

AALBORG UNIVERSITET

**Funktionslederens vilkår for ledelse på tværs
-I kølvandet på Covid-19 epidemien
MPG, Masterprojekt, F20**

Vejleder: Janne Seemann

Forfatter: Peter Hansen Jakobsen

05-06-2020

Hvilken betydning har den etablerede ledelses- og organisationsstruktur på Hospitalsenheden Vest for funktionslederens vilkår for ledelse på tværs, og i hvilken udstrækning bliver dette vilkår forbedret eller forværret, under en organisatorisk forandring, foranlediget af Covid-19 epidemien?

Indholdsfortegnelse

Abstract	2
Indledning.....	4
Etablering af et Covid-19 afsnit.	5
Problemstilling	6
Problemformulering	10
Metode og videnskabsteoretiske overvejelser.....	11
Ledelsesstruktur	16
Organisationsstruktur	20
Den organisatoriske forandring.....	28
Analyse.....	33
Konklusion	46
Metodekritik	48
Perspektivering.....	50
Kilde og litteraturhenvi sning.....	52
Bilag 1, -Interviewguide.....	55
Bilag 2. -Interview 1 og interview 2.	57
Interview 1.....	57
Interview 2.....	65

Abstract

The functional manager's terms of leadership across.

-In the wake of the Covid-19 epidemic

Master project, authored by Peter Hansen Jakobsen. Master of Public Governance, Aalborg University, June 2020.

I am a department nurse and a functional manager in the Emergency Department at the Hospital Unit West. The management team in the Emergency Department work closely with other departments in the hospital and must navigate, with awareness that coordination, collaboration and leading across the hospital, is very important, to create good coherent emergency patient care.

The Covid-19 epidemic affecting Denmark and our hospital unit caused a major organizational change in order to receive and treat patients with symptoms of Covid-19. This meant that the need for collaboration and leadership across the hospital unit became even greater.

A hospital's management- and organizational structure is often described as being a professional bureaucracy, with associated professional silos, which can make it difficult, for example, for the functional manager to exercise leadership across.

The primary purpose and the research questions in this project are:

What significance does the established management- and organizational structure of the Hospital Unit West have to the functional manager's terms of leadership across, and to what extent is this condition enhanced or worsened, under an organizational change, caused by the Covid-19 epidemic?

This has been investigated, on the basis of deductive methods, with the help of factual local, regional and national knowledge, semi-structured interviews and with theoretical starting points in Jacobsen, Mintzberg, Seemann, Gustafsson, Pedersen, Jespersen, Meier and several more.

Key elements of the project are management structure, organizational structure, organizational change and leadership across.

The project is structured with a case, research questions, a section with methodological and scientific theoretical considerations, three theory sections with empirical and partial analyzes, an analysis section where, supplementary literature and empirical data are also used, followed by conclusion, method criticism and perspective.

Some of the conclusions and perspectives in this project are:

-The management- and organizational structure of the Hospital Unit West is characterized by having a classic hierarchical hospital structure, with vertical management and a focus on professionalism and professional management, which makes the functional manager's terms of leadership across difficult.

-In the established management- and organizational structure of the Hospital Unit West, the functional manager must have a special focus on multidisciplinary and inter-organizational cooperation. The functional manager is dedicated a "free space", where he can influence the approach to leadership across, but there is not immediately a clearly defined common vision and strategy for how such horizontal cooperation should take place at the operational functional management level 3.

-When there is a rapid, dramatic change of a revolutionary nature, it seems that the organization's employees come together, and focus on the overall task, which in this case consists in dealing with the Covid-19 epidemic. This change in behavior and approach to problem solving across the different departments means, that the strategy and vision are horizontally grounded. The task is illuminated clearly, which means that the functional managers' terms of leadership across are improved, and there is not much to be negotiated about the task solution.

-The daily capacity conference could be maintained as a forum for functional managers in the future, and the conference could be expanded with a fixed agenda based on shared management challenges related to day-to-day operations and shared task performance.

Indledning.

Onsdag den 11. marts 2020 kl. 20.30 vil formentlig for eftertiden stå som en speciel dato og et specielt klokkeslæt. Det var på dette tidspunkt, at statsminister Mette Fredriksen, på et ekstraordinært indkaldt pressemøde, orienterede den danske befolkning om, at vi stod overfor en endnu ukendt og potentiel sundhedskrise pga. den tilspidsede situation vedrørende Covid-19-virussets hastigt voksende spredning i Europa og i Danmark. Udover at det fik stor betydning for samfundet som helhed, med nedlukning af mange offentlige institutioner og private virksomheder, samt forbud mod at deltage i større offentlige forsamlinger, fik det stor betydning for mit virke som afdelingssygeplejerske og funktionsleder på Akutmodtagelsen, som er en del af Akutafdelingen på Regionshospitalet i Herning, som er en del af Hospitalsenheden Vest.

Udover at skulle navigere i et forholdsvis ukendt farvand, hvor vi på forhånd ikke vidste, hvornår de smittede patienter med Covid-19 ville begynde at komme til hospitalet, eller hvor mange og i hvilken hastighed de ville komme, skulle jeg nu være medvirkende til at etablere et særligt Covid-19 afsnit i Akutafdelingen. Dette nødvendiggjorde samtidigt, at der skulle etableres nye arbejdsgange og udformes nye aftaler, i samarbejde med de andre afdelinger, for at kunne modtage de akutte patienter, som havde symptomer på Covid-19 smitte.

Denne uforudsete organisatoriske opgave startede torsdag 12. marts 2020 kl. 07.00. Dette betød, at jeg nu sammen med ledergruppen og stabsfunktionen i Akutafdelingen, sammen med resten af hospitalet, skulle agere i en akut og kompleks organisatorisk forandring, og det stod hurtigt klart, at det også betød et stort og øget behov for koordinering, samarbejde og ledelse på tværs af de forskellige afdelinger, ledelseslag og faggrupper internt på Hospitalet.

Etablering af et Covid-19 afsnit.

Hospitalsledelsen besluttede, i samarbejde med afdelingsledelserne, at Covid-19 afsnittet skulle etableres i Akutafdelingen. Der skulle således foretages en fysisk ændring af afdelingen, da Covid-19 smittede patienter skal modtages og behandles i isolations-regi. Samtidig blev mange planlagte ambulante besøg og operationer på hospitalet aflyst, og læger, sygeplejersker, sekretærer og andet personale fra andre specialeafdelinger, hvor den planlagte aktivitet var lukket ned, skulle nu deltage i modtagelsen og behandlingen af patienter med symptomer på Covid-19.

Der skulle pågå et uddannelsesforløb for dette personale, hvilket Akutafdelingen skulle udvikle og afvikle. Samtidig skulle vi i Akutafdelingen, i samarbejde med de andre afdelinger på hospitalet, planlægge og koordinere arbejdstiderne for dette personale.

Læger fra medicinsk afdeling, med speciale i infektionsmedicin blev sammen med sygeplejersker fra andre specialeafdelinger, i samarbejde med Akutafdelingens læger og sygeplejersker, sat i front til at modtage patienterne med Covid-19 symptomer.

Den direkte modtagelse af akutte patienter har ellers været et domæne, der i over 10 år har tilhørt Akutafdelingens egne Akutlæger og Akutsygeplejersker.

Som et resultat af uvisheden om hvor mange patienter der skulle modtages og hvornår de ville komme, blev det besluttet at lave en beredskabsaktivering af hospitalet. Dette betød, at man satte et led mere ind i den vanlige ledelsesstruktur, således at beredskabschefen på hospitalet fik en central rolle i den ledelsesmæssige kommandovej.

Der blev oprettet en krisestab, hvor aktuelle udfordringer vedrørende udviklingen af den nye organisatoriske struktur skulle håndteres.

Samarbejdet fungerede umiddelbart godt, og det så ud, som om vi stod sammen som ledelser og medarbejdere på tværs af hospitalet.

Problemstilling

De fælles Akutmodtagelser(FAME) blev etableret som udløber af både kvalitets reformen og strukturreformen (Bøgh Andersen et al, 2017, s.12).

Som et resultat af kvalitetsreformen fra 2007 og en udløber af trepartsforhandlingerne mellem regeringen, KL, Danske regioner, LO og AC blev det besluttet at oprette en kvalitetsfond hvori det økonomiske indhold var 50 milliarder, hvoraf de 25 mia var øremærket til udvikling af sundhedsvæsenet (Greve, 2012, s.69-70).

De mange milliarder skulle bl.a. finansiere udbygningen af eksisterende sygehuse, men samtidig også til at bygge nye såkaldte "supersygehuse", hvilket det nye Regionshospital i Gødstrup er et eksempel på (Jakobsen, 2017, s.3).

Den 24. oktober 2007 vedtog Regionsrådet for Region Midtjylland en plan for akutfunktionen i regionens sundhedsvæsen. Af akutplanen fremgik, at Region Midtjylland ville samle den akutte modtagelse af patienter i FAME efter diagnostik- og behandlingsmodellen.

Det fremgik endvidere, at modtagelse, primær diagnostik og behandling af akutte patienter er en specialistopgave, samt at denne bør varetages af speciallæger med særlig ekspertise inden for det akutte område. Akuthospitalerne skulle derfor have speciallæger, betegnet akutlæger, i tilstedeværelsesvagt døgnet rundt (Fælles Akutmodtageenheder (FAME) i Region Midtjylland, 2007- Konceptbeskrivelse),(Jakobsen, 2017, s.4).

