, selvforståelser, mere eller mindre intensive sociale relationer, som forandres konstant uden nogen systematik. Jeg vil ikke gå i mere i dybden med denne interessante vinkel men blot nævne, at der i opgavens kontekst er talrige eksempler på hændelser og begivenheder, hvis udfald sandsynligvis har været influeret af relationel magt, aktørers gensidige og løbende påvirkning af hinandens opfattelser af hvad der bør ske, eller ikke ske. Jeg vil henvise til det undervejs, og det

er i dette magtperspektiv, at opgaven forholder sig videnskabsteoretisk til det dybe domæne i kritisk realisme.

Empiri og analyse

I dette afsnit præsenteres data fra såvel interviews og fra spørgeskemaundersøgelsen. Efter en overordnet præsentation af interviewene, interviewpersoner (IP) og respondenter på spørgeskemaet vil resultaterne blive præsenteret tema for tema, og analyseret løbende. Temaerne er:

- Udpegning af medlemmer
- Kendskab til kommissorium
- Formandens betydning
- Hospitalsdirektørens betydning
- Møderne – hvordan fungerer de?
- Konsensus

Jeg afslutter med en præsentation af data fra interviews med repræsentanter fra det politiske og administrative system under overskriften:

- Forventninger fra beslutningstagere og administrativ understøttelse

Interview

I udgangspunktet ønskede jeg at gennemføre interviewene personligt, men som følge af såvel IP's kalender som min egen, var det ikke praktisk muligt. Så en del af interviewene blev gennemført telefonisk med de ulemper det fører med sig. Der blev gennemført 6 interviews med speciallæger fra forskellige specialer, heraf var 5 ansat på regionshospitalet og én på AUH. Eet planlagt interview med en speciallæge fra AUH blev aflyst af praktiske årsager. Det betyder, at jeg er varsom med at generalisere i forhold til emner vedrørende opfattelser af samspillet mellem regionshospitalet og AUH, idet der her er indlagt en faktor som muligvis påvirker den eksterne validitet. IP var aktive medlemmer af enten deres forretningsudvalg eller deres specialeråd, én var formand. Derudover gennemførte jeg 3 interviews med repræsentanter fra hhv. det politiske og det administrative system.

6 interviews blev gennemført personligt og 3 telefonisk, varighed mellem 30 og 60 minutter. 7 interviews blev transskriberet, og to blev dokumenteret med notater på grund af tekniske problemer. Jeg kunne ikke følge interviewguiden slavisk og derfor har ikke alle interviewpersoner svaret på spørgsmål indenfor alle områder.

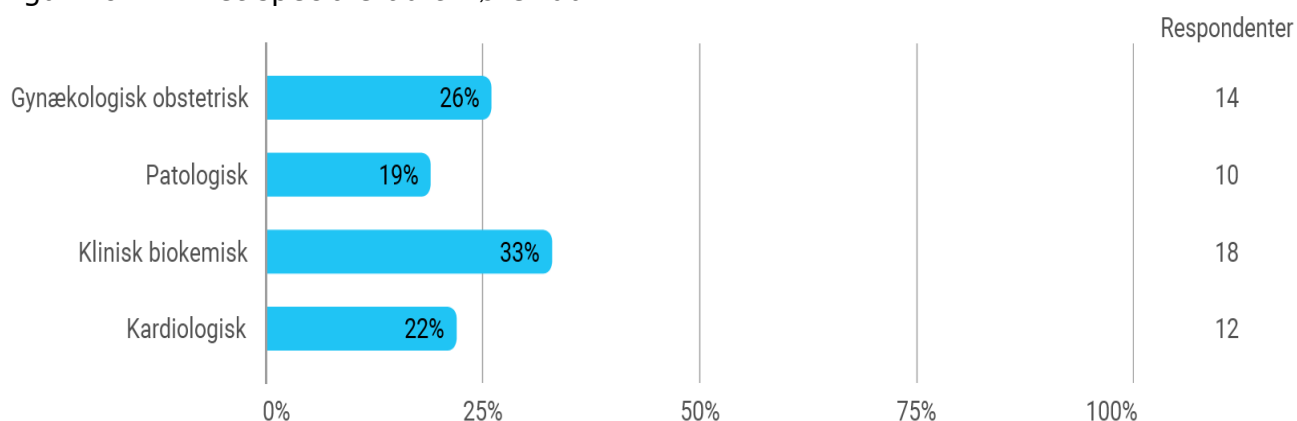
Spørgeskemaundersøgelse

Svarprocent: 71 % (alle spørgsmål)
4 % (dele af spørgsmålene)
75 % total (54 respondenter)

To respondenter har svaret på så få spørgsmål, at det ikke indgår i nogen af analyserne. Således arbejdes med en svarprocent på 72 %.

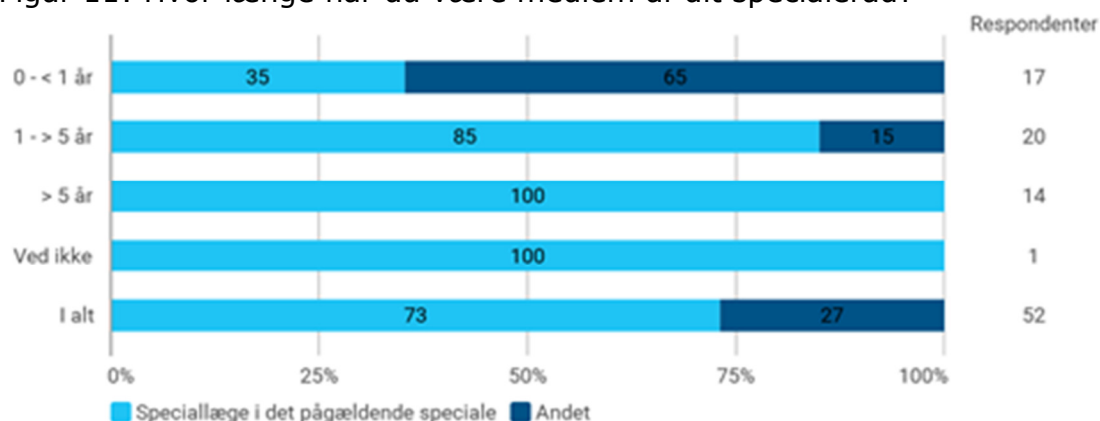
61 % af respondenterne arbejder på et regionshospital og 39 % på AUH og er ligeligt fordelt mellem specialerne (figur 10).

Figur 10: Hvilket specialeråd tilhører du?



73 % af respondenterne er speciallæger i det pågældende speciale, og øvrige er sygeplejerske, praktiserende læge, jordemoder, yngre læge eller anden faggruppe. De fleste af sidstnævnte gruppe trådte ind i specialerådene i forbindelse med at de blev tværfaglige, hvilket også kan udledes af figur 9, idet 65 % af de nyeste medlemmer ikke er speciallæger.

Figur 11: Hvor længe har du være medlem af dit specialeråd?



Udpegning af medlemmer

Vedrørende udpegning af medlemmer til specialeråd er der ikke nogen klar linje fra respondenterne. Prosa besvarelsene i spørgeskemaet viser, at det foregår på forskellig vis, der er ingen tendens, og ingen henviser til gældende vedtægter herom. Nogle specialer har ikke valg eller udpegning, da alle speciallæger er medlemmer, og flere respondenter nævner en model om, at der vælges 2 fra hver afdeling. Der bliver ikke nævnt noget om muligheden for at være medlem som ledende overlæge.

Data fra interviewene er meget sammenlignelige med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen. Således kender IP generelt ikke vedtægterne for udpegning af medlemmer, men de fleste IP fortæller alligevel om en sammensætning, der mere eller mindre følger vedtægterne. Det kan skyldes at nogen, eksempelvis formanden, blot sikrer at vedtægterne følges, eller at udpegningen i virkeligheden foregår mere eller mindre som det enkelte råd, eller enkeltpersoner i rådet, ønsker det. Men alligevel mener de fleste, at det tilstræbes, at alle relevante afdelinger i Regionen er repræsenteret. Der er så mere eller mindre systematik i udpegningen mellem specialerne. Tre IP understreger vigtigheden af, at medlemmerne er dygtige og kvalificerede, samt at de har en vis erfaring og "tyngde". Dette menes især, at betyde meget i kritiske diskussioner og for kvaliteten af rådgivningen.

Vedrørende deltagelse af ledende overlæger er der lidt forskellig holdning ifølge IP. Således fremhæves det af én IP, at alle ledende overlæger er medlemmer, og i et andet at de ikke er medlem per automatik.

Det er interessant at der er forskellige interne principper vedrørende deltagelse af de ledende overlæger. Rationalet i eet specialeråd er, at ingen skal kunne komme tilbage efter en diskussion og hævde, at man ikke var blevet hørt. Et andet argument er, at ledende overlæger har bedre muligheder for at vurdere, om en sag har økonomiske implikationer, og i så fald vil den ikke altid blive diskuteret. Det pointeres af flere IP, at de ledende overlæger kun forventes at bidrage med faglige synspunkter på møderne. Denne selektion, den ene eller den anden vej, er i virkeligheden en udøvelse af indirekte magt, idet der dels styres, hvem der skal sidde i beslutningsarenaen og hvilke kompetencer, de skal have, men det styres også, hvorvidt nogle sager skal drøftes her, jævnfør filtret for problemregulering (Christensen & Jensen 2008). Dette kan opfattes som en magtdemonstration overfor beslutningstagerne, ved at rådet forholder sig kritisk overfor de opgaver, der bliver stillet. Det kan også opfattes som en måde at sikre en intern magt-balance, da alle

afdelingers budget- og personaleansvarlige således altid har mulighed for at følge med up-front.

Vedrørende deltagelse i møderne pointerer to IP, at medlemmerne faktisk ikke deltager i møderne, én, fordi de medlemmer mener, det ikke gør nogen forskel alligevel, og en anden, fordi der er langt til møderne. I stedet har der være planlagt videomøder, hvilket ikke fungerer ret godt. Det gav en teknisk uligevægt imellem deltagerne, idet det store antal mødedeltagere, der sad samme sted, var fra AUH. De øvrige video-mødedeltagere arbejder på et regionshospital og følte ikke de deltog i mødet. En selvopfattelse som kan have en betydning større end selve video-problemet, idet de har set sig selv som ikke med i gruppen, og i den situation er relationelle magt-forhold i spil (Ibid: 107). Den mangelfulde mødedeltagelse er interessant i sig selv, da et komplet forum er væsentlig for at leve op til rådgivningens kodeks om inddragelse af alle rådets medlemmer. For at kompensere for dette har nogle specialer valgt i stedet at lade specialerådet (i dette tilfælde alle speciallæger) varetage rådgivningen. Tre IP var usikre på, hvad der egentlig sker i specialerådet (i dette tilfælde forretningsudvalget).

Der findes således elementer, der påvirker rådets sammensætning og som dermed faktisk også påvirker den interne ligevægt. I tværorganisatoriske netværk som specialerådene er fri og åben dialog en hovedhjørnesteen i et udviklende samarbejde. Dialogen skal have en diskuterende og argumenterende praksis, og her kommer begrebet "kommunikativ rationalitet" ind, som er evnen til at indgå i læring og udviklingsprocesser gennem en "herredømmefri dialog" (Lauridsen 2010; Habermas jvf Seemann 1999). En fri dialog kan i særdeleshed have betydning i situationer, hvor medlemmernes egen situation er under pres, hvilket netop er en rådgivningsopgave, specialerådene kan få: hvor skal en given funktion udføres? Hvis en funktion skal centraliseres eller samles, kan det få betydning for det enkelte medlem.