Regionsrådet tilsluttede sig Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende det akutte beredskab, og dermed skulle akutplanen implementeres, som en af de største reformer for sundhedsområdet i Region Midtjylland nogensinde (Fælles Akutmodtageenheder (FAME) i Region Midtjylland, 2007- Konceptbeskrivelse),(Jakobsen, 2017, s.4).

Akutfdelingen i Hospitalsenheden Vest blev etableret i 2009, som et resultat af dette, og ud fra den regionale akutplan fra 2007, hvor intentionen var, at en ny organisering af de akutte funktioner, også internt på det enkelte hospital, ville skabe bedre rammer for at vurdere, prioritere, stabilisere og diagnosticere de akutte patienter (Region Midtjylland, Akutplan 24/10-2007), (Jakobsen, 2017, s.3).

Siden dette har der i sagens natur været et stort behov for koordinering og ledelse af patientforløb på tværs af hospitalet, da det nye akutkoncept med de fælles akutmodtagelser betyder, at de fleste patienter nu skal starte deres modtagelse og forløb netop i Akutmodtagelsen og efterfølgende udskrives direkte, observeres en kort periode i Akutafdelingen eller ved behov for indlæggelse, indlægges på en specialeafdeling, afhængig af hvad den primære diagnostik foreskriver.

Dette har betydet, at jeg som funktionsleder, som en del af ledergruppen i Akutafdelingen, har været vant til at skulle samarbejde tæt med vores samarbejdende specialeafdelinger på hospitalet og har navigeret i dette, med en bevidsthed om, at koordinering, samarbejde og ledelse på tværs internt på hospitalet, er meget vigtigt, hvis vi skal skabe gode sammenhængende akutte patientforløb. Akutafdelingen har i sin 10 års eksistens været vant til at navigere i kroniske forandringer, og nødvendigheden af innovative tilgange til udviklingen af afdelingen har været stor.

At kunne udøve ledelse på tværs anses som værende en nødvendig egenskab, som lederne i det danske sundhedsvæsen skal kunne mestre. Dette set i lyset af bl.a. den demografiske udvikling, hvor flere skal behandles for færre ressourcer. Der ses også en øget specialisering og centralisering af sundhedsydelse, hvilket kan medføre større behov for koordinering og skabelse af organisatorisk sammenhæng mellem delene i patientforløbene, både internt i organisationen, eksempelvis på et hospital, men også eksternt, når der skal samarbejdes på tværs af sektorer.

Ledelse på tværs beskrives af Meier, at være en integreret del af ledelsesopgaven på både det kliniske og på det organisatoriske niveau, og ledelse på tværs er ledelsesarbejde med særligt fokus på at skabe sammenhæng, især i enkelte eller en gruppes patientforløb (Meier et al, 2016, s.30).

De fleste, som arbejder som ledere i en organisation, har svært ved at undsige sig at skulle lede på tværs, og der er umiddelbart også en udbredt opfattelse af, at det er en vigtig disciplin, måske endda den vigtigste ledelsesdisciplin, der findes. Det, at kunne favne denne disciplin som leder, er måske i virkeligheden alfa og omega, måske særligt i en akut organisatorisk forandring foranlediget af en Covid-19 epidemi.

Inden samfundet og Hospitalsenheden Vest blev påvirket af Covid-19 epidemien, har der imellem Akutafdelingen og de andre speciale afdelinger, målrettet været arbejdet på at skulle definere samarbejdet ved hjælp af forhandlede samarbejdsaftaler, som grundlag for den operationaliserede kliniske opgave, i forhold til de fælles akutte patientforløb.

Omdrejningspunktet og pejlemærkerne for forhandlingerne, har været, som den fælles kerneopgave på Hospitalsenheden Vest er beskrevet, "*at sikre sammenhængende patientforløb, herunder undersøgelse, behandling, pleje og inddragelse af patienter*" (HEV, hjemmeside), men samtidig også som forberedelse til samarbejdet på det nye Regionshospital i Gødstrup i 2021.

Selvom den fælles opgave, som Akutafdelingen og de andre specialeafdelinger har i at skabe gode akutte patientforløb af høj kvalitet, umiddelbart burde stå som værende lysende klar, har samarbejdet dog ikke altid foregået uden sværdslag, da der stadig udspiller sig noget, man kunne fristes til at kalde territorielle kampe, mellem de forskellige afdelinger på hospitalet. Disse territorielle kampe udspringer formentlig, oftest med baggrund i budgetmæssige og økonomiske interesser, men også med elementer af faglige og ledelsesmæssige magtkampe, hvor der er en tendens til, at der kan foregå mange udfordrende og lange forhandlinger om samarbejdet, formentlig udsprunget af silotænkning og egeninteresser på de forskellige afdelinger på hospitalet. Dette har sandsynligvis også betydning for og influerer på vilkåret for ledelse på tværs. Dette kan eksemplificeres i denne udtalelse, "*...fra vores speciales side har visionen om en fælles akutmodtagelse, ikke passet ind i de visioner vi har haft for vores speciale, og det har været faglige særinteresser, vi er jo nødt til at kigge på patientforløbene*" (Nr.1, 1,24)

Mintzberg nuancerer det på denne måde:

"Instead of people pointing the finger at each other, they should be pointing their fingers together at the procedures and structures that set them apart. Health care doesn't need more measuring and reorganizing so much as better cultures of collaboration that open up the pathways of communication. How about more attention to architectural reorganization, namely who sits next to whom, how the corridors are designed, even where the coffee machines are located?" (Mintzberg, 2017 s.112).

Gustafsson og Seemann har perspektiveret, at, i sundhedsvæsnet er organisationer helt overvejende struktureret som professionelle bureaukratier med ekspertisebaseret organisering på grundlag af medicinske specialer, faggrupper og funktioner. Dermed er sundhedsvæsnet så at sige født med fagligt baserede siloproblemer, og væksten i specialisering indebærer et stadig stigende behov for integration på tværs mellem forskellige faggrupper og specialer for at imødegå fragmenteret opgaveløsning, hvor der er gensidig afhængighed på tværs af fagligheder og eksperter (Gustafsson og Seemann, 2018, s.5).

I en forståelse af et hospitals organisations struktur som værende et såkaldt professionelt bureaukрати, hvor opgaverne er meget komplekse, og som kræver høj kompetence hos de ansatte, som også er professionelle, har det også betydning, at en stor del af beslutningsmyndigheden er decentraliseret til dem, som udfører arbejdet, hvilket betyder, at topledelsens og stabens beslutningsmyndighed begrænses. Det har også betydning, at man grupperer ansatte med samme faglige kompetence i samme enhed, og dermed bliver koblingen mellem enhederne svagere (Jacobsen, 2014, s.88).

Paradokset består således i, at funktionslederens vilkår for ledelse på tværs foregår i et grænsefelt mellem afdelinger på hospitalet, som formodentlig er fastlåste i en organisatorisk silostruktur, men at der samtidig er en gensidig afhængighed mellem disse afdelinger for, i samarbejde og ledelse på tværs, at kunne løse kerneopgaven. Derudover kan det tænkes, at udfordringen for funktionslederen, som et resultat af dette, kan blive at operationalisere og implementere forhandlede samarbejdsaftaler i denne virkelighed.

I den sammenhæng kunne det være interessant at undersøge, hvordan ledelses- og organisationsstrukturen på Hospitalsenheden Vest er opbygget, og om der i denne struktur kan identificeres siloproblematik, og hvilke grundvilkår dette giver funktionslederen for at udøve ledelse på tværs på hospitalet.

I forbindelsen med håndteringen af epidemien med Covid-19 på Hospitalsenheden Vest, kunne det endvidere være interessant at undersøge, i hvilken udstrækning der sker en forbedring eller en forværring i paradokset i et hospitals organisering, hvor der formentlig er tendens til silodannelse, men hvor der stadig er en gensidig afhængighed i at samarbejde og lede på tværs, når de forskellige afdelingers medarbejdere og ledergrupper i organisationen,

skal navigere i en yderligere dimension, hvor der er behov for at foretage akutte organisatoriske omstillinger, som medfører strukturelle organisatoriske forandringer på grund af en covid-19 epidemi, som kan udløse en potentiel sundhedskrise.

Sker der en forskydning i den vanlige decentrale beslutningsmyndighed, i og med der foretages en beredskabsaktivering, hvor det operationaliserende funktionslederniveau i ledelsesstrukturen er i fare for at blive de-koblet, som derved muligvis kan besværliggøre vilkåret for ledelse på tværs.

Bliver den etablerede ledelses- og organisationsstruktur påvirket, når der skal foregå en akut organisatorisk forandring, og bliver funktionslederens vilkår for ledelse på tværs, i denne omstilling, forbedret, eller er silotænkningen, som formentlig er indlejret i ledelses- og organisationsstrukturen på Hospitalsenheden Vest, et benspænd for samarbejdet på tværs af afdelingerne i denne forandring, således at vilkåret bliver forværret.

Dette leder mig til nedenstående problemformulering:

Problemformulering

Hvilken betydning har den etablerede ledelses- og organisationsstruktur på Hospitalsenheden Vest for funktionslederens vilkår for ledelse på tværs, og i hvilken udstrækning bliver dette vilkår forbedret eller forværret, under en organisatorisk forandring, foranlediget af Covid-19 epidemien?

Metode og videnskabsteoretiske overvejelser.

Med udgangspunkt i at identificere den betydning, den etablerede ledelses- og organisationsstruktur har for de vilkår, som funktionslederen, herunder jeg selv, har for ledelse på tværs, har jeg fundet det nødvendigt at lave nedslag i lokale, regionale og nationale fremstillinger af ledelses- og organisationsstrukturen, for derved med faktisk viden at kunne danne et billede af den kontekst, dette foregår i.

Jeg vil med afsæt i dette samtidig benytte mine egne konkrete erfaringer med hospitalets etablerede ledelses- og organisationsstruktur og de organisatoriske forandringer, der er foregået indtil nu, i forhold til håndteringen af covid-19 epidemien, og gøre det med baggrund i min funktion som afdelingssygeplejerske og funktionsleder.

Jeg har i problemformuleringen lavet en afgrænsning til at undersøge funktionslederens vilkår for ledelse på tværs, hvor refleksionen samtidig er, at jeg ikke underkender, at vilkåret for ledelse på tværs også har stor betydning for andre ledere og medarbejdere i organisationen. Jeg har, i den sammenhæng, taget udgangspunkt i, at det er den sygeplejefaglige funktionsleder, der refereres til i problemformuleringen.

I forhold til den teoretiske fremstilling, vel vidende at organisationsteori og ledelses teori er fremstillet bredt, og at der er mange forskellige tilgange og holdninger til disse, har mit valg, med udgangspunkt i Dag Ingvar Jacobsens bog, "Organisationsændringer og Forandringsledelse", været omdrejningspunktet for teorifremstillingen. Bogen har været et omdrejningspunkt for flere moduler på MPG-uddannelsen, og må derved kunne konstateres at være et plausibelt teoretisk grundlag. Jeg har bl.a. fremstillet nogle af Henry Mintzbergs teorier igennem Jacobsens fortolkning.

En modargumentation for at bruge indholdet i Jacobsens bog kan være, at det teoretiske grundlag behandles for overfladisk, men vurderingen har været, at i forhold til den fremstilling der er fundet nødvendig i dette masterprojekt, kan indholdet benyttes.

Jeg har fundet denne metode nødvendig for at kunne identificere og finde eventuelle sammenhænge i ledelses- og organisationsstrukturens opbygning i Hospitalsenheden Vest, sammenholdt med funktionslederens vilkår for ledelse på tværs.

Desuden har jeg gjort brug af en generel teoretisk tilgang, hvor jeg har benyttet teoretisk materiale og indsigt fra MPG-uddannelsesforløbet. Dette kan ses i kilde- og litteraturhenvisningen sidst i masterprojektet. Ved brug af kilder og litteratur i projektets tekst, er denne henvisning fremstillet i parentes, som eksempelvis (Jacobsen, 2014, s.85). Derudover har jeg benyttet mig af nogle nedslag i Mintzbergs engelske tekster, hvor jeg selv har oversat disse til den forståelse, jeg fik på dansk. Ved denne parafrasering, erkender jeg samtidigt, at vigtig viden kan gå tabt fra den oprindelige engelske tekst.

Nøgle- og søgeordene i teorifremstillingen er: Ledelsesstruktur, organisationsstruktur, organisatorisk forandring og ledelse på tværs.

Det primære empiriske grundlag kan beskrives som værende, hvor undersøgeren selv konstruerer empirien til formålet, og samtidig målretter præcis det, man ønsker at undersøge, og derved sikrer en form for kvalitet (Rasmussen, 2020, slide 5, mastermodul F20,MPG).

I forhold til fremstilling af empiri til projektet, har jeg udarbejdet en spørgeguide, hvorefter jeg har afholdt to semistrukturerede interviews, hvor jeg har interviewet to funktionsledere på Hospitalsenheden Vest, hvorefter jeg har transskriberet interviewene.

I teksten, er disse udsagn fremstillet som i dette eksempel: "*Der er udfordringer ved manglende gennemsigtighed i hinandens siloer*" (Nr.1, 9,19). Her betyder Nr.1 den ene interviewede funktionsleder og 9,19 er tidsangivelsen. Tidsangivelsen kan variere, da jeg optog interviewene på min telefon, som blev afbrudt af opringninger. Interviewene er transskriberede og vedhæftet som bilag. Svarene er anonymiserede, ved at nogle navne og afdelingsbenævnelser er udeladt i transskriberingen.

Valget af denne kvalitative tilgang til at indhente data er med baggrund i, at målet har været at forstå det forskellige og den særlige mening, problemformuleringens indhold har i konteksten. (Rasmussen, 2020, slide 6, mastermodul F20,MPG).

Begrundelsen for at indlede projektet med en case beskrivelse har været at bruge den som et nyt perspektiv af den virkelighed, som funktionslederen i den etablerede ledelses- og organisationsstruktur er en del af, og som udgangspunkt for at undersøge, om funktionslederens vilkår for ledelse på tværs, på Hospitalsenheden Vest, er blevet forbedret

eller forværret under den organisatoriske forandring, der var foranlediget af Covid-19 epidemien.

Jeg har valgt at inddrage resultater og konklusioner fra et 3-årigt forskningsprojekt om ledelse på tværs, med fokus på tværgående patientforløb, som Akutafdelingen på Hospitalsenheden Vest var deltager i fra 2013-2016, sammen med Kræftafdelingen på Aarhus Universitetshospital og Medicinsk afdeling på Regionshospitalet i Randers. Projektlederne var Ninna Meier, Susanne Østergaard og Mette Bødiker Vestergaard. Jeg har valgt at bruge nogle af resultaterne og konklusionerne fra projektet for at kunne sammenholde nogle af resultaterne og perspektiverne fra dengang i forhold til nuværende at udforske, om vilkåret for funktionsledernes muligheder for ledelse på tværs under Covid-19 epidemien, har forbedret eller forværret sig. Dette har jeg valgt at placere i analyseafsnittet.

I teorifremstillingen og i fremstillingen af faktuel viden, har jeg suppleret med udsagn fra de interviewede funktionsledere, for på den måde at forsøge at koble viden med virkelighed, som et forsøg på at identificere sammenhænge, der kan være medvirkende til belyse spørgsmålene i problemformuleringen.

Jeg vil, i hvert afsnit supplere det fremstillede med udtalelser fra de interviewede, lave mindre delanalyser, for efterfølgende at analysere og diskutere det fremstillede i analyse afsnittet, for derved at kunne undersøge om der er eventuelle sammenhænge mellem faktuel viden, teori og empiri. Efterfølgende vil jeg samle dette op i konklusionen og perspektivering.

Jeg vil bruge afsnittet om metodekritik til at vurdere, om min valgte metode og videnskabsteoretiske fremgangsmåde til at undersøge problemformuleringen, indeholder den fornødne validitet og kvalitet.

For at kunne analysere og diskutere problemformuleringen, vil jeg benytte en deduktiv tilgang, hvor den fremstillede teori testes empirisk (Rienecker, Jørgensen, s.190).

De ontologiske overvejelser, jeg har gjort mig for at kunne belyse problemformuleringen i projektet er, at jeg har en formodning om, at de semistrukturerede interviews, som jeg har afholdt med to funktionsledere, vil give et sandsynligt billede af virkeligheden.

Argumentationen vil være, at det er to erfarne funktionsledere, som kender konteksten i problemstillingen, og samtidig kan de formentligt spille ind med en virkelighedsopfattelse fra to forskellige specialer på hospitalet, således at der kan ansøres sammenhænge og mønstre i forhold til problemformuleringen. Derudover har de et stort fagligt indblik, både i det kliniske felt, men også i hospitalets ledelses- og organisationsstruktur, samt i den daglige operationelle drift.

Jeg har reflekteret over, om min rolle som funktionsleder på samme hospital som de interviewede, kunne influere på deres måde at svare på mine spørgsmål. Dette kan selvfølgelig ikke udelukkes, og det kan også have betydning for værdien af svarene, at jeg, trods udarbejdelsen af en spørgeguide, kommer til at påvirke de interviewede med mine egne holdninger, samt at jeg ikke er stringent i brugen af spørgeguiden. Jeg har efterfølgende vurderet, at svarene fra de interviewede funktionsledere kan benyttes i projektet for at kunne belyse problemformuleringen. Derudover har jeg en opmærksomhed rettet mod, at uanset hvor gode, omfattende og relevante beskrivelserne og udsagnene vil være fra de interviewede funktionsledere, er der stor sandsynlighed for at tabe information, og at virkeligheden ikke bliver nøjagtigt beskrevet som det var tiltænkt fra den interviewedes side (Andersen, 2006, s.189).

Det virkelighedssyn der bliver gennemgående i projektet vil overvejende være idealisme eller konstruktivisme. Her er virkeligheden mulig at erkende gennem vores begreber, og den menneskelige bevidsthed bærer de strukturer der konstruerer den virkelighed, vi erfarer. Virkeligheden er derved konstrueret gennem de metoder, begreber, analyser, strategier vi lægger ned over den. Dette betyder, at vi aldrig får total adgang til virkeligheden, og at vi kan tage fejl i vores antagelser (Rienecker, Jørgensen, 2017, s.206).

De epistemologiske overvejelser er med udgangspunkt i, at jeg qua min egen erfaring, med 23 års anciennitet som sygeplejerske, hvoraf de 8 år har været som funktionsleder i en Akutmodtagelse, vil være et fornuftigt udgangspunkt for at søge viden hos to funktionsledere,

ved hjælp af semistrukturerede interviews, som kan tilvejebringe relevant viden, der kan være med til at afdække spørgsmålet i problemformuleringen.

Jeg vil bruge denne viden i sammenhæng med viden fra udvalgte teorier og faktuel viden.