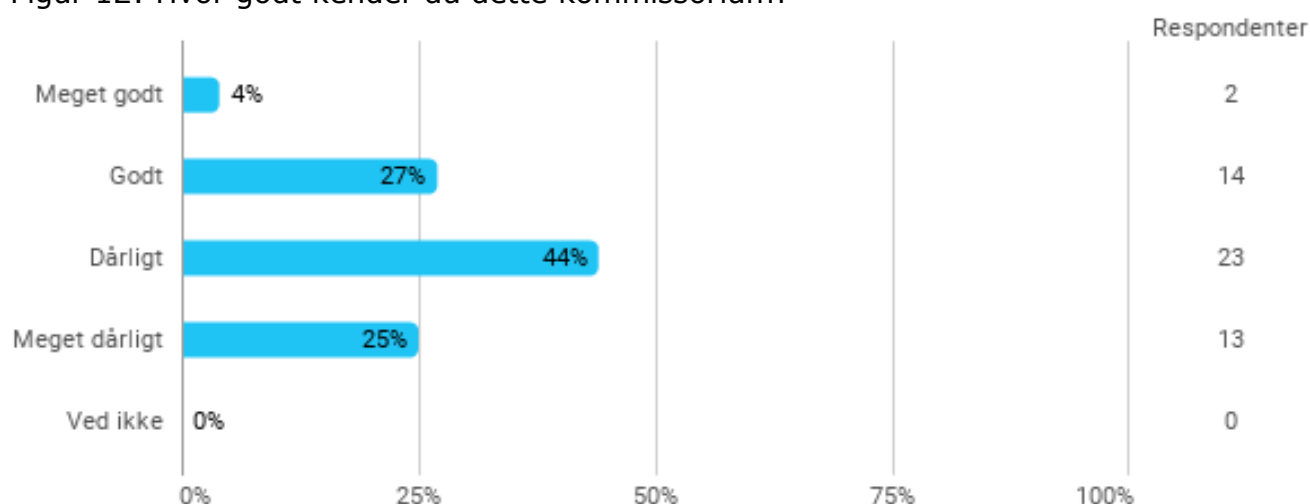
De uligevægtselementer, der er ridset op i dette afsnit er medlemmernes a) antal fra en given arbejdsplads b) erhvervsmæssige erfaring c) baggrund/uddannelse d) erfaring i rådet e) hierarkiske placering (ledende overlæger) f) tekniske deltagelse (video – ikke video). Hvert af disse elementer kan skabe en ubalance, der kan være mere eller mindre betydende. Selvom netværket består af professionelle, som kun burde levere evidensbaseret og faglig funderet rådgivning, så kan medlemmernes forskellige baggrunde forskyde ligevægten og skabe en magt-ubalance jvf tabel 2 (Huxham & Vangen 2008; Seemann 1999; Nordengraf 2007). Og én magt-

ubalancerne er antallet, hvor en overvægt af medlemmer fra én arbejdsplads selvsagt skabe en asymmetri i diskussioner om, hvor en given funktion skal udføres. Fordi "antallet" ikke bare er "antallet". Jo flere medlemmer, jo mere erfaring, jo flere stemmer, jo mere taletid, jo mere tyngde. Denne problemstilling findes i alle mindre specialer, hvor alle speciallæger er medlem af specialerådet. I næste afsnit kommer jeg ind på betydningen af, at netværket har de rigtige medlemmer, og hvordan det er brugt strategisk af én IP. Udpegningen af medlemmer behandles også senere i rapporten i forbindelse med håndtering af asymmetri under punktet konsensus.

Kommissorium

69 % af respondenterne kendte specialerådenes kommissorium dårligt eller meget dårligt (figur 12). Det gør ingen forskel, hvor man er ansat, eller hvor længe man har været medlem, men til gengæld er der signifikant forskel mellem specialerne ($P=0,0155$)¹⁰.

Figur 12: Hvor godt kender du dette kommissorium?



Set i forhold til problemformuleringen om hvorvidt der er overensstemmelse mellem specialerådenes formål og de faktiske aktiviteter, er det manglende kendskab kommissoriet en interessant detalje, idet det enkelte medlem således ikke ville kunne svare på dette spørgsmål. Fra interviewene var der blandede meldinger fra IP, fra "ja, det det er sendt ud til medlemmerne" til "nej, det er en "sort boks"", som jo stemmer godt overens med resultaterne i figur 12. Det er én af hovedhjørnestenene i problemformuleringen, idet kommissoriet beskriver nogle principper, et form for kodeks, for rådgivningen og hvilke opgaver der ligger i specialerådene, hvilke

¹⁰ Sandsynligheden for at kendskab til kommissorium er uafhængig af speciale

forpligtelser er der, og hvad forventes der fra beslutningstagerne. Det er interessant, at der er forskel mellem specialerne, hvilket også afspejles i spredningen i svarene fra IP. Den IP, som mente at medlemmerne kender principperne, havde selv formandsposten i eget specialeråd, og var meget vidende om processer og procedurer i specialerådets funktioner. Jeg registrerede, at denne IP følte sig ansvarlig for specialerådets aktiviteter og processer, og tog ledelse i opgaven. Dette er et konkret element i et velfungerende netværkssamarbejde, som i virkeligheden starter med at sikre at netværket har de rigtige medlemmer. At have succes med ledelse i netværk er, når ting sker i netværket og Huxham & Vangen påpeger, at her er deltagerne essentielle. De har fire pointer om netværkets medlemmer, nemlig at det skal være de rigtige medlemmer, de skal have den nødvendige bemyndigelse, de skal føle sig involverede og de skal mobiliseres til at kunne få ting at ske (Huxham & Vangen 2005: kap.13). Og som denne IP forklarede det, var der et klart strategisk mål med sammensætningen af specialerådet, hvilket dels drejede sig om at sikre den nødvendige faglighed i rådet, dels drejede sig om at sikre en ligevægt blandt medlemmerne i relation til tilhørssted, og endelig at sikre et medansvar og en forankring i alle afdelinger. Sammen med forventningen om, at alle medlemmerne er bekendte med kodeks for specialerådet, er der også skabt en fælles platform til et udviklende samarbejde. Denne IP var også meget omhyggelig med at benævne rådgivningen som sundhedsfaglig og ikke lægefaglig. Denne symbolik fortolker jeg som et forsøg på at give de ikke lægelige medlemmer en opfattelse af aktivt og ligeværdigt medlemskab. Dette kan støtte de pågældendes involvering i rådet med henblik på at øge rådets evner til innovativt samarbejde (Ibid).

En sidste bemærkning om denne IP er, at det blev specifikt pointeret, at der var godt fremmøde til møderne, men at det altid var muligt at bidrage skriftligt, såfremt et medlem var forhindret i at deltage. Dette har betydning i forhold til at rådgive jævnfør kommissoriets principper, idet det forventes, at alle medlemmer er blevet inddraget i en evt. høringsproces. Denne mulighed eksisterer sikkert i de fleste specialeråd, men blev kun pointeret af denne IP. Dette leder naturligt videre til næste vigtige tema i denne undersøgelse, nemlig betydningen af formændene i specialerådene.

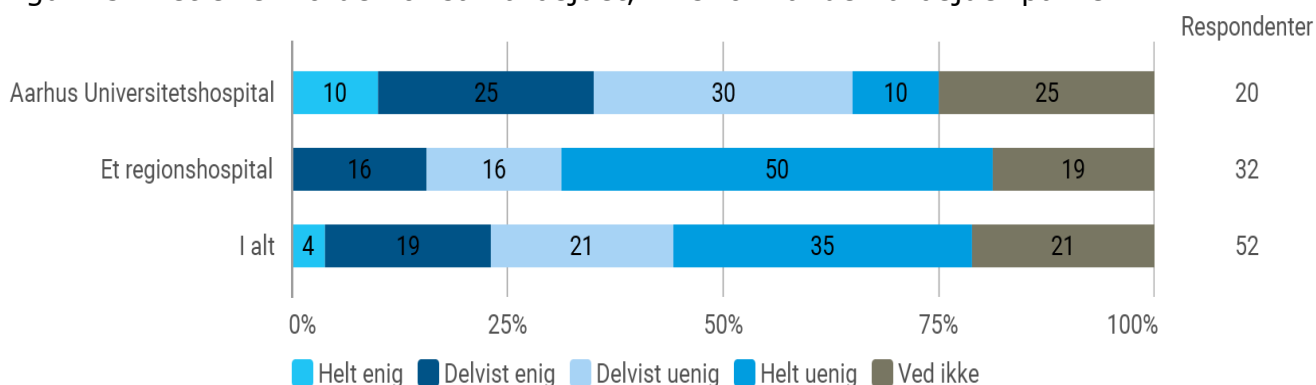
Formænd

Spørgeskemaet indeholder tre udsagn om formændene i specialerådet og vedrørende samarbejde og formændenes betydning er alle enige om at formanden er vigtig for samarbejdet (98 %). Vedrørende udsagnet "Alle har tillid til formanden" er 75 % at

enige, helt eller delvist, og 12 % er uenige, helt eller delvist, sidstnævnte fra regionshospitalet fordelt på to specialer. Hvis svarene ses i relation til ansættelsessted (regionshospitalet og AUH) ses en tendens, som dog ikke er statistisk signifikant ($P=0,0706$)¹¹.

Vedrørende betydningen af formandens tilhørssted i relation til samarbejdet er der en signifikant forskel afhængigt af respondentens arbejdsplads ($P=0,0281$)¹² (figur 13). Eksempelvis svarer 50 % af respondenterne fra regionshospitalet at de er helt uenige mod blot 10 % af respondenterne fra AUH.

Figur 13: Det er en fordel for samarbejdet, hvis formanden arbejder på AUH



Fra bemærkningsfeltet kom der blandt andre følgende kommentarer vedr. formandens betydning:

- *Formanden laver alt det praktiske arbejde mellem møderne, videresender forespørgsler fra forskellige instanser, laver dagsordner og har mere eller mindre det sidste ord.*
- *Formanden er ikke upartisk.*
- *Formanden skal være ordentlig og visionær, og ikke repræsentere eget sygehus. Hvis AUH formand kan det give betydelig skævvridning.*
- *Meget arbejde foregår mellem forretningsudvalgsmøderne, og formanden er derfor central i kommunikation med regionen.*
- *Vi har haft flere formænd fra regionshospitalet. Hvilket har fungeret udmærket, men alt afhænger jo meget af hvordan formanden forstår at varetage alles interesser.*
- *Vigtig person til de mange kontaktflader. Formanden kunne have en del indflydelse. Formanden kunne også have forskellige kasketter på, obs interessekonflikt.*
- *Det er vigtigt at formanden tegner det samlede speciale og ikke kun sin egen afdeling (helikopterperspektiv)*

¹¹ Sandsynligheden for at tillid til formanden af uafhængig af ansættelsessted

¹² Sandsynligheden for at enighed i udsagnet "Det er en fordel for samarbejdet, hvis formanden arbejder på AUH" er uafhængig af ansættelsessted

- *Han er ansigtet udadtil, og den der i sidste ende får skrevet og sendt specialerådets svar til forskellige spørgsmål - ex- høringssvar ved nylige forlig i region midt.*

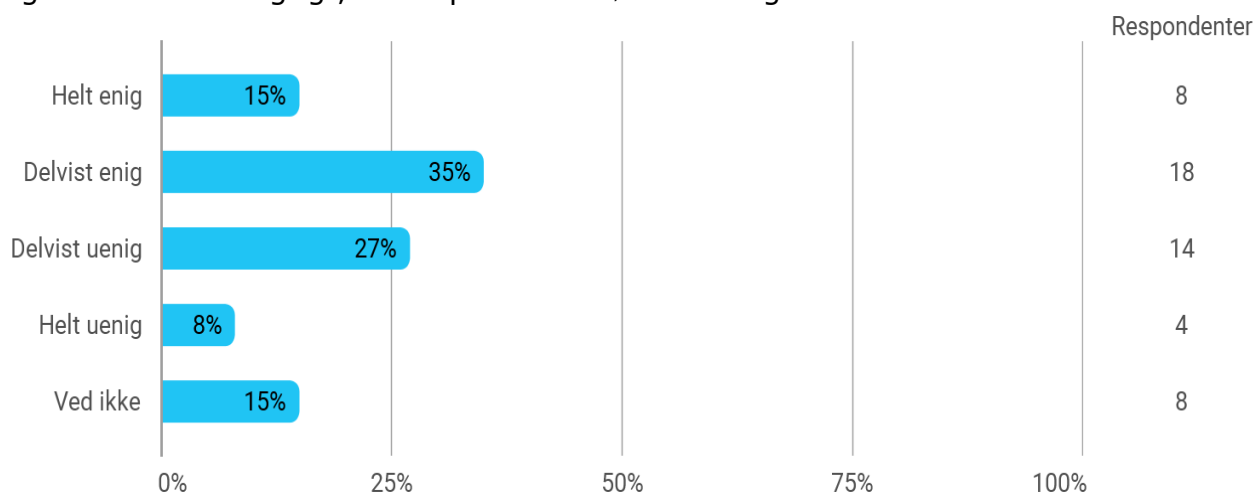
Fra interviewene er der lignende resultater. Alle IP'er er enige i, at formanden har en meget stor betydning for specialerådernes arbejde. Der bliver givet eksempel på, hvordan en formand ved at være hurtig og strategisk har håndteret en kritisk problemstilling. Det bliver også nævnt, at formanden skal være kompromissøgende og fornuftig. Det betyder så også, at formanden kan blive klemmt i situationer, hvor der er stor uenighed i specialerådet, hvorfor formandsposten til tider kan være svær at bestride. I og med formandsposten har så stor betydning, kan det også have en negativ side, afhængig af den pågældende formand. Der bliver således også givet eksempler på formænd, der har undladt at involvere de øvrige medlemmer i håndteringen af sager, eller som udelukkende har arbejdet ud fra egne interesser, og her er begrebet om indirekte magt netop i spil, idet sager således har undgået beslutningsarenaen (Christensen & Jensen 2008).

I forbindelse med at en person vælges til formand, følger der en række forpligtelser og forventninger med. Det er tydeligt fra de gennemførte interviews, at alle mener at formandsposten er essentiel for specialerådernes arbejde, og at en dygtig formand har anerkendelse og respekt. Imidlertid blev der givet eksempler på uheldige situationer, hvor de givne forventninger om eksempelvis involvering og konsensusøgning ikke er blevet fulgt. I tråd med formandens betydning i relation til kommissorium og kendskab hertil er det væsentligt, at en given formand er bevidst om sin egen rolle, er velkendt med formål og kodeks for specialerådene og udover at tage ledelse i rådet også sikrer, at formålet og principperne er kendt for alle medlemmer. Principperne vil nemlig kunne danne grundlaget for formulering af specialerådets egne eksplicitte og specifikke mål, hvilket er ét af hovedelementerne et vellykket netværkssamarbejde (Huxham & Vangen 2005: kap 6). Målene skal være tydelige og eksplicitte, så alle forstår dem på samme måde, og alle har tillid til, at der kun arbejdes efter de fælles mål. Hvis en formand formår at drive en sådan proces, kan det skabe et grundlag for en åben dialog og begrænse risikoen for skjulte mål, såvel individuelle som matrikelbaserede (Ibid: 62; Gustafsson 2009: 4). Det kan samtidig bruges som udgangspunkt i et innovativt arbejde med styrkelse af tillid i specialerådene (Huxham & Vangen 2005: kap 6 og kap 9). Men det vil forde, at en given formand tager ledelse og sikrer en åben dialog og et klart fælles mål og ikke er styret af andre skjulte dagsordner jvf tabel 2.

Hospitalsdirektørerne

Spørgeskemaet indeholdt tre udsagn om hospitalsdirektørens rolle og deltagelse i specialerådet. Først om vigtigheden af at hospitalsdirektøren deltager, dernæst om hospitalsdirektøren rent faktisk deltager, og endelig om det ville gavne samarbejdet i specialerådet, hvis hospitalsdirektøren var formand i specialerådet. Samlet set synes 50 % at det er vigtigt at hospitalsdirektøren deltager og i 3 af specialerne er det flertallet (figur 14). De nye medlemmer udgør en stor del af ved ikke svarene, men har ellers ellers fordelt sig jævnt i enighedsscore.

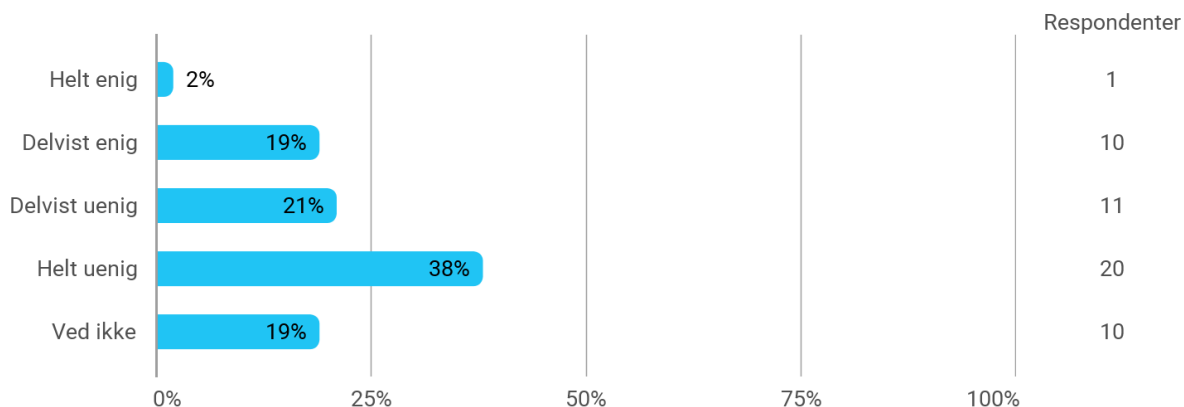
Figur 14: Det er vigtigt, at hospitalsdirektøren deltager



Hvis man tager udgangspunkt i de respondenter, der har forholdt sig til udsagnet (altså uden ved ikke'rne) synes 60 % at det vigtigt at hospitalsdirektørens deltager i møderne. På spørgsmålet om, hvorvidt hospitalsdirektøren plejer at deltage i møderne, er et fåtal delvist enige (figur 15). Der er en signifikant forskel mellem specialerne idet 64 % i et speciale er enig og 0 % i et andet speciale ($P=0,0039$)¹³. Sidstnævnte er samme speciale, hvor mindretallet synes det vigtigt, at hospitalsdirektøren deltager. Samlet set svarer 19 % "ved ikke" på dette udsagn, hvoraf de 70 % er nye medlemmer.

Figur 15: Hospitalsdirektøren deltager som regel i møderne

¹³ Sandsynligheden for at hospitalsdirektørens deltagelse er uafhængig af specialet



73 % tror ikke at samarbejdet i specialerådet bliver bedre, hvis hospitalsdirektøren var formand. Kun 6 % tror delvist på en gavnlig effekt. Fra bemærkningsfeltet kom der følgende kommentarer vedr. direktørens betydning:

- *I vores specialeråd bidrager hospitalsdirektøren med oplysninger fra andre råd.*
- *Vigtigt med en person som kan formidle det nødvendige overblik, incl perspektivet set fra topledelsens side.*
- *Det er min oplevelse fra de få møder, hvor hospitalsdirektøren har deltaget, at diskussionen afspores på direktørens præmisser. Jeg oplever ikke lydhørhed eller dialogønske.*
- *Helt unødvendigt og tilstedeværelsen vil sikkert virke bremsende på diskussionen*
- *Mediatorrolle, informationsformidler og observatør*
- *Det er vigtigt at specialerådet frit kan diskutere faglige problemstillinger*
- *Det er enormt vigtigt at hospitalsdirektøren følger med i de enkelte specialers faglige profil*
- *Ved deltagelse i møderne kan hospitalsdirektøren have en finger på pulsen, hvad rører sig i specialet p.t.*

Fra interviewene peger flere IP på vigtigheden af, at direktørerne deltager i møderne, men samtidig at man skal kunne stole på, at det direktøren får med fra mødet bliver brugt fornuftigt – at direktøren "kender sin plads". Deltagelse af direktør giver en vis indsigt i hvad der sker i klinikforum, og det føles også rigtigt at vide at den pågældende direktør ved, hvad der rør sig i specialet.

Det påpeges af flere IP af direktøren jo netop også har en matrikeltilknytning, og derfor også kan have en dagsorden, hvor den spiller ind. Det stemmer godt overens resultatet fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor meget få tror at det vil gavne

samarbejdet, hvis hospitalsdirektøren havde formandsposten, som man har organiseret rådene i Region Hovedstaden. Tværtimod, siger flere IP.

Resultaterne fra såvel spørgeskemaundersøgelsen som interviewene tyder på, at formålet med direktørernes deltagelse og rolle ikke er tydelig for medlemmerne. To IP ved ikke, hvem der er tilknyttet deres specialeråd, og én tror at direktøren faktisk er formand. Den manglende klarhed over hospitalsdirektørens rolle kan influere på hospitalsdirektørens motivation for at deltage i møderne. Alle mødedeltagere skal have en defineret rolle og i princippet være uundværlige, såfremt et mødeforum skal være effektivitet (Bang 2015; Haugland 2004). Der er diskrepans imellem respondenternes opfattelse af direktørens mødedeltagelse og vigtigheden af det, idet klart flere synes det er vigtigt, end hvad der sker i praksis. At direktøren deltager giver en opfattelse af kortere informationsveje og kontakt til beslutningstagere. I forbindelse med at sager bringes videre i Klinikforum og den pågældende direktør skal formidle sagen, skal beslutningstagerne tage direktørens matrikeltilknytning med i billedet. Den er mindst lige så gældende på dette ledelsesniveau. Afslutningsvist fungerer specialerådene ikke som forudsat her, idet bindeleddet til det øvrige ledelsessystem ikke er til stede ved direktørens mangelfulde deltagelse.