Videnssynet i dette projekt, vil grundlæggende bevæge sig mellem subjektivismen og konstruktivismen, idet eksempelvis empirien i projektet er med udgangspunkt i interviews, fortællinger, analyser og cases, og hvor fokus er på at afdække forbindelser, netværk, relationer og sammenhænge. Samtidig vil dette være medvirkende til at afdække de implicite forudsætninger og antagelser der er styrende for den viden, der viser sig (Rienecker, Jørgensen, 2017, s.210).

For at kunne analysere, diskutere, konkludere og perspektivere indholdet i problemformuleringen ud fra den beskrevne metodiske og videnskabsteoretiske tilgang, har jeg valgt at dele projektet op i særskilte afsnit, der i kronologisk rækkefølge omhandler ledelsesstruktur, organisationsstruktur og den organisatoriske forandring.

I analyseafsnittet har jeg valgt at holde indholdet fra de enkelte teoriafsnit, samt indhold, budskaber og pointer fra andet relevant litteratur op imod udtalelser fra de interviewede.

Ledelsesstruktur

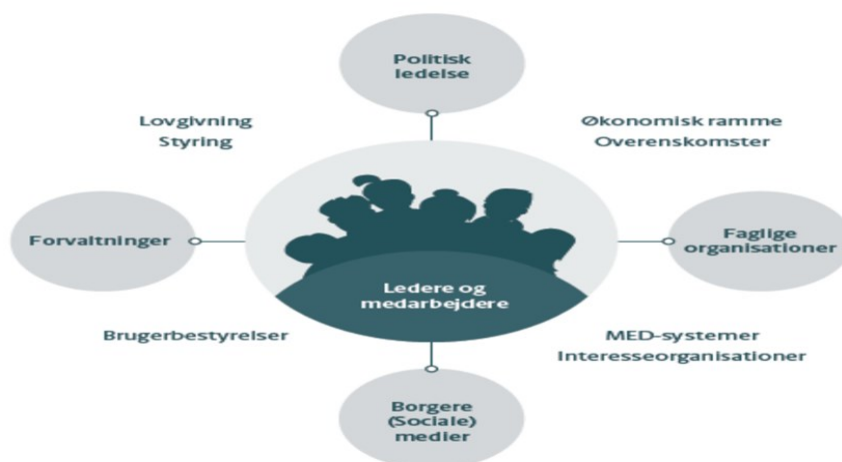
Region Midtjylland er en politisk ledet organisation. Regionsrådet beslutter den politiske retning og de økonomiske rammer. Det er ledere af regionens mange enheder, der skal sikre, at regionen indfrier de politiske mål og opnår de ønskede resultater indenfor de økonomiske rammer.

Regionsrådet har vedtaget en styrelsesvedtægt og særlige delegerings- og kompetencefordelingsregler, der fastsætter arbejdsfordelingen mellem henholdsvis regionsrådet og forretningsudvalget på den ene side, og mellem det politiske system og administrationen på den anden side (God ledelse og styring i Region Midtjylland, 2018), (Jakobsen, 2020, s.4).

I ledelseskommisionens rapport er det beskrevet, at alle offentlige opgaver er underlagt politisk ledelse, og at det derved skal respekteres af ledere og medarbejdere, at det entydigt er politikerne, der fordeler ressourcer og prioriterer mellem interesser. Politikerne overlader dog som oftest et beslutningsrum til de offentlige ledere og medarbejdere (ledelseskommisionen, 2017/18), (Jakobsen, 2020, s.4).

I nedenstående model kan ses et eksempel på den offentlige leders ledelsesrum, og hvilke elementer i omgivelser, der kan påvirke og skal samspille med medarbejderne og lederne på eksempelvis Hospitalsenheden Vest.

Offentlige lederes ledelsesrum



(Regeringen.dk, 2019, s.14), (ledelseskommisionen).

Pedersen beskriver, at ledelse og ledelsesrum er blevet en arena for indflydelse, hvor politikere, ledere, professionelle og borgere blander sig i hinanden, således at omgivelserne er med til at sætte rammerne for de beslutninger der træffes. Derfor har lederen en nøglerolle i forhold til at balancere mellem omgivelserne, ledere og fagprofessionelle/medarbejdere (Pedersen, 2011,s.217), (Jakobsen, 2020, S.5).

En funktionsleder udtaler sig: *"Er det en hospitalsledelses beslutning, eller er det en politisk beslutning "* (Nr.1,5,15).

"Når det går hen og bliver politik, er det svært at finde ud af hvem som er beslutningsdygtig her" (Nr.1,5,45).

Af dette kan vurderingen være, at den politiske beslutningsproces kan danne forvirring om funktionslederens rolle og vilkår for indflydelse. Samtidig kan det fortolkes, at ledelsesrummet ikke altid er klart defineret for den enkelte funktionsleder.

Denne forvirring kan måske også bestå i, at udover at ledelsesrummet er blevet en arena for indflydelse, er driftsinstitutionen også blevet omringet af styring, kontrol og incitamenter både fra lovgivningen, men også fra borgerne via brugerundersøgelser, medier osv. Dette samspil eller modspil mellem institution og omgivelser, beskrives at have betydning for, hvilken grad af ledelsesrum, der skal gælde for den enkelte driftsledelse (Pedersen, 2011,s.218), (Jakobsen, 2020, S.5).

Jeg arbejder, som tidligere nævnt, til dagligt som afdelingssygeplejerske på Akutmodtagelsen på Regionshospitalet i Herning, som er en del af Hospitalsenheden Vest. Jeg er sammen med en anden afdelingssygeplejerske, personaleleder for 110 sygeplejersker. Derudover har jeg dagligt tæt kontakt med mange andre faggrupper, der har tilstedeværelse i Akutmodtagelsen. Som afdelingssygeplejerske er jeg såkaldt niveau 3 leder, som også betegnes som driftsleder, frontleder eller funktionsleder. Oversygeplejersken og den ledende overlæge i hver specialeafdeling er niveau 2 ledere, og betegnes som afdelingsledelsen, hospitalsledelsen betegnes som niveau 1 ledelsen.

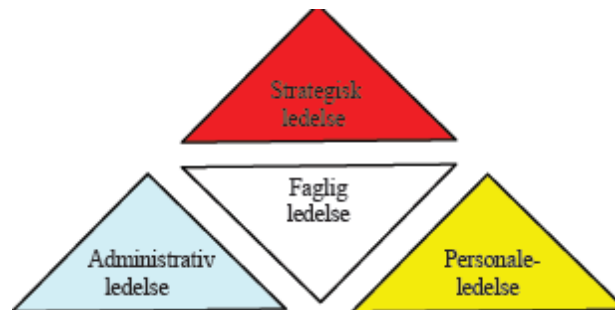
I denne udtalelse lyder det til at være en fornuftig måde at strukturere ledelsen på, *"Den generelle struktur er meget åben og dialogbaseret og er meget baseret på det modsatte af topledelse"* (Nr.1, 2,35), *"Jeg bliver involveret i mange af de beslutninger, som bliver taget, og er så nede at tage fat i personalet efterfølgende"* (Nr.1, 2,50).

Men, der er også tegn på at det kan være konfliktfyldt:

"Opad til er det afdelingsledelsen, der har stafetten til hospitalsledelsen, og jeg kan godt nogle gange tænke, om hospitalsledelsen ved, hvad vi laver hernede på gulvet" (Nr.1, 3,49).

I forbindelse med udflytningen til det nye hospital i Gødstrup i 2021, har der pågået et arbejde i at identificere, hvorledes ledelsesstrukturen skal etableres og fungere på hospitalet.

Det er blevet defineret, at ledere på alle niveauer skal have fokus på de fire ledelses roller i nedenstående model, kaldet ledelsestrekanten, og dette dækker således over den generelle tilgang til ledelse på Hospitalsenheden Vest.



(Rapport vedrørende organisations-og ledelsesstruktur, DNV-Gødstrup, 2013, S. 7).

Faglig ledelse retter sig imod det, som medarbejderne har som det faglige indhold i deres arbejde, og som typisk vil være hospitalets kerneopgave.

Personaleledelse er ledelse af personaleforhold, det vil sige arbejdsmiljøet og den enkelte medarbejder, konflikthåndtering m.v.

Administrativ ledelse er kendetegnende for administrative forhold med relation til økonomi, aktivitet, budget og regnskab samt arbejdstilrettelæggelse i form af arbejdsplaner, ferier m.v.

Strategisk ledelse er ledelse i forhold til langsigtede mål og prioritering af opgaver og indsatser, vision og strategier (Rapport vedrørende organisations-og ledelsesstruktur, DNV-Gødstrup, 2013, S. 7).

Funktionslederen varetager typisk en funktion som leder af en gruppe af højt kvalificerede medarbejdere og har til opgave at sikre at den faglige viden omsættes og bliver en del af afdelingsledelsens beslutningsgrundlag. Der ligger således både en væsentlig personaleledelsesopgave og en væsentlig opgave i ledelse opad til afdelingsledelsen i denne rolle (Rapport vedrørende organisations-og ledelsesstruktur, DNV-Gødstrup, 2013, S. 13).