Møderne – hvordan fungerer de

Under dette punkt vil data vedrørende samarbejdet på møderne blive præsenteret ud fra tre områder:

- a) Rammer og dagsorden
- b) Kultur og miljø
- c) Medlemmernes interesser og ageren

Rammer og dagsorden

De fleste respondenter er enige i at

- a) der altid er udsendt dagsorden til møderne
- b) de fleste punkter er faglige og relevante
- c) de bidrager ikke selv til dagsordenen
- d) det er formanden der står for det

I et speciale mener kun 44 %, at de fleste punkter er relevante, sammenlignet med 80 – 100 % i de andre specialer. Der er også forskel mellem specialerne, hvad angår indtryk af hvorvidt der kommer dagsordenpunkter fra hhv koncerndirektion og klinikforum, idet omkring 80 % af medlemmerne fra det kardiologiske og det gynækologisk obstetriske specialeråd mener der ofte kommer emner herfra, og kun 0 - 20 % i de to andre specialeråd, har den opfattelse. Vedrørende spørgsmål fra politikerne er der bredere enighed i, at det ikke sker ret tit. Gennemsnitligt er 66 %

enige i, helt eller delvist, at specialerådet ofte tager spørgsmål op på eget initiativ til fremstilling for Klinikforum eller koncerndirektion (50 % - 95 %). Da specialerådene blev tværfaglige var der samtidig en forventning om at specialerådene ville blive inddraget i flere rådgivningsopgaver, også på tværs af flere specialer, men baseret på spørgeskemaundersøgelsens resultater ser det ikke ud til at være tilfældet. Dette er ikke i tråd med kommissoriet, og kan skabe en dekobling mellem specialerådet og beslutningstagere.

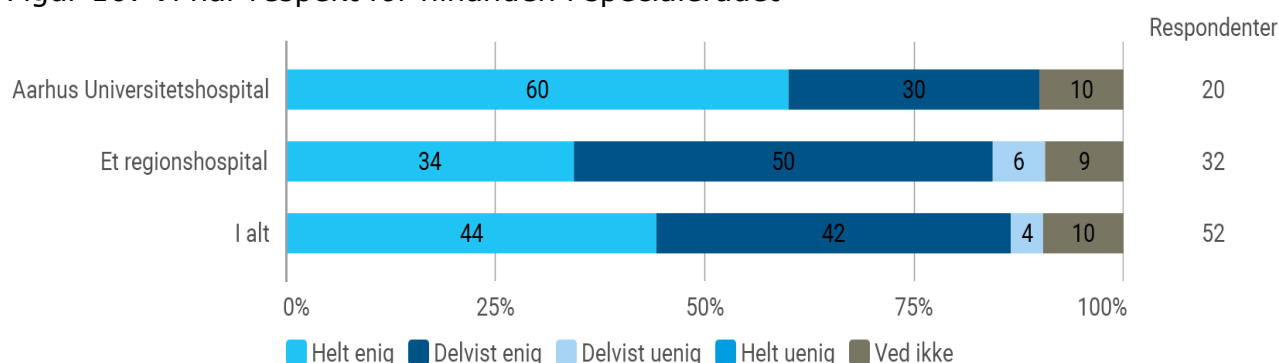
Nedenstående kommentarer blev tilføjet under dagsorden temaet:

- *Opgavefordelingen mellem forskellige sygehusenheder*
- *Vi har drøftet mange forskellige ting. Hvis lokale interesser bliver fremtrædende taber rådgivningen helt højde og bliver ubrugelig*
- *Mange høringer og udpegninger er mellem møderne, og klaret inden pr. mail med forretningsudvalget pga. korte frister*
- *De er altid en "bordet rundt", hvor alle fortæller om det, der aktuelt rører sig på afdelingerne. Der tales ofte om uddannelse, om at højne kvaliteten af denne gennem samarbejde mellem afdelinger. Diskussionerne afspejler et godt inter-afdelings-kollegaskab*
- *henvendelser, faglige problemstillinger, funktioner, akademiske spørgsmål og uddannelse*
- *Alle kan byde ind med punkter, så der drøftes meget forskellige emner.*
- *Vi føler os ofte koblet af den politiske proces. Når der sker ændringer i f.eks. placering af de kliniske funktioner, opdager patologien det oftest ved at høre det omtalt af klinikerne. Dvs. hverken vores ledelse eller specialeråd bliver hørt i den proces, hvilket gør det mere end svært at lave en faglig velfunderet strategi for patologien i Region Midt. Drøftelserne i specialerådet får derfor ofte karakter af petitesser uden det helt store indhold eller relevans.*

Kultur og miljø

På spørgsmål om mødekultur og miljø svarer størstedelen positivt. 82 % synes at drøftelserne foregår på en konstruktiv måde, og der er ingen forskel mellem hospitalerne. Nogenlunde det samme gør sig gældende på udsagnene "Vi er gode til at lytte til hinanden" og "Vi har respekt for hinanden", og der er heller ingen statistisk sammenhæng mellem, hvad man mener, og hvor man arbejder (figur 16).

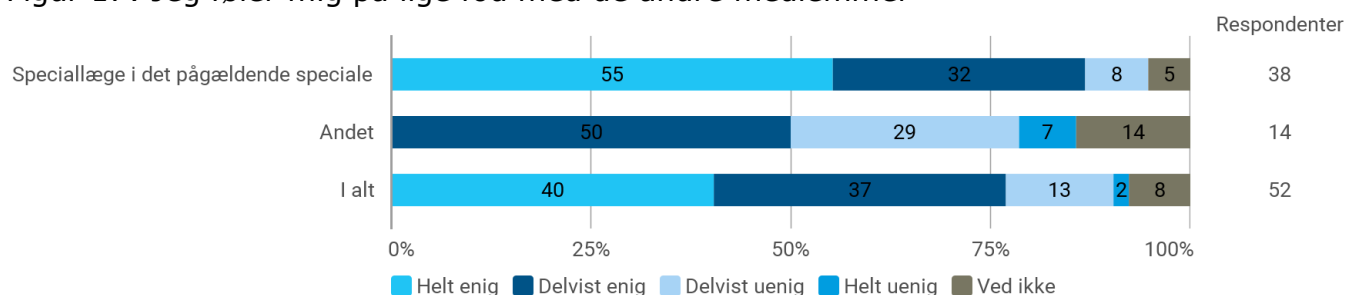
Figur 16: Vi har respekt for hinanden i specialerådet



Noget andet gør sig dog gældende, hvis man sammenligner svarene i forhold til de forskellige specialeråd, da der her er stor spredning på svarene. Gennemsnitligt er 75 %, helt eller delvist enige i et udsagn om, at der altid er en afslappet stemning på møderne. Men der er der signifikant forskel mellem specialerne i det fra 0 – 36 % er uenige og fra 0 – 79 % er helt enige ($P=0,0004$)¹⁴. Det samme gør sig gældende i andre udsagn indenfor dette tema eksempelvis "Vi har respekt for hinanden" og "Vi er gode til at lytte til hinandens synspunkter" ($P=0,0170$)¹⁵. Her er svarene også afhængige af hvilket specialeråd man tilhører.

Der blev også spurgt, om det var en fordel for stemningen, at specialerådene var tværfaglige, hvilket flertallet ikke mente. Hvad angår medlemmernes baggrund er det interessant, at speciallægerne er signifikant mere enige i udsagnet "Jeg føler mig på lige fod med de andre medlemmer" end ikke-speciallæger (figur 17) ($P=0,0028$)¹⁶.

Figur 17: Jeg føler mig på lige fod med de andre medlemmer



¹⁴ Sandsynligheden for at stemningen føles afslappet er uafhængig af specialerne

¹⁵ Sandsynligheden for at man har respekt for hinanden er uafhængig af specialerne

¹⁶ Sandsynligheden for at følelsen af at være på lige fod med andre medlemmer er uafhængig af hvilken baggrund, man har (speciallæge eller andet)

Fra interviewene bekræfter flere at stemningen på møderne er fin. At alle medlemmer kan komme til orde og man kan tale frit, det er dog ikke alle, der har noget at sige, afhængigt af hvad der diskuteres, naturligt nok. Som en sidebemærkning hertil siger en, at der jo heller ikke deltager så mange, underforstået, derfor er det nemmere at komme til orde. Én fortæller, at det er sjovt at deltage, fordi man hører hvad der foregår.

På den anden side fortæller to IP, at stemningen kan være belastende, da der kan være mange følelser involveret i diskussionerne, og tonen kan være anspændt. Samlet set harmonerer det med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor der på alle spørgsmålene var mellem 10 og 20 % som var uenige i udsagnene om et velfungerende samarbejde. Det skal også ses i lyset af IP's svar på spørgsmål om konsensus herunder, idet det tydeligt fremgår at stemningen er afhængig af, hvad der drøftes blandt medlemmerne. Det kan være forklaringen på, at to IP angiver at stemningen opleves belastende.

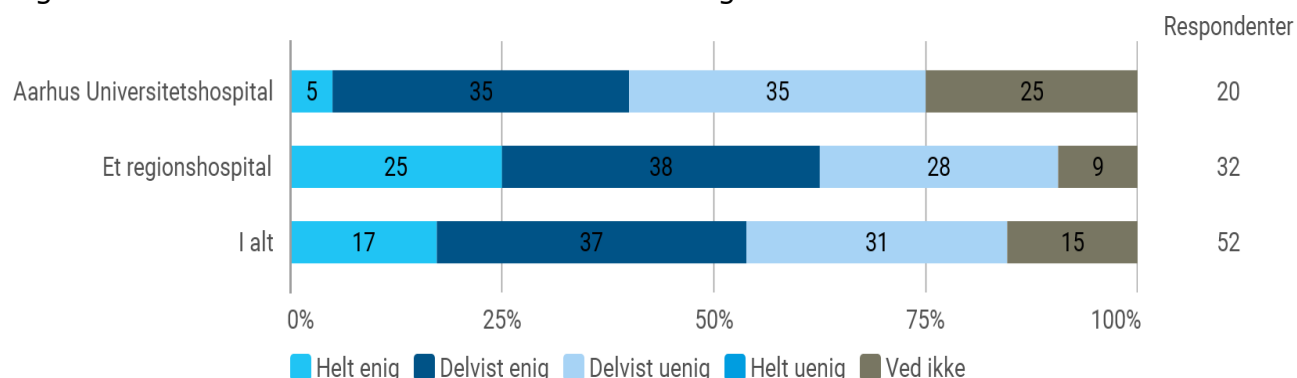
I dette afsnit har jeg vist, at mødekulturen opfattes forskelligt afhængigt af speciale, og en dybere analyse af det vil være nødvendigt, såfremt der skal iværksættes målrettede indsatser til styrkelse af samarbejdet. Desuden er opfattelsen af at føle sig på lige fod med de andre medlemmer afhængig af, hvilken uddannelse man har. Endelig er opfattelsen af betydningen af formandens tilhørsforhold for stemningen afhængig af om man arbejder på et regionshospital eller AUH. Dette er også interessant, og alle tre fund peger på forskellige egen- og virkelighedsopfattelser med indlejrede relationelle magtproblematikker blandt medlemmerne (Christensen & Jensen 2008). Jeg vil diskutere området yderligere under punktet "Konsensus".

Medlemmernes interesser og ageren

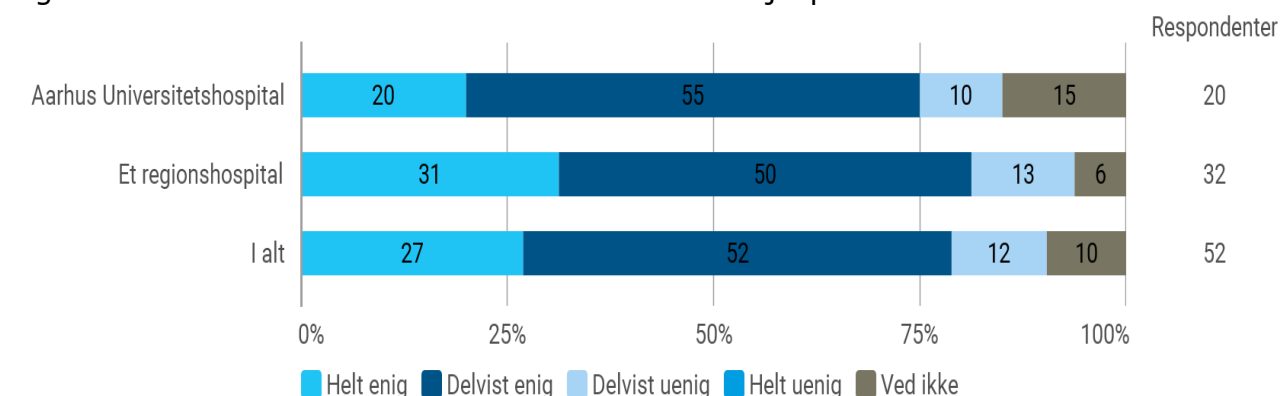
90 % af alle respondenter synes at møderne er vigtige, og 81 % er enige i udsagnet "Jeg deltager altid i møderne", dog med stor forskel mellem specialerne fra 50 til 100 %. På spørgsmålet om hvorvidt de emner, der diskuteres på møderne, har betydning for ens arbejde, er respondenterne enige uafhængigt af speciale, baggrund (speciallæge eller andet) eller tilhørsforhold. 79 % er enige, helt eller delvist, og kun 8 % er delvist uenige. Vedrørende gennemslagskraft synes 33 % at den er lige stor hvor man end arbejder, men 49 % synes gennemslagskraften hænger sammen med arbejdspladsen.

Der er tre spørgsmål om det ståsted, man har i en given diskussion. Her svarer 54 % (28 % - 100 %) ¹⁷ at de er enige i at man diskuterer ud fra egne interesser, 79 % (61 % - 91 %) ud fra arbejdspladsens interesser og 56 % (36 % - 78 %) ud fra "et fælles bedste". Her er der ikke forskel på matrikeltilknytning (figur 18 og figur 19), men der er til gengæld signifikant forskel mellem specialerne ($P=0,0154$).

Figur 18: Medlemmerne diskuterer ofte ud fra egne interesser



Figur 19: Medlemmerne diskuterer ofte ud fra arbejdspladsens interesser



Denne del af undersøgelsen er essentiel, idet det er her magtforhold og gennemslagskraft får en betydning for mødernes effektivitet og værdi. Det bliver yderligere analyseret herunder sammen med konsensusproblemstillingen.

Konsensus

Den sidste del af empirien drejer sig om, hvorvidt specialerådene kan opnå konsensus på møderne, i hvilke situationer det er svært, og hvordan det håndteres, såfremt der ikke kan nås konsensus. I analysen af dette tema vil jeg komme ind på:

1. Medlemmernes perspektiver og fælles mål
2. Asymmetri

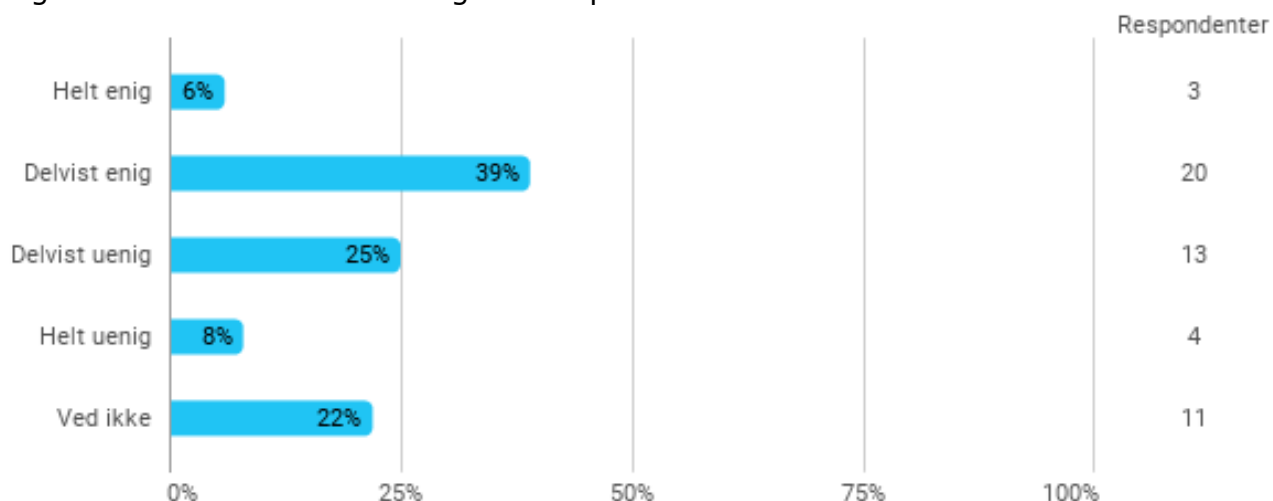
¹⁷ Tallene i parentes angiver specialer med lavest og højest tilslutning

3. Koncernperspektiv

4. Magtperspektiv

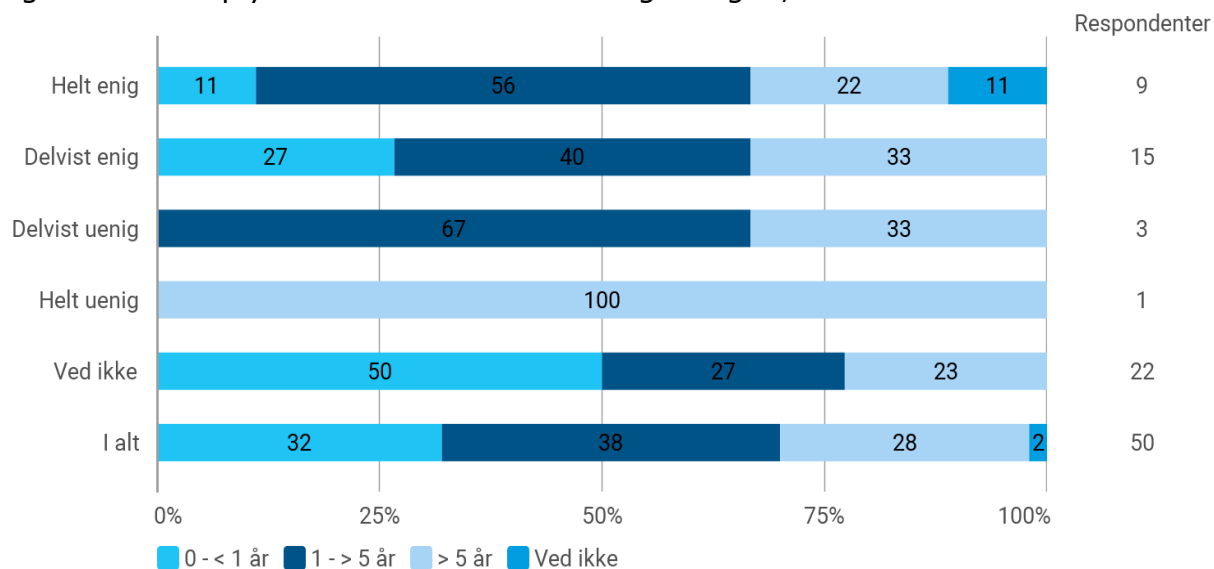
Figur 20 viser at knap halvdelen er helt eller delvist enige i udsagnet om, at man kan blive enige i specialerådet. Hvis man ser på det specialevis, er der stor spredning på svarene fra 0 til 92 % enighed, helt eller delvist ($P=0,008$)¹⁸.

Figur 20: Vi kan altid blive enige i mit specialeråd



Det er interessant, at så mange garvede medlemmer ikke ved, om den manglende konsensus bliver oplyst i forbindelse med rådgivningen (figur 21).

Figur 21: Det oplyses i forbindelse med rådgivningen, hvis der ikke kan nås konsensus



¹⁸ Sandsynligheden for, at opfattelsen af, at man altid kan blive enige i specialerådet, er uafhængig af specialet

Og når der spørges ind til, hvilke områder man i givet fald ikke kan blive enige i, er der et spænd fra 3,7 svar per mulig respondent til 1,6 svar per mulig respondent. Det er afhængig af speciale, fordeling kan ses i tabel 4.

Tabel 4 Hvis vi ikke kan blive enige i specialerådet skyldes det ofte

	Respondenter	Procent
Økonomiske forhold	10	19,6%
Forskellige faglige synspunkter	24	47,1%
Flytning af funktioner mellem matrikler	30	58,8%
Nedlæggelse af funktioner	18	35,3%
At vi ser forskelligt på udførelsen af specialets opgaver	17	33,3%
Personlige interesser	12	23,5%
Andet (uddyb gerne herunder)	12	23,5%
I alt	51	100,0%

Udvalgte supplerende kommentarer på ovennævnte spørgsmål:

- *De ting vi er uenige om, når oftest ikke på dagsordenen.*
- *Her endte med en politisk beslutning, hvor geografi kom til at fylde mere end afdelingernes kvantitet og kvalitet*
- *Placering af specifik funktion indenfor mit speciale, besparelser i RM med centralisering af funktionen*
- *Fordeling af specifik funktion i regionen. Kunne blive enige om at processen var dårlig, hvilket var hvad specialerådet så svarede ifm besparelsesrunden.*

Fra interviewene var alle IP'er helt enige i, det kan være svært at nå konsensus, men også at det afhænger meget af, hvad der skal diskuteres. Hvis det er rent faglige emner, er det i udgangspunktet nemmere at blive enige, og som oftest ikke noget problem. Her udtrykte flere IP'er en høj faglig moral, også i forhold til patienternes behov. Hvis en faglig rådgivning er knyttet til placering af en funktion, kan det dog være vanskeligt.

Een IP udtrykker, at det faktisk aldrig vil være muligt at levere en helt objektiv rådgivning. Muligvis er det enstemmighed på papiret, men der vil altid være små

nuancer, som man ikke er helt enige om alligevel. Og hvem der så får det sidste ord, kan være lidt tilfældigt – og det er ikke nødvendigvis den, der ved bedst.

En anden IP udtrykker, at problemet er størst, hvis der skal rådgives om strukturelle temaer eksempelvis centralisering, flytning eller nedlæggelse af funktioner. Her får medlemmernes matrikel tilknytning en betydning, og desuden personlige interesser. Flere IP mener, at strukturelle temaer slet ikke hører hjemme i specialerådet. Så snart det har økonomiske konsekvenser, bør det besluttet andet sted. Problemet er reelt, viser dette citat fra en respondent *"Fordeling af specifik funktion i regionen. Kunne blive enige om at processen var dårlig, hvilket var hvad specialerådet så svarede ifm besparelsesrunden"*. Og flere IP giver under interviewet eksempler på rådgivningssituationer, hvor det er gået helt galt, og hvor der har været store problemer med at nå til enighed. At rådgivningen så skulle tage højde for det i svaret til beslutningstagerne med en gennemsigtighed i uenighederne, kunne IP ikke altid genkende.