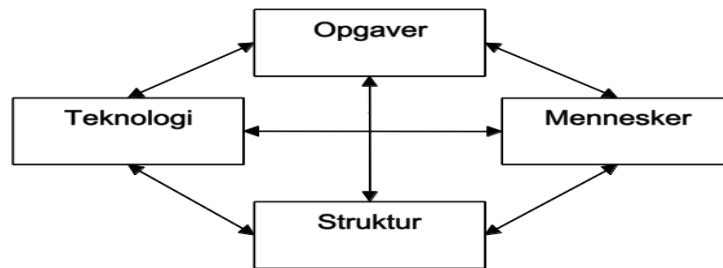
Funktionslederen skal desuden have et særligt fokus på at medvirke til et tværfagligt og tværororganisatorisk samarbejde om gode og effektive patientforløb, samt at vedligeholde og udvikle medarbejdernes kompetencer og at bidrage til at vedligeholde og udvikle kvaliteten i afdelingens sundhedsydelser (Rapport vedrørende organisations-og ledelsesstruktur, DNV-Gødstrup, 2013, S. 13).

Ledelsesstrukturen, lokalt i Akutafdelingen, opleves at være særlig kendetegnet ved at have en meget flad struktur, hvor funktionslederne er medvirkende i udformningen af overordnede organisatoriske og strategiske rammer samt at de er deltagende i budgetmøder med økonomiafdelingen.

Derudover inviteres de også lejlighedsvis med til samarbejds møder med andre afdelingsledelser. Derved har funktionslederne mulighed for at sætte et aftryk på udviklingen og driften af afdelingen. Funktionslederne i Akutafdelingen er dog ikke med til budget eller kvalitets- og udviklingsmøder hos hospitalsledelsen.

Organisationsstruktur

I et perspektiv på en grundforståelse af, hvad en organisation består af, kan nedenstående model fremhæves. Harold Leavitt fremlagde i 1965, at alle organisationer består af fire grundelementer, hvilket illustreres på denne måde.



(Jacobsen, 2014, s.81).

En organisation har først og fremmest nogle opgaver, der skal løses. Som eksempel er kerneopgaven på Hospitalsenheden Vest defineret som: - *"at sikre sammenhængende patientforløb, herunder undersøgelse, behandling, pleje og inddragelse af patienter"* (HEV, hjemmeside).

Kerneopgaven kan defineres som: *"Den overordnede opgave, en organisatorisk enhed varetager og udfører for at skabe langsigtede effekter i form af værdi, for og med borgerne"* (Sørensen et al, 2016, s.30).

I kerneopgaven er der ligeledes indlejret mulighed for at definere kerneydelser, som kan fremstilles som nedenstående:

Definitionen på kerneydelserne i en Akutafdeling :

- At stabilisere patienten
- At udrede patienten
- At behandle patienten
- At sikre patientforløb
- At inddrage patient/pårørende (E.Dok. HEV. Uddannelse- og kompetence udvikling Akutområdet).

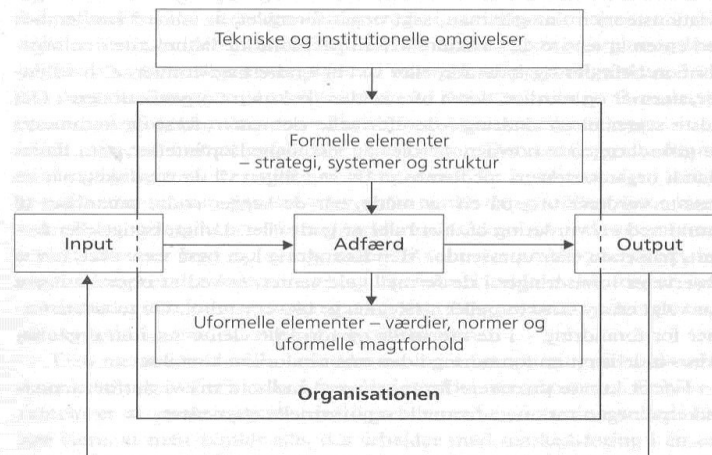
Udover en eller flere definerede opgaver, består en organisation af mennesker, hvilket bevirker at en organisation er et socialt system. Disse mennesker benytter sig af teknologi, i form af eksempelvis faglig specialviden for at kunne håndtere opgaven. Slutteligt er forholdet mellem personerne struktureret på en relativt stabil og forudsigelig måde (Jacobsen, 2014, s.81).

En af Leavitts konkretiseringer er, at elementerne hænger sammen, hvilket i praksis betyder, at hvis der sker ændringer i et af elementerne, vil der også ske ændringer i andre (Jacobsen, 2014, s.81). Hvis eksempelvis der opstår behov for en akut organisatorisk omstilling, for at kunne håndtere en Covid-19 epidemi, vil det få betydning for, hvordan opgaverne skal løses, hvilket har betydning for personalet, hvilket har betydning for, hvilken teknologi, medicinsk udstyr, ny faglig viden, forskning med videre, der er brug for i håndteringen af patienter med et nyt symptombillede. Dette vil således også betyde, at strukturen i organisationen påvirkes. Et andet eksempel på dette, som det er beskrevet i masterprojektets indledning, er hvorledes der pågår en beredskabsaktivering af hospitalet, som medfører en ny kommunikations- og ledelsesstruktur, hvori beredskabschefen bliver indsat som et ekstra led i forhold til den etablerede ledelses- og organisationsstruktur, hvilket kan have betydning for den vanlige kommandovej. Refleksionen kunne her være, at det samtidig har betydning for funktionslederens grundlæggende ledelsesvilkår i det delegerede ledelsesrum, og derved også vilkåret for at lede på tværs. Som en funktionsleder udtaler det: *"Det er en øvelse, når man nu er vant til at bevæge sig i forskellige ledelseslag, selvom jeg kun er funktionsleder"* (Nr.2, 25,50).

Foruden Leavitt, har andre organisationsteoretikere udvidet forståelsen af en organisations opbygning, ved også at synliggøre, at organisationer er afhængige af deres omgivelser, eksemplificeret ved en afhængighed af ressourcer.

Samtidig fungerer en organisation som en integreret del af et større samfund, hvor organisationen må tilpasse sig kulturelle normer og værdier, der findes i omgivelserne. Man nærmer sig således en forståelse af, at kernen i en organisation er mennesker, der anvender teknologi til at løse en opgave, hvor der samtidig fokuseres på den menneskelige adfærd (Jacobsen, 2014, s.82).

I en fremstilling af en organisations centrale elementer har Jacobsen og Thorsvik designet nedenstående model og har i forhold til Leavitts model tilføjet nogle ekstra elementer (Jacobsen, s.85).



Figur 4.3. Jacobsen og Thorsviks model for de centrale elementer i en organisation

I Jacobsen og Thorviks fremstilling af den formelle struktur i en organisation er forståelsen, at organisationen er opbygget således, at der er lavet en fordeling af arbejdet mellem en gruppe af mennesker, beslutningsansvaret er fordelt, og der er etableret systemer, der kan samordne og styre organisationens forskellige aktiviteter (Jacobsen, 2014, s.83).

Dette betyder således, at mål og strategi, samt den formelle struktur er det, der kendetegner de formelle elementer i en organisation, hvor aftaler er drøftet og vedtaget på formelle møder imellem organisationens enheder og efterfølgende nedfældet på skrift som beslutningsgrundlag (Jacobsen, 2014, s.84).

I en fremstilling af et centralt træk ved en organisation er at den har en formel normativ struktur, hvor der er indlejret nogle specielle forventninger til, hvad en person eller en gruppe skal foretage sig, når de befinder sig i organisationen. Målene er beskrevet som de ambitioner organisationen har, mens strategien er beskrivelsen af, hvordan man har tænkt sig at opnå de mål (Jacobsen, 2014, s.83). Et eksempel på dette kan ses i modellen over Akutafdelingens strategikort på næste side.



(Akutafdelingen, HEV. 2017).

I en forståelse af de uformelle elementer i organisationen har begrebet organisationskultur en betydning, og at de grundlæggende antagelser, normer, værdier, som findes hos de mennesker, der er i organisationen, og som ikke er direkte synlige, giver sig til udtryk i menneskernes adfærd (Jacobsen, 2014, s.84).

Det er aktørerne i organisationen, der gennem deres adfærd har etableret normer for hvordan man agerer indenfor organisationens rammer. Normerne er udviklet over tid, men når normerne først er indarbejdet, i form af eksempelvis samarbejdsaftaler mellem akutafdelingen og de andre speciale afdelinger på hospitalet, så fungerer de som rammer for aktørernes adfærd. Det kan således beskrives, at rammerne er blevet institutionaliserede (Christensen og Jensen, 2013, s.94).

Hvis man vil have menneskerne i organisationen til at agere på en anden måde og ændre adfærd, nødvendiggør det, at de strukturelle rammer eller kulturen i organisationen ændres (Jacobsen, 2014, s.86).

Det sker også, at de institutionaliserede rammer ændres, eksempelvis ved større samfundsmæssige omvæltninger (Christensen og Jensen, 2013, s.94).

Det kan sandsynligvis sammenlignes med de omvæltninger der er fulgt med i forbindelse med Covid-19 epidemien, og som en funktionsleder udtaler det, *"En af de ting som jeg synes har været meget klædeligt for vores organisation, det er rent faktisk, at vi på trods af, den her*

"javel", det er modtaget, og så gør vi det, har jeg alligevel set et andet sammenhold og en anden følelse af, at her har vi en opgave i organisationen, vi skal have løst, og egentlig ikke så meget, nå så det er den afdeling, der har det, og det finder de nok selv ud af" (Nr.2,10,59).

Der vil også være forskellige magtrelationer tilknyttet organisationen, hvilket karakteriseres som, at nogen kan "tvinge" andre til at gøre noget via den tillagte magt i den formelle hierarkiske position, men samtidig kan magten også være uformel og udspringe af den magt, der er tilknyttet visse opgaver i organisationen, eksempelvis lægens og sygeplejerskens opgaveløsning i behandlingen og plejen af patienterne. Magt kan også bestå i, i hvilket omfang man har adgang til informationer, og hvilken personlig udstråling man har (Jacobsen, 2014, s.84).