Medlemmernes perspektiver og fælles mål

Det er forståeligt og forventeligt, at når der diskuteres noget, som kan få betydning for den enkeltes arbejdssted eller arbejdsopgaver, vil man bevidst eller ubevidst arbejde med egne mål. At det oftest er bevidst tyder det dog på, når 79 % vedkender sig, at de som regel diskuterer ud fra moderorganisationens interesser. Kun 56 % svarer at de diskuterer ud fra "et fælles bedste" i tråd med kommissoriet. Når så stor en andel arbejder ud fra moderorganisationens og individuelle interesser, kan det medføre, at netværkets dynamik bliver præget af uhensigtsmæssige adfærdsmønstre, hvor beskyttelsesstrategier er det grundlæggende element, hvilket der jo også var eksempler på (Seemann 1999). Se eventuelt også tabel 2 og 3.

Et effektivt og velfungerende samarbejde i tværorganisatoriske netværk fordrer fælles mål på strategisk vigtige områder, som alle medlemmer kan bidrage til (Gustafsson 2009; Huxham & Vangen 2005: kap5; Seemann 1999; Haugland 2004). Hvorvidt det er muligt, at formulere eksplicitte fælles mål, som alle medlemmer kan identificere sig med er dog tvivlsomt, specielt hvis det betyder, at man i en given rådgivning er med til at nedlægge egne arbejdsopgaver på egen matrikel (Huxham & Vangen 2005: kap5). Med en centraliseringsdagsorden vil der være forskellige mål, og diskussionerne vil være styret af både individuelle mål og moderorganisationernes mål, baseret på medlemmernes for forståelse. Centraliseringsdagsordenen opsluger tilliden mellem medlemmerne, og diskussionerne på møderne vil være hæmmede og ufrie (Huxham & Vangen 2005: kap 9; Lauridsen 2010; Habermas jvf Seemann

1999). Én af forudsætningerne for at samarbejdet i tværorganisatoriske netværk kan være baseret på tillid og fælles mål er, at der er afstemte forventninger, en villighed til at turde løbe risici, og en villighed til at være sårbar, og det sker først, når der er ligevægt i netværket, og når alle kan se den samme mening i en given rådgivning, også selvom det drejer sig om strukturelle forhold (Huxham & Vangen 2005: 154; Haugland 2004).

Asymmetri

Asymmetrien udspringer som tidligere nævnt af flere forhold, hvor moderorganisationerne især spiller en væsentlig rolle. I små specialer, hvor alle speciallæger udgør både forretningsudvalg og specialeråd, vil der altid være en antalsmæssig ubalance i forhold til medlemmer tilknyttet AUH og medlemmer tilknyttet andre hospitaler i regionen. Denne faktor er uregulerbar for små specialer. I større specialer er der mulighed for at vælge medlemmerne strategisk, som også er fremhævet af en IP ovenfor under punktet "Kommissorium". Dette er netop et forsøg på, at håndtere en indbygget asymmetri, både antalsmæssigt og fagligt. Det særlige i dette eksempel fra denne IP var, at de pågældende medlemmer havde et andet lateralt samarbejde mellem enhederne indenfor deres specifikke fagfelt, hvorfra de selv skulle udpege deltagere til specialerådet. En faglig dominans kan følge med den antalsmæssige uligevægt, idet medlemmer, der er tilknyttet AUH, ofte vil have en større faglig specialisering. Denne dominans er naturlig i og med at AUH varetager alle de højt specialiserede funktioner samt regionsfunktionerne. Det er sjældne og fagligt specialiserede funktioner. Det behøver dog ikke nødvendigvis at være gældende for det specifikke medlem i specialerådet fra AUH, men det er en diskurs, der vedrører medarbejdere på universitetshospitaler, og som er med til at skabe en relationel magtudøvelse blandt rådets medlemmer – bevidst eller ubevidst (Christensen & Jensen 2008: 111). Dette magtperspektiv bekræftes faktisk af flere IP, der udtrykker, at tilhørsforholdet har betydning for indflydelsen, hvilket opfattes som et væsentligt problem. Under interviewene anvendes mange billedlige beskrivelser for forholdet mellem AUH og regionshospitalerne, som langt hen ad vejen drejer sig om, at AUH har en stærkere faglig position end regionshospitalerne. Og nogle IP tilføjer, at sådan må det nødvendigvis være. AUH har flere læger og flere funktioner, og den enkelte læge arbejder måske også mere specialiseret. På specialerådsmøderne kommer det især frem til overfladen, når placering af funktioner skal drøftes, som nævnt ovenfor. Interessant nok fortæller en IP fra AUH, at der er en signalværdi i, at

formanden arbejder på et regionshospital, igen en måde at forsøge at rette op på den indbyggede asymmetri og rykke ved den relationelle magtbalance.

Koncernperspektiv

Endelig er der en opfattelse af, at regionstankegangen eller koncerntankegangen er mere nærliggende for læger på regionshospitalerne end for læger på AUH. Der er ikke det samme behov for at tænke regionalt på AUH. Denne holdning udtrykkes af IP i to specialer. Det opleves dog også, ifølge en anden IP, som om denne tankegang er ved at rykke sig lidt, og at medlemmerne langsomt begynder at se tingene i et lidt større perspektiv – patienternes. I og med at 5 ud af 6 IP er tilknyttet et regionshospital, er der en indbygget bias i undersøgelsesdesignet, og det er ikke nødvendigvis almengyldigt for alle specialerådsmedlemmer. Men til gengæld peger det på en tendens, og giver et stærkt billede af de følelser, forståelser og holdninger, der eksisterer blandt regionshospitalernes medlemmer i forhold til samarbejdet med AUH.

Magtperspektiver

Det åbner lidt op for de selvopfattelser og virkelighedsopfattelser, der er til stede i samspillet mellem specialerådsmedlemmerne, hvor den relationelle magt opstår og udvikles (Christensen & Jensen 2008: 111). Der var også flere IP som berettede om eksempler på alliancer med et andet hospital for at give større tyngde og mere legitimitet, en typisk beskyttelsesstrategi i et uharmonisk netværk (Seemann 1999). Der er således en række eksempler på dynamikker og underliggende magtforhold i specialerådene, der gør sig gældende. På det tidspunkt interviewet drejede sig om dette emne, oplevede jeg 2 IP som meget følelsesladede og opgivende. Det optog dem meget, og der var frustration over uligevægten, og at deres specialeråd ikke kunne håndtere prekære emner pga denne følelse af asymmetri. En anden interessant observation under dette punkt var, at 2 IP gerne ville berette om problematiske hændelser, men hvor IP udtrykkeligt bad om, at det ikke skulle refereres i denne rapport. Alle specialerådenes medlemmer er med i spillet om den indirekte magt, og afhængig den enkelte aktørs status og integration i netværket vil magt virke i den ene eller den anden retning.

Som diskuteret tidligere, er der enighed om, at formanden er vigtig for specialerådets arbejde. Formanden er bindeled mellem beslutningstagere og specialeråd og har en vigtig rolle i at bringe spørgsmål ind i beslutningsarenaen samt at formidle beslutningerne videre – eventuelt tilbage til beslutningstagerne. Formanden har dermed en mulighed for at regulere på dagsordenen ved at filtrere på emnerne og har

en ubetinget mulighed for at lede specialerådet via indirekte magt (Ibid: 43). Det behøver selvsagt ikke at foregå, men citatet "*De ting vi er uenige om, når oftest ikke på dagsordenen*" fra en respondent tyder på, at der blandt medlemmerne er en fornemmelse af det.

Et interessant resultat her er, at halvdelen af respondenterne mener, at gennemslagskraften i rådet er afhængig af, hvor man arbejder, og kun en tredjedel mener ikke, det betyder noget. Og hvor medlemmerne så mener gennemslagskraften er størst, må naturligt så give medlemmerne en egenopfattelse af mere eller mindre position og magt i specialerådet afhængigt af eget arbejdssted. Den anden holdning – at det ikke hænger sammen med arbejdssted kan gøre noget lignende. Holdninger og selvopfattelser spiller ind i den virkelighed, der skabes mellem medlemmerne, og er løbende med til at forme den aktuelle virkelighed med en gældende magtbalance til et givent tidspunkt. Den kan forstærke eller svække en opfattelse af, hvad der vigtigst lige nu. Et andet resultat er, at følelsen af ligeværdighed med andre var signifikant afhængig af, om man var speciallæge eller ikke-speciallæge. Her er en selvopfattelse hos en del af medlemmerne, som også har betydning for magtbalancen og egen position i rådet. Endelig er det også interessant, at holdningen til, om det er en fordel for samarbejdet, hvis formanden arbejder på AUH er afhængigt af, om man arbejder på AUH eller ej. Ligeledes en opfattelse af en virkelighed, som er forskellig, om man arbejder det ene eller det andet sted. Der eksisterer forskellige virkelighedsopfattelser, som afhænger af baggrund, arbejdssted og speciale. Ovenstående peger på eksistensen af magt i en relationel kontekst, og det må forventes at forårsage en konstant gensidig påvirkning imellem specialerådenes medlemmer, som påvirker det enkelte medlems opfattelse af virkeligheden og af, hvor magten befinder sig. Specialerådets indlejrede elementer af asymmetri (baggrund og arbejdssted) er med til at skabe en virkelighed, som de enkelte medlemmer ser og opfatter sig selv i og som løbende påvirkes af andre i netværket (Ibid: 109).

Forventninger fra beslutningstagere og administrativ understøttelse

Empirien i denne sidste del af rapporten er udledt fra interview med repræsentanter fra dels det politiske niveau, dels fra det administrative niveau og dels fra regionens stab i Region Midtjylland (IP-admpol). Omdrejningspunktet i den sidste del er at afdække, hvordan beslutningstagerne i praksis modtager lægefaglig rådgivning i regionen og hvilke forventninger, der er til rådgivningen fra specialerådene.

Her er det meget tydeligt at den lægefaglige rådgivning langt fra er begrænset til specialerådene, idet der blev givet en række eksempler på lægefaglig rådgivning fra anden side. En vigtig og tilgængelig resurse til lægefaglig rådgivning af regionens ledelse er klinikforum, som også er en del af koncernledelsen. Her rådgiver de lægefaglige direktører på basis af viden fra egen organisation og andre formelle eller uformelle fødesystemer. Her vil der på linje med drøftelserne i specialerådene også være en matrikeltilknytning, som kan have betydning, og som modtageren skal tage højde for, hvilket IP-admpol er fuldt ud klar over.

Men der er dog en forventning om, at specialerådene kan levere en evidensbaseret faglig rådgivning, når det er nødvendigt. Der er desuden en forventning om, at specialerådenes medlemmer kender kommissoriet, og at det bliver tydeliggjort, når der ikke kan nås konsensus i en specifik rådgivning. Som modtager af rådgivningen er det vigtigste, at det er gennemsigtigt og tydeligt, hvad der menes, og hvori en eventuel uoverensstemmelse består, da det så alligevel giver et vist grundlag for at kunne tage beslutninger.

Et interessant dilemma blev tydeligt her, idet forståelsen af, hvornår noget er lægefagligt og hvornår det ikke lægefagligt, var forskelligt hos IP-admpol og IP, hvilket også kom frem i spørgeskemaundersøgelsen. IP-admpol vurderer det lidt bredere og mener, at rådgivning vedr. placering af funktioner næsten altid har en faglig betydning, hvor IP ikke ser det helt entydigt. Flere IP synes ikke, at rådgivning om flytning og nedlæggelse af funktioner overhovedet hører hjemme under faglig rådgivning i specialerådene. Her er der således behov for en tydeligere forventningsafstemning eller en præcisering af, hvad der egentlig ligger i faglig. Og forståelsen skal kendes i hele linjen og bør fremgå af kommissoriet. Som én IP-admpol nævnte, kunne der måske være behov for at se på kommissoriet igen med henblik på en præcision.