Jespersen beskriver, at lægerne er en gruppe af professionelle, som har opnået en dominerende position, som dog til stadighed skal forsvares, især fra administratorer og ledere, hvor lægerne bl.a. er underlagt systemiske kvalitetsvurderinger og tæt økonomistyring. Samtidig gøres der fra sygeplejerskernes faggruppe krav på at deltage i ledelsesarbejde på afdelingsniveau (Jespersen, 2008, s.81).

Ligeledes kan professionen føle sig truet på sin status som dominerende ekspert med monopol på bestemte arbejdsopgaver, måske særligt når den enkelte ud fra sin egen specialisering er overbevist om, at hans eller hendes professionelle løsning også er det bedste for patienten, organisationen og samfundet (Jespersen, 2008, s.84).

Set ind i et sygeplejerske perspektiv kommer dette til udtryk i denne udtalelse fra et personalemøde i Akutafdelingen 6 uger inde i Covid-19 epidemien, efter at akutsygeplejerskerne har arbejdet sammen med mange forskellige sygeplejersker fra andre specialer, som ikke normalt er vant til at begå sig i en Akutmodtagelse: *"Jeg vil gerne anderkende alle mine faste kollegaer, for nu ved jeg, at en Akutsygeplejerske er sandelig ikke bare en sygeplejerske, en akutsygeplejerske er en sygeplejerske med så mange særlige, specielle evner, funktioner og en fantastisk viden"* (Personalemøde i Akutafdelingen, 30/4-2020).

Mintzbergs fremstilling af organisationer som værende bureaukratier eller hierarkier har været meget anvendt i forhold til at skabe en forståelse af en organisations strukturelle opbygning. Her beskrives tre hoveddimensioner, værende stillinger, gruppering og beslutningssystem samt hovedfigurationer, der er betegnet som den enkelte struktur, maskinbureaukratiet, det professionelle bureaukrati, den divisionaliserede kultur og adhokratiet (Jacobsen, 2014,s.89).

Den enkelte struktur er kendetegnet ved ringe grad af specialisering og formalisering og består som regel kun af grundlæggeren af organisationen (Jacobsen, s. 88-89).

Maskinbureaukratiet har en stærk grad af specialisering og formalisering, og der er ofte krav til formel kompetence. Der er mange grupper som er specialiseret efter opgave og funktion. Beslutningssystemet er centraliseret, hvilket betyder at regler udformes og kontrolleres centralt (Jacobsen, s. 88-89).

Den professionelle organisation eller det professionelle bureaukrati består af en stærk grad af specialisering og store krav til formel kompetence, men mindre grad af formalisering. Der er mange grupper, og de er specialiseret efter faggrupper og profession. Beslutningsmyndigheden er decentraliseret til de professionelle, og der er en mindre myndighed hos staben (Jacobsen, s. 88-89).

Den divisionaliserede kultur er som regel store organisationer, der opererer i mange forskellige sammenhænge. Ansvar ligger hos den enkelte division, og der er en svag kobling mellem divisionerne. Ansvar for den daglige drift er decentraliseret, men centraliseret, når det gælder resultat kontrol (Jacobsen, s. 88-89).

Adhokratiet er beskrevet som en konfiguration, hvor der er en uklar og flydende struktur, hvor arbejdsdelingen er spredt ud på enkeltpersoner og grupper med overlappende opgaver, og hvor strukturen antager en matrixlignende form. Beslutningerne træffes i høj grad decentralt og på det operative niveau. Der er en flad ledelsesstruktur, hvor det oftest er vanskeligt at skelne mellem ledere og medarbejdere (Jacobsen, s. 88-89).

Mintzberg fremhæver, lige som Seemann og Gustafsson i indledningen, at den professionelle organisation, eller det professionelle bureaukrati, er kendetegnet ved at være særligt passende til det offentlige sundhedsvæsen. Kendetegnende ved det professionelle bureaukrati er, at højtuddannede mennesker anvender færdigheder og viden, især i form af standardiserede arbejdsgange og protokoller. Dette gør dem stort set fri for at modtage direkte ordrer fra ledere og meget af den nødvendige koordinering med kollegaer gøres med udgangspunkt i standarder og beskrevne procedurer (Mintzberg, 2017, s.95).

En funktionsleder udtrykker det således,

"Vi har en silo som er et speciale, men jeg synes ikke det er et negativt klingende ord" (Nr.1, 7,56). *"Vi har jo egentlig altid hjulpet hinanden på tværs"* (Nr. 1, 8,05).

Mintzberg beskriver i 2017, at ingen organisation kan være så simpel som i hans egen beskrivelse af de forskellige former for strukturer i en organisation.

Han konkretiserer, at kliniske fagfolk, som er vant til at arbejde individuelt med at anvende standardiserede færdigheder, ikke nødvendigvis, arbejder kooperativt, når de står overfor uventede problemer.

Han fremhæver, at det kan være svært at få et professionelt bureaukrati til at arbejde som et adhokrati når det er nødvendigt (Mintzberg, 2017, s.99).

Dette er sammenholdt med nedenstående citat fra en funktionsleder et interessant perspektiv, set ind i problemstillingen vedrørende silotænkningen i dette projekt.

"Det infektionsmedicinske speciale lagde sig tungt ned over vores akutafdeling og var lige ved og få os til at blive en anelse utydelige. På lægesiden gjorde det, at det skulle afstemmes, hvilke læger som skulle varetage hvilke opgaver" (Nr.2, 17,11).

Mintzberg benytter et fænomen han benævner "contamination", når han forklarer at standarder og protokoller fungerer alt for godt og bliver til en vane i den specialiserede medicinske praksis, hvilket er et problem når noget fordrer, at der skal samarbejdes på tværs af fag og specialer (Mintzberg, 2017, s.99).

Han beskriver derfor, at den professionelle organisation i sundhedsvæsenet også er en del af problemet, og at løsningen ikke er at underminere professionalismen inden for sundhedsvæsenet, men at udligne dens svaghed. Mintzberg præciserer, at standardisering af færdigheder skal forblive den vigtigste koordineringsmekanisme, men at det også skal

suppleres med andet. Han beskriver, at det ikke er mere besværligt end at mødes og tale og lytte noget mere til hinanden på tværs af siloer, i form af formelle og uformelle møder, arbejdsgrupper og i joint ventures (Mintzberg, 2017, s.100). Et Joint venture netværk er kendetegnet ved, at to eller flere parter etablerer og driver en selvstændig organisation, der varetager opgaver, som parterne har vanskeligt ved at håndtere alene (Gustafsson, 2009,s.9).

Men Mintzberg beskriver, at det ofte er unødvendig "babbling", der tilsidesætter frugtbar dialog, og som er en af de store forhindringer i et konstruktivt samarbejde og ledelse på tværs (Mintzberg, 2017, s.100).

Seemann har beskrevet, at det danske sundhedsvæsen kun i ringe grad er styret af regler, men at de eksisterende regler danner nogle generelle rammer for en udstrakt grad af professionsstyre. Samtidig med at argumentationen for ikke at samarbejde på tværs af forskellige specialer på hospitalet er at samarbejdet ofte drukner i "ørkesløst bureaukrati" og "palaverdemokratisk møderi" (Seemann, 1999, s.89).

Nedenstående udtalelse fra en af de funktionsledere, som jeg har interviewet, beskriver meget godt Mintzbergs pointe med, at der umiddelbart er stor værdi i at mødes ansigt til ansigt og drøfte eventuelle udfordringer på tværs af afdelinger. Derudover viser det også meget rammende, at der ikke altid behøver at være hold i argumentationerne om, at samarbejdet behøves at drukne i bureaukratiske palaver møder.

"Vi har haft en struktur omkring kapacitetskonferencer, hvor vi mødes hver dag, og snakker om den samlede kapacitet på Hospitalsenheden Vest niveau. Der har vi faktisk nu her i Corona tiden, lavet en struktur, hvor det udelukkende er funktionsledere, der deltager i kapacitetskonferencen. Det har været et forum for funktionslederne, hvor vi har haft mulighed for at kigge hinanden i øjnene hver eneste dag og lave aftaler og måske også drøfte noget af det vi har fået ordre på at gennemføre, så er det der, hvor vi kan finde ud af og agere lidt på det, felt vi nu engang kan" (Nr.2, 12,15).

"Den relationelle del i det, som der jo ligger meget i ledelse på tværs, det er alfa og omega, og det er det, der for mig at se gør, at det kommer til at glide lidt mere uden knaster" (Nr.2, 12,32).

Den organisatoriske forandring.

I forhold til forståelsen af Jacobsens fremstilling af forandringer i organisationen, vil jeg vende tilbage til den tidligere fremstillede model på side 20 i dette projekt, hvor Jacobsen og Thorsvik illustrer, hvilke elementer en organisation består af.

Jacobsen beskriver, at hensigten med at lave en planlagt forandring, ofte er at påvirke, det der i modellen betegnes som organisationens output. Det kunne eksemplificere ved, med udgangspunkt i problemstillingen, at man ved at ændre hospitalets organisationsstruktur kunne skabe bedre vilkår for funktionslederens til at lede på tværs. For at det kan lade sig gøre, fordrer det, at adfærden ændres hos dem, som arbejder i organisationen, samtidig med, at der stilles krav til, at der skal arbejdes mere effektivt, kreativt og/eller disciplinerende (Jacobsen, 2014, s.85).

I tilfældet med den organisatoriske forandring, som fulgte i kølvandet på Covid-19 epidemien, har det umiddelbart ikke karakter af en planlagt forandring, men mere af en nødvendig organisatorisk forandring på grund af en akut opstået krise.

Regionsdirektør i Region Midtjylland, Pernille Blach Hansen, definerede sidst i april måned 2020, den organisatoriske forandring i forbindelse med Covid-19 epidemien således, *"Da vi startede med covid-19 epidemien troede vi, at vi skulle i gang med en sprint. Vi byggede kapacitet op ekstremt hurtigt, vi uddannede en masse kolleger, vi omstillede, var innovative og ændrede retningslinjer, og vi nåede og kom over målstregen-i vores sprint. Nu har omstændighederne ændret sig. Udfordringen er nu, at vi skal genoptage nogle af de aktiviteter i sundhedsvæsenet, som vi udsatte"* (Regionsdirektør Pernille Blach Hansen, april, 2020).

Jacobsen tager udgangspunkt i, at en organisatorisk forandring kan foregå, ved enten at ændre i organisationens formelle eller uformelle elementer. Forandringens centrale element er stadig at ændre organisationens medarbejderes adfærd (Jacobsen, 2014, s.90).

For at forandre en organisations formelle elementer, hvor jeg i det tidligere afsnit har fremhævet Mintzbergs klassifikation og inddeling af forskellige organisationers strukturelle opbygning, skal man være opmærksom på, at det kan have store konsekvenser for det, som

benævnes stillinger, gruppering og beslutningssystemer. Dette kan betyde at organisationens velkendte og etablerede struktur i mere dramatiske sammenhænge kan bevæge sig fra en konfiguration til en anden (Jacobsen, 2014, s.90). Dette kan sandsynligvis have betydning for den decentrale beslutningsmyndighed og for det delegerede ledelsesrum, hvori funktionslederen befinder sig.

Det kunne være interessant at diskutere, om der faktisk har været tegn på, at organisationsstrukturen på Hospitalsenheden Vest, som minder om et professionelt bureaukrati, har bevæget sig over til, på tidspunkter i forandringen, at have fungeret som et maskinbureaukrati.

Nedenstående udtalelse kunne måske godt lede tankerne i en retning af, at hvis du fokuserer på konfigurationen, der vedrører beslutningssystemet, er sket en bevægelse.

"Det var rigtig Top-down en fredag eftermiddag, og det er simpelthen ikke i orden" (Nr.1, 0,42).

Her er der refereret til, at der var taget en ledelsesmæssig beslutning i hospitalsledelsen, som havde store konsekvenser for den pågældende afdelings fortsatte drift, og at det var gjort hurtigt, og uden at den lokale ledelse havde haft indflydelse på beslutningen.

Forandring af en organisations uformelle elementer, hvor der skal tages udgangspunkt i organisationens kultur, kan være tilknyttet en vis kompleksitet.

For at kvalificere, hvad det betyder at forandre en organisations kultur, definerer Jacobsen det, ved hjælp af Hinings og Greenwood. Det konkretiseres, at en organisations elementer består af, "et sæt af normer, antagelser og værdier, som former de dominerende opfattelser af, hvad en organisation skal gøre, hvordan den skal gøre det, og hvordan den skal vurderes" (Jacobsen, 2014, s.91).

Et eksempel på en velkendt norm og antagelse, som i den anledning kan fremhæves, er, at det er ansatte med en konkret professionel faglig baggrund, som varetager ledelsen af et specielt fagligt område på hospitalet.

Jacobsen introducerer, ligeledes med udgangspunkt i Hinings og Greenwood, begrebet arketyper, som i hovedtræk kan beskrives som værende et sæt af antagelser og værdier, som bliver udtrykt, fortolket og synliggjort i organisationens strukturer og systemer. I det perspektiv, er man bevidst om, at en organisation består af formelle og uformelle elementer,

og at disse hænger sammen. Jacobsen beskriver, at dette får konsekvenser for, hvordan man betragter en organisatorisk forandring (Jacobsen, 2014, s.96).

Forandringen kan derved starte en reaktion, hvor andre elementer i organisationen også ændres. Et eksempel kan være, når funktionslederen har en fornemmelse af at blive "by-passet" i beslutningsprocesserne vedrørende sin egen afdeling, og som det udtrykkes, *"Der er nogle kommandoveje der bliver by-passet. Det er ikke kun godt, at der er kommet en beredskabsleder ind over beslutningerne, nogle gange vil vi kunne løse det bedre, som vi gjorde før"* (Nr.2, 4,20).

Det vil her kunne fortolkes, at der er nogle grundlæggende antagelser om, hvilken rolle funktionslederen under normale omstændigheder har i organisationen, og at måden at løse tingene på var bedre før Covid-19 epidemien.

Jacobsen beskriver også, at på et hospital, som tidligere beskrevet, er kendetegnende ved at være et professionelt bureaukrati, vil et forsøg på at centralisere beslutningsmyndigheden over faglige spørgsmål, berøre meget centrale værdier knyttet til den faglige frihed (Jacobsen, 2014, s.97).

I forhold til at forstå en forandrings omfang og baggrund, beskriver Jacobsen den som at have karakter af en evolution eller en revolution. Dette kan have betydning for forståelsen af, hvilken betydning en organisatorisk forandring, foranlediget af en Covid-19 epidemi, muligvis har for ledelses- og organisations strukturen på et hospital, og derved også for funktionslederens vilkår for ledelse på tværs.

Med en bevidsthed om, at en organisation, altid gennemgår nødvendige forandringer for at finde den optimale balance mellem de interne elementer i organisationen, som tidligere nævnt, består af formelle elementer, som eksempelvis strategier og mål, og uformelle elementer, som eksempelvis kultur og magtforhold, defineres en grundforståelse af, hvad en evolutionær forandring er. Forandringen foregår her relativt langsomt, og de organisationer som er tunet til denne tilgang til forandring, vil oftest præstere et rimeligt outcome (Jacobsen, 2014, s.103).

Et eksempel på dette, kan være planlægningen af udflytningen til det nye hospital i Gødstrup, hvor der er foregået formelle samarbejds møder, men samtidig også er et stort fokus på den

store kulturelle ændring, der i sagens natur vil være for mange, når flere traditionsbundne hospitaler og afdelinger skal flytte sammen under det samme tag.

Inden for eksempelvis Mintzbergs konfigurationer, især set ind i det professionelle bureaukrati, kan der godt foregå eksperimenter med forskellige former for decentralisering og centralisering af beslutningsmyndigheden, hvis man vil lave en mere optimal arbejdsdeling mellem det faglige og det administrative personale (Jacobsen, 2014 s.108). Dette kunne eksemplificeres ved, når der lægges beslutningsmyndighed fra det faglige personale til det administrative personale, eksemplificeret i dette citat: *"Vi har haft brug for kvalitet og udvikling til at få nogle ting struktureret, fordi det var ikke det, vi havde tid til at sammensætte på skrift..."* (Nr.2, 27,26).

Når der bliver beskrevet, at en organisatorisk forandring er en revolution, er det med baggrund i, at forandringen er dramatisk, kommer pludselig og uventet, og at der både er brug for at strategiske og teknologiske forandringer for at håndtere den. Det kan man vel sige, at Covid-19 epidemiens indtog i det danske samfund og på Hospitalsenheden Vest fordrede. En revolutionær forandring, eller en dramatisk strukturel forandring, vil i denne betydning være, når der sker en bevægelse fra en konfiguration til en anden, eksempelvis hvis der sker en bevægelse fra et professionelt bureaukrati til et maskinbureaukrati (Jacobsen, 2014, s.108). Der kunne argumenteres for, at det er det, der er sket under Covid-19 epidemien i organisationsstrukturen på Hospitalsenheden Vest.

Som jeg beskrev i indledningen blev Akutafdelingens sygeplejersker og læger sat sammen med læger og sygeplejersker fra andre specialer, hvor disse ikke havde den samme formelle kompetence til at kunne modtage akutte uafklarede patienter, som Akutafdelingens personale generelt har. Samtidigt blev der truffet mange centrale beslutninger af beredskabschefen og hospitalsledelsen uden om den vanlige decentrale beslutningsmyndighed i Akutafdelingens ledergruppe.

I et interview med Herningfolkeblad, en uge inde i Covid-19 epidemien, beskriver jeg den organisatoriske forandring således: *"Det er vigtigt, at det bliver en koordineret indsats med en stramt styret koordinering. Det er den struktur vi har arbejdet på"* (Herningfolkeblad, 20. marts-2020).

Nedenstående kunne også være et eksempel på den virkelighed,

"For os har det været anderledes, i og med, ledelsesindflydelsen vi plejer at have, når vi ikke er i en corona tid, den er sat en smule på standby, forstået på den måde, at vi plejer at have en flad struktur på vores afdeling, ikke som sådan på hospitalsniveau, og vi har som funktionsledere en stor medbestemmelse, og kort vej til hospitalsledelsen. Det er anderledes" (Nr.2, 2,02).

I forhold til en organisations evne til at kunne håndtere en forandring er en af Jacobsens pointer og konklusioner, at en organisation skal kunne håndtere både den evolutionære og revolutionære forandring. Samtidig skal man være opmærksom på, at jo bedre en organisation er til at håndtere en evolutionær forandring, desto dårligere er den til at håndtere en revolutionær forandring, da der kan være en tendens til, at man kun fokuserer sig specialiseret på det, enhederne i organisationen er gode til (Jacobsen, 2014, s.115-116).