I disse interview henvises der fra alle IP-admpol, med forskellige ord, at det er vigtigt at "kende virkeligheden", og at det kan være vanskeligt både at sagsbehandle, og at modtage rådgivning uden at kende til den "kliniske virkelighed". Derfor bliver der også tit søgt viden og kendskab til et fagområde ved besøg eller ved "en-til-en rådgivning" fra personer, man kender, eller som vides at have et særligt kendskab. Alle IP-admpol kredser om dette emne med en del eksempler og billeder på, hvordan det sker i praksis. Således blev der nævnt flere eksempler, hvor rådgivningen er blevet kvalificeret eller leveret i forbindelse med enkelt-personers besøg på hospitalerne. Det

kom også frem, at rådgivningen egentlig foregår hen ad vejen, og at det kan være vidt forskelligt fra sag til sag. Her var det også tydeligt at tilfældigheder, enkeltpersoner og relationer kunne spille ind. Tilfældigheder, fordi det kan være noget der høres tilfældigt i en samtale og som så forfølges ved at udspørge samme person eller andre; enkeltpersoner, fordi der søges rådgivning fra specifikke fagfolk med specifik viden og endelig relationer, fordi der er nogen, man kender godt og som derfor er nemmere at gå til og få viden fra. Der er dog også blandt alle IP-admpol en bevidsthed om legitimiteten i den forbindelse.

I forbindelse med sagsfremstilling for beslutningstagere vil de pågældende stabe skulle fremlægge sager indenfor fagområder, de ikke er bekendt med i praksis. Da de er langt fra det faglige område, er der derfor ofte behov for at indhente kvalificering i det, en IP-admpol benævner, "den kliniske virkelighed". Denne del af beslutningskæden er essentiel – både for beslutningstagere og for driften. Dels er den med til at styre, hvad der bliver fremstillet for beslutningstagerne, men lige så vigtigt, hvordan og hvilket indhold der præsenteres. Og her findes ingen fast model til indhentning af denne viden, den er fra gang til gang. Her er indirekte magt igen en spiller, idet sagsfremstillingen kan have stor betydning for beslutningen, det kan være bevidst eller ubevidst (Christensen & Jensen 2008).

I forbindelse med høringer opleves det da også nogle gange som langt fra virkeligheden, da flere IP ikke er tilfredse med materialet fra de regionale stabsfunktioner. Der er eksempler på høringsmateriale eller lignende, som har været udfærdiget i en utrolig ringe faglig kvalitet, og som det derfor har været svært at forholde sig til. To IP nævner også, at der savnes en systematik i henvendelser fra staben, dels ved at et specialråd har følt sig forbigået flere gange af administrative beslutninger og hvor fagligheden ikke er blevet hørt, og dels ved at høringsmaterialet, blev udsendt til de forkerte, eller i hvert fald ikke nåede ud til de rette modtagere. Således er der ønske om, at stabene bliver bedre til at forberede materialet og til at sikre de rette modtagere og endelig at være i bedre tid. Umulige deadlines nævnes af flere IP. På trods af det vil alle IP gerne bidrage og give og kvalificere høringssvar. Der er dog en klar frustration over processerne, som de sættes i gang fra staben og som gør, at de typisk føler, at de ikke kan gøre det så godt og gennearbejdet, som ønsket. Der savnes således mere gennemsigtighed og systematik i det materiale, der kommer fra staben til. Der er til gengæld også en vilje fra staben om at levere, det bedste materiale jvf en IP-admpol.

Samlet set er her fremstillet tre væsentlige elementer af betydning for i den lægefaglige rådgivning i Region Midtjylland a) Gennemsigthed er vigtig b) Specialerådene er ofte ikke involverede c) Sagsfremstillingerne er essentielle.

Diskussion

Denne undersøgelse af specialerådenes arbejde i Region Midtjylland er baseret dels på en spørgeskemaundersøgelse af 4 specialeråd og dels på interviews med 3 repræsentanter fra det politiske og administrative system og 6 speciallæger. Der var god opbakning til at bidrage til undersøgelsen fra de adspurgte, og det har kun været tid og praktiske forhold, der har givet begrænsninger i interviewdelen af undersøgelsen. Det, sammen med den høje svarprocent fra spørgeskemaundersøgelsen, tolker jeg som en interesse fra de adspurgte i at få området belyst, hvilket kan udspringe af respondenternes og IP's egne oplevelser af udfordringer i problemfeltet. Der har også været konkrete tilbagemeldinger på temaet undervejs, hvor både IP, IP-admpol og respondenter har vist interesse i at få emnet belyst, og enkelte respondenter har ønsket at læse rapporten.

Spørgsmålet om, hvordan specialerådene fungerer, og hvad der har betydning for medlemmernes bidrag i specialerådets arbejde, er belyst og analyseret i denne rapport. Samlet set viser empirien, at specialerådene er et velfungerende system, hvor dialog og samarbejde langt overvejende fungerer fint. Der drøftes relevante og faglige emner, og der er en god stemning på møderne. Stort set.

For når der spørges mere specifikt og direkte, viser der sig nogle problemstillinger og en dysfunktionel side af specialerådene, som er gennemgående i hele rapportens empiridel. Og de faktorer der, især spiller ind, er vedrørende medlemmernes bidrag i specialerådenes arbejde er:

1. Matrikeltilknytning
2. Hvad der diskuteres
3. Erfaring – i bred forstand

Det er ikke overraskende, at matrikelforhold, og emnerne betyder meget, det overraskende er mere, at det kommer så tydeligt frem i denne undersøgelse. Næsten 80 % af respondenterne arbejder ud fra arbejdspladsens interesser. Resultatet kommer i øvrigrigt heller ikke bag på flere interviewpersoner, som mener at det er en

grundindstilling i alle specialer og en præmis i specialerådene. Jeg vender tilbage til dette.

Derudover viser empirien også en signifikant forskel mellem specialernes svar på flere udsagn om tillid, stemning og samarbejde. Årsagen hertil er lidt udenfor denne opgaves scope, men en mulig forklaring kan være, at specialerådene bliver udfordret forskelligt, og at samarbejdet og stemningen derfor også er været mere eller mindre udfordret i de forskellige specialer. Dette understøttes ved, at opfattelsen af, at der ofte skulle drøftes placering af funktioner på møderne, var mere udtalt i eet af specialerådene. En anden forklaring kan være, at de svære diskussioner er flyttet andetsteds hen i de andre specialer. Rådgivning i forbindelse med centralisering af funktioner er vanskeligt, og når der viser sig en forskel mellem specialerne, kan det også forklares ved, at den type diskussioner er flyttet over i såkaldte Driftsråd¹⁹ i to af de adspurgte specialer.

Før jeg vender tilbage til de tre faktorer, skal specialerådene ses i et organisatorisk perspektiv, et tværororganisatoriske netværk nedsat af det politiske system der ikke indgår i en hierarkisk linje. Specialerådenes medlemmer kommer fra specialer tilhørende organisatorisk adskilte enheder med vidt forskellig størrelse og regional placering og tyngde. Det, samt varierende grad af institutionalisering, stabilitet og afhængighed mellem netværkenes medlemmer, giver forskellige betingelser for effektivitet og samarbejde i de respektive specialeråd. Specialerådene kan også beskrives som isomorfe netværk, hvilket af nogle forfattere benævnes konkurrerende netværk, da der kæmpes om de samme resurser (Gustafsson 2009). Og da specialerådene bor i en koncern, hvor repræsentanter fra de forskellige enheder i princippet kæmper om de samme resurser og funktioner, er det en realistisk sammenligning. Empirien i denne opgave viser, at matrikeltilknytningen også kan indeholde andre faktorer, eksempelvis erfaring, større faglighed, flere stemmer som alt i alt betyder, at der eksisterer en asymmetri mellem medlemmerne i specialerådene. Hvor meget, den så betyder i praksis, afhænger af, hvordan den håndteres, hvilket der også har været eksempler på. Men med de indlejrede asymmetrier og magt-ubalancer i netværkene er der stor risiko for, at der opstår alliancer, enhedsegoisme og destruktive beskyttelsesstrategier i specialerådene

¹⁹ Driftsrådene blev nedsat i nogle specialer i forbindelse med en spareplan i regionen, hvor der var behov for samling af funktioner på færre matrikler. En hospitalsdirektør er formand og kun ledelsesrepræsentanter fra de respektive afdelinger er medlem af disse råd.

(Seemann 1999). Og det er der også eksempler på i denne undersøgelse. Samtidig skal netværket samarbejde og koordinere den faglige udvikling indenfor specialet, og det forventes fra den politisk administrative side. Der er der også en forventning om, at der via specialerådene sker en vis koordinering af fagligheden i udførelsen af funktionerne, idet alle enheder skal være repræsenteret, og rådgivningen skal være baseret på konsensus. Og endelig er der en forventning om, at der rådgives om, hvad der er bedst for patienten, på et evidensbaseret grundlag. Alt sammen noget der ligger i kommissoriet.

Og derfor er det også overraskende, at de fleste ikke kender kommissoriet. Der er nok ingen tvivl om, at de fleste vil sige, "vi er der for patientens skyld". Men at specialerådssystemet er klar til at oversætte formålet til nogle mere langsigtede og strategiske mål indenfor eget speciale, samt at danne sig et klart billede af, hvordan man bidrager til *"at udvikle, tilrettelægge og implementere de bedste tilbud til patienterne"*, er svært at forestille sig på basis af denne undersøgelse. Og stik imod beslutningstagernes forventning. I praksis og med denne empiri er det vist, at så snart et tema kan få individuelle eller matrikel-specifikke konsekvenser, bliver diskussionerne afsporede, og det fælles bedste, inklusive patientens, kan være svært at finde i diskussionerne. Patientens bedste er muligvis heller ikke altid i spil, når det drejer sig om besparelser og effektivitet.

Det er interessant, at beslutningstagerne er klar over dette dilemma og forstår, at specialerådene er udfordrede, når rådgivningen har afledte konsekvenser for organisationerne. Derfor er det ekstremt vigtigt for beslutningstagerne, at der er gennemsigtighed i hørings svarene, og at det fremgår, hvori uenighederne består. Og dette er åbenbart ikke altid tilfældet, hvilket kan skabe et tilfældighedsprincip, når beslutninger skal tages. Et andet interessant element her er, at rådgivningen ofte sker via andre kanaler, og kan være mere ad hoc præget, og fra kilder med mindre legitimitet end specialerådene. Ligeledes kan stabenes sagsfremstillinger med fagligt indhold til tider kan være så tidspressede og komplekse, at kvalificeringen bliver båret af ad hoc processer og uformelle kontakter, hvis overhovedet. Stabens indflydelse i beslutningsprocesserne kan derfor være ret betydende, både for beslutningstagere og for de udøvende lag. I dette led er gennemsigtigheden af sagsfremstillingerne essentiel. Desuden er reaktion, involvering og sagsbehandling i enhedernes egne stabe utrolig vigtig.

Det er svært at konkludere på den næste del af problemformuleringen, om hvorvidt der er overensstemmelse mellem specialerådernes formål og de faktiske aktiviteter. Men det er klart, at i og med kommissoriet ikke er kendt af de fleste, kan der ligge en naturlig begrænsning i specialerådernes forpligtelse til at arbejde med innovative processer på eget initiativ. Men empirien har vist at diskrepansen især viser sig i forbindelse med centraliseringsspørgsmål og placering af funktioner, så graden af overensstemmelse afhænger logisk set af, hvor mange aktiviteter specialerådene har derudover. Og det kan afhænge af det enkelte specialeråds kultur, dynamik og mødeaktivitet.

Svaret på den sidste del af min problemformulering om årsagerne til manglende overensstemmelse mellem specialerådernes formål og de faktiske aktiviteter, er indlejrede i de faktorer, der spiller i forhold til medlemmernes bidrag (matrikeltilknytning, emner og erfaring). Dog skal der her fremføres yderlig en faktor, som er medlemmernes selvforståelse og virkelighedsopfattelse, en underliggende mekanisme for to af de ovennævnte faktorer. At hændelserne udløses af noget, vi ikke kan se, måle eller veje, nemlig aktørernes virkelighedsopfattelser. Og det binder sløjfen til mit videnskabsteoretiske ståsted, kritisk realisme, der netop accepterer, at der er mere end det rent empiristiske ståsted.

Man skal huske på, at specialerådsmedlemmerne har en hverdag, en arbejdsplads og tilhører en organisation, som én enhed i den overordnede koncern. Men koncernen er langt væk i hverdagen for de fleste. I Mintzbergs divisionaliserede idealtype er der da også en grundlæggende risiko for suboptimering i de forskellige divisioner, forstået på den måde, at de enkelte sygehuse, afdelinger (divisioner) varetager deres egne interesser, og ser bort fra koncernens. I praksis kan det betyde, at en afdeling er mere optaget af at udføre egne funktioner end at samstemme det og koordinere det med andre lignende afdelinger i koncernen. Det er her det fælles mål for hele organisationen kommer ind. (Huxham & Vangen 2005: kap6; Jacobsen & Thorsvik 2008: 73,91). Og dette er, hvad det enkelte medlem møder op med til specialerådsmøderne - selvfølgelig er det svært.

Perspektiver

Denne undersøgelse præsenterer nogle problemstillinger i det faglige tværorganisatoriske samarbejde i Region Midtjylland og viser en virkelighed, der stemmer overens med de 4 hypoteser i problemformuleringen. Den viser nogle

grundlæggende forhold, der har betydning for dynamikkerne i de tværfaglige specialeråd. Den viser også nogle forskelligheder mellem de 4 undersøgte specialeråd, og det er derfor ikke muligt herudfra at konkludere samlet på specialerådene. Specialerne har forskellige forudsætninger og udfordringer, hvorved det er vanskeligt at bringe specifikke forslag i spil gældende for alle specialer. Men der kan dog alligevel uddrages nogle generelle forhold fra undersøgelsen, som ved analyse og indsatser kan løfte alle specialeråd.

Så hvilke faldgruber er der i specialerådernes arbejde, og hvordan kan de forebygges, og samarbejdet styrkes? Min påstand er, at en styrkelse af specialerådene også vil styrke koordineringen mellem enhederne. Jeg vil med dette sigte i denne sidste del af rapporten fremhæve tre områder, hvor koncernen med fordel kunne igangsætte en målrettet strategisk indsats for specialerådene.

Fælles mål

Udbredelse af kommissoriet er et oplagt sted at starte, da alle specialerådsmedlemmer skal kende den overordnede mening med specialerådene og ligeledes forstå principperne for, hvordan rådgivningen skal foregå. Dernæst vil en "oversættelse" af kommissoriet til regionale langsigtede mål indenfor specialet være relevant, eventuelt i samarbejde med andre beslægtede specialeråd eller andre nære samarbejdspartnere i regionen. Formulering af strategi og mål, med kommissoriet som løftestang, kan skabe ejerskab for opgaverne og et fælles ståsted. Derudover vil en sådan proces i sig selv være tillidsskabende og styrke samarbejdet (Larsen 2013). Her er det essentielt, at målene er realistiske og er i overensstemmelse med graden af tillid på et givent tidspunkt, da det er vigtigere at lykkes med opgaven, end at opgaven er kompleks og meget visionær (Huxham & Vangen 2005: 155, Figur 9.1: Trust building loop). Stabiliteten i hovedparten af specialerådene kan være en udfordring i den forbindelse, da medlemmerne udskiftes med faste intervaller. Derfor vil det være en løbende proces i specialrådet, og det er vigtigt, at der også løbende opleves små succeser i arbejdet. Formanden er selvsagt yderst vigtig i en sådan proces, og det bringer mig videre til formandens rolle.

Formandens rolle

Formanden skal først og fremmest være tillidsskabende ved, eksempelvis, at være fuldstændig åben om alle kontakter med beslutningstagerne. En ny formand bør kende opgaven på forhånd, og vide hvad den indebærer, hvad der forventes af beslutningstagerne, og kende til eventuelle udfordringer, for at kunne løfte opgaven

som tænkt. Det er essentielt, at formanden formår at relatere opgaverne til de fælles mål (diskurs, til patientens bedste), og sikre, at alle er løbende involverede og har haft mulighed for at blive hørt (Gustafsson 2009: 4; Huxham & Vangen 2005: 216). I kraft af at formanden typisk står for mødernes afholdelse inklusiv dagsorden og kontakt til beslutningstagerne, er der også en magtfaktor og indflydelseselement, der skal kendes og håndteres med omtanke (Christensen & Jensen 2008). Her skal formanden se sin position i et ledelsesperspektiv, være tydelig og åben i alle processer for at skabe tillid blandt medlemmerne og forbygge mistro og konflikter (Christensen & Jensen 2008; Huxham & Vangen 2005: 163). Som den, der har den primære kontakt ind i specialerådssystemet og med beslutningstagerne, er formanden bindeled mellem "ledelsen" og medlemmerne. Formanden har derfor også en ledelsesmæssig opgave på tværs og op i systemet, hvorfor et vist kendskab til organisationens ledelsesgrundlag vil være en fordel.

Medlemmernes bidrag

Specialerådenes øvrige medlemmer skal selvsagt også kende opgaven, og der skal tænkes strategisk i relation til medlemmernes tilhørsforhold, erfaring og faglighed. Derudover skal der blandt medlemmerne gøres en særlig indsats i relation til de ikke-lægelige medlemmers selvopfattelse. Dette kan ske i takt med formulering af specialespecifikke mål. Hvis der her tænkes strategisk i forhold til de ikke lægelige medlemmers fagligheder, vil deres bidrag komplementere vejen mod målet og være ligeligt værdifulde, hvilket fremmer integrationen.

Referencer

Andersen, S.A. (2007). *Kritisk realisme som perspektiv i socialt arbejde – en introduktion og forskningsoversigt*. Social skriftserie: Den Sociale Højskole i Aarhus, nr. 8, ISBN 87-85200-57-3

Andersen, L.B., Hansen, K.M. & Klemmensen, R. (2012). *Metoder i Statskundskab*. (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Andersen, L.B., Greve C., Klausen, K.K. & Torfing, J. (2017). *Offentlige styringsparadigmer: Konkurrence og sameksistens*. København: Jurist og Økonomiforbundets Forlag

Bang, H. et al (2015). "Effektive ledergrupper" s. 15-35 i *Effektive ledergrupper - for bedre udvikling, implementering og tværgående sammenhæng*. Dansk Psykologisk Forlag

Christensen, S. & Jensen, ED. (2008). *Kontrol i det stille, om magt og ledelse*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Dean, M. (1999). "Nøglebegreber og centrale temaer" s. 43-83 i *Govermentality – Magt og Styring i det moderne Samfund*. Frederiksberg: Forlaget Sociologi.

Foucault, M. (1977). *Discipline and Punish: the Birth of the prison*. London: Allen Lane
jvf Dean, M. (1999).

Gustafsson, J. (2009). "Netværksledelse i offentlige organisationer". Working paper, Aalborg Universitet, Aalborg.

Haugland, S. (2004). "Suksessfaktorer og fallgruver" 124-130 i *Samarbeid, allianser og nettverk*. 2. utgave. Oslo, Norge: Universitetsforlaget.

Huxham, C. & Vangen, S. (2005). *Managing to Collaborate – the theory and practice of collaborative advantage*, Routledge, London

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2008) *Hvordan organisationer fungerer en indføring i organisation og ledelse*. 2. udg. København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, M. V. & Rasmussen, J. G. (2013). *Strategisk ledelse som meningsskabende processer*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1. udgave

Lauridsen, S (2010). *Habermas - samtale, kommunikation, demokrati og fornuft*, http://professionsviden.dk/hvem_er_jurgen_habermas/habermas_samtale_kommunikation_demokrati_fornuft (8/6 2017)

Lægelig specialeråd, Region Syddanmark, Kommissorium (2008) <https://www.regionsyddanmark.dk/system/search.asp#?cludoquery=faglig%20r%C3%A5d%20kommissorium&cludoType=PDF&cludopage=1&cludorefpt=Faglige%20r%C3%A5d%20%2F%2F%20Region%20Syddanmark&cludorefurl=https%3A%2F%2Fwww.regionsyddanmark.dk%2Fwm212721> (17/12 2018)

Metodeguiden, Aarhus Universitet (2017) <http://metodeguiden.au.dk/alfabetisk-oversigt/generelle-metodiske-overvejelser-og-problemstillinger/triangulering/> (03/01 2019)

Mintzberg, H (1993). "Structures in Fives: Designing Effective Organizations". Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Nordengraaf, M. (2007). "From "Pure" to "Hybrid Professionalism: Present-day Professionalism in Ambiguous Public Domains", *Administration and Society*, vol. 39(6):761-785

Organisationsplan for Region Midtjylland (2018). http://www.rm.dk/siteassets/om-os/organisation/organisationsplan/organisationsplan/1774-organisationsplan_oktober_2018.pdf (13/12 2018)

Seemann, J. (1999). "Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk" s. 87-115 i F. Borum, G. Erlingsdottir, E.Z. Bentsen, K. Zahlin-Andersson,(red.), *Når styringsambitioner møder praksis: den svære omstilling af sygehus - og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Handelshøjskolens Forlag

Specialerapport (2008). Specialerapport for klinisk biokemi
<http://www.dskb.dk/Clubs/CommonDrive/Components/GetWWWFile.aspx?fileID=41239> (10/5 2018)

Specialeplanlægning. Begreber, principper og krav (2015).
<https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gældende-specialeplan/~media/F55EAC047D534331AEDD95322A980F2E.ashx> (10/5 2018)

Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet
Sundhedsstyrelsens (2001). Vejledning vedrørende specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2001/~media/CB017A5FE47A459C9406D9EC3F8AD36B.ashx> (10/5 2018)

Specialevejledning for klinisk biokemi (2018).
<https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gældende-specialeplan/~media/F55EAC047D534331AEDD95322A980F2E.ashx> (10/5 2018)

Sundhedsfagligt råd, Region Sjælland, Kommissorium (2015)
<https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/for-fagfolk/sundhedsfagligeraad/Documents/kommissorium.pdf> (17/12 2018)

Sundhedsfagligt råd, Region Hovedstaden, Kommissorium (2018)
<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsfaglige-raad-og-komiteer/Documents/Kommissorier/SFR%20Kommissorium%20Oktober%202018.pdf>
(17/12 2018)

Torring, J. (2005). "Governance network theory: towards a second generation".
European Political Science, 4(3): 305-315.

Tværfaglig rådgivning (2017) og Principper for rådgivningen via de tværfaglige specialeråd i Region Midtjylland. <http://intranet.rm.dk/information-til/sundhedspersonale/faglig-radgivning/lagefaglig-radgivning/> (6/1 2019)