Derudover understreger Jacobsen, at en organisations forandringsevne skal ses i sammenhæng med, hvor tæt koblingen er mellem de forskellige enheder og niveauer internt i organisationen, og at det har stor betydning, at de ansatte i organisationen har et konstant og målrettet fokus på hvad der sker i omgivelserne og ikke kun fokuserer på egen virkelighed (Jacobsen, 2014, s.125). Her kan denne udtalelse fra en funktionsleder fremhæves, *"Jeg håber også, at vi som afdeling, som hospital og som organisation, at silomurerne ikke bliver tykkere end vi kan perforere dem, at vi hele tiden har et kig til hinanden, for vi har virkelig fået noget godt ud af og løse ting på kryds og tværs"* (Nr.1,26,10).

Analyse

For at identificere funktionslederens vilkår for ledelse på tværs på Hospitalsenheden Vest, set ind i den ledelsesstruktur, som funktionslederen befinder sig i, kan det umiddelbart konstateres, at funktionslederen har et delegeret ledelsesrum. I dette ledelsesrum signaleres det fra både politisk side, fra ledelseskommisionens side og fra hospitalsledelsens side, at det er muligt for funktionslederen, at kunne agere i et ledelsesmæssigt "frirum", hvor der er indlejret mulighed for, at ledelse på tværs kan ledelsesmæssigt udfoldes.

Det kan dog umiddelbart også give anledning til forvirring hos funktionslederen, når der sås tvivl om, om det er en politisk beslutning eller en intern ledelsesbeslutning, der ligger til grund for nogle ændrede organisatoriske rammer, der har betydning for funktionslederens ledelsesvilkår.

Det har sandsynligvis også betydning, at funktionslederen er underlagt styring, kontrol og en incitament-struktur, hvilket influerer på, hvilken grad af mulighed for ledelsesrum, der er til stede.

Der kan spores en tvivl, i forhold til hvad der er foregået i beslutningsprocessen, vedrørende en omstrukturering i vedkommendes afdeling, som anes i denne udtalelse, *"Jeg ved ikke hvilke kompromisser, som der blevet indgået, om de har solgt 5 heste for at få en kamel"* (Nr.1, 4,06).

For at kunne komme dette vilkår og denne betingelse nærmere kan man diskutere, om det har baggrund i den måde, som ledelsesstrukturen er opbygget på i Hospitalsenheden Vest. I og med strukturen er hierarkisk opbygget og vertikal præget med tre niveauer, hvor funktionslederen på niveau 3 er nederst, har det sandsynligvis betydning for, hvilken grad af ledelsesrum, niveau 3 ledelsen får tildelt af sin egen afdelingsledelse på niveau 2.

Dette kan eksemplificeres i denne udtalelse, *"Er jeg bare Pinocchio der er bundet op og skal jeg bare navigere i de rammer som er sat mig"* (Nr.1, 0,12). Hvorimod den anden udtaler, *"...vi har som funktionsledere en stor medbestemmelse og kort vej til hospitalsledelsen"* (Nr.2, 2,02).

Refleksionen kunne her være, om det har betydning for de forskellige funktionslederens vilkår i at lede på tværs i forhold til, hvor meget de er involveret i beslutningsprocesserne i deres egen afdeling. Det er i den anledning, under alle omstændigheder interessant, at en af funktionslederne udtaler, *"Jeg ser så engang imellem, at der er nogle udfordringer for mine"*

funktionsleder kollegaer, som ikke har samme ledelsesstruktur, som den vi har. Der er slet og ret beslutninger, de ikke er med inde omkring. Der er ting de slet ikke bliver inddraget og involveret i" (Nr.2, 30,24).

Generelt giver begge funktionsledere udtryk for, at de har et godt samarbejde med deres afdelingsledelser, og at de bliver involveret i mange af de beslutninger der bliver truffet, dog kan der ved den ene funktionsleder anes, at der er tvivl ved, om der går information tabt, når der skal bringes et budskab videre fra og til niveau 3 ledelsen imellem ledelseslagene, *"Jeg syntes ikke altid der bliver skelet til de problemstillinger, som jeg leverer til afdelingsledelsen"* (Nr.1, 3,56).

I forhold til den etablerede ledelsesstruktur på Hospitalsenheden Vest er det interessant, at elementet med faglig ledelse er centreret i ledelsestrekanten. Det kan diskuteres, at når det er valgt, at dette element er placeret i midten af trekanten, sandsynliggør det, at faglig ledelse er det vigtigste af de 4 elementer. Det kan tolkes som værende medvirkende til at understøtte silotænkningen, da sundhedsvæsnet er organisationer, helt overvejende struktureret som professionelle bureaukratier, med ekspertisebaseret organisering på grundlag af medicinske specialer, faggrupper og funktioner (Gustafsson og Seemann, 2018, s.5).

Afdelingerne på hospitalet er ledelsesmæssigt forankret med professionelle fagpersoner, både på niveau 2 og niveau 3.

En funktionsleder udtaler sig således om fagledelse, da jeg spørger, om hun har været vidne til domænekampe under Covid-19 epidemien, *"Det bunder i fagledelse, hvor vi har hver vores fagledelse, og hver har sin stolthed og en berettigelse, i hvad vi laver. Det er ikke, at lægerne har stået med paraderne oppe og har taget en kamp på gangen, men alligevel har de skulle manifestere sig lidt til, hvor er det jeg gør mit bedste, og hvor gør du dit bedste"* (Nr.2,20,39).

I ledelsestrekanten fra Hospitalsenheden Vest fremstilles det yderligere, at udover elementet faglig ledelse, består den af personaleledelse, administrativ ledelse og strategisk ledelse, hvilket således dækker over den generelle tilgang til ledelse, uanset hvilket niveau, du befinder dig på i ledelseslaget. Der kan måske også her skabes forvirring over, hvilket område den enkelte funktionsleder vægter højest, hvilket kan have betydning i tilgangen til og vilkåret for ledelse på tværs. Derudover er det interessant, at anskuer man ledelses-trekanten som en

pyramide, med mindre pyramideelementer indbygget, er det netop det Seemann og Gustafsson karakteriserer som værende en af de største tværgående ledelsesudfordringer, idet der befinder sig iboende lærings- og siloproblemer, når organisationen bygger på en pyramidal logik i form af hybrider af maskinbureaukratiet og fagbureaukratiet (Seemann og Gustafsson, 2016, s.4).

I forhold til funktionslederens vilkår og rolle, er det i beskrivelsen af ledelsesstrukturen på Hospitalsenheden vest beskrevet, at funktionslederen skal have et særligt fokus på at medvirke til et tværfagligt og tværororganisatorisk samarbejde om gode og effektive patientforløb. Det er dog ikke nærmere defineret, på hvilken måde og i hvilke rammer, dette skal foregå. Refleksionen kan være, at en nærmere definition på dette kunne være medvirkende til, at eksempelvis ledelse på tværs, som en betegnelse eller en funktion, ville blive mere synlig i ledelses- og organisationsstrukturen. Dette kunne underbygges af Seemann og Gustafssons budskab om, at udgangspunktet for ledelse på tværs er udvikling af horisontale visioner og strategier, og at disse overordnede visioner for sammenhæng på tværs, i vidt omfang kan udvikles på topledelsesplan, men at der er behov for at denne udvikling også foregår som bottom up og across processer (Seemann og Gustafsson, 2016, s.7). Eksempelvis udtaler en funktionsleder det således, vedrørende nogle tidligere afholdte samarbejds møder med Akutafdelingen, *"Det kunne have været rart, hvis der havde været en fælles udmelding fra start, hvad er det fælles mål, og hvad er det vi ønsker, i stedet for at hospitalsledelsen siger: sæt i jer nu sammen venner og bliv enige, om hvordan det her samarbejde skal lykkes"* (Nr.1,8,43).

"Vi startede jo i 2017, og vi har jo lige siden pæret rundt i det samme og er ikke rigtig kommet videre" (Nr.1,9,10).

I den teoretiske fremstilling af organisationsstruktur, hvor fokus har været at belyse hvilken større helhed, og hvilke elementære strukturer, funktionslederen er en del af, er det her interessant, at der ses tegn på, at den organisationsstruktur, som Hospitalsenheden Vest består af og er en del af, kan sammenlignes med den klassiske og traditionelle organisationsform, som man vel kan betegne det, som er fremstillet i både Leavitts, og Jacobsens og Thorsviks organisations modeller. Det defineres, at opgaven eller kerneopgaven er et centralt element,

og et omdrejningspunkt for, at der skal være et samspil mellem de andre elementer i organisationen, herunder også funktionslederen.

I denne udtalelse er der dog tegn på, at en sådan struktur er med til at fastholde silotænkningen, der kan besværliggøre ledelse på tværs. *"Der er udfordringer ved manglende gennemsigtighed i hinandens siloer, og det kan være svært fra min stol og det ledelseslag jeg er på"...* (Nr.1,9,37). Dette kan sammenholdes med Seemann og Gustafssons konkretisering af, at ledere og medarbejdere føler, at de har mistet autoritet og kontrol til den klassiske og mere enkle organisering (Seemann og Gustafsson, 2016, s.5).

I Leavitts fremstilling af en klassisk organisation, bestående af fire elementer, er det kendetegnende, at ændrer man et af elementerne, vil det også påvirke de andre elementer. I Jacobsens fremstilling, hvor en organisation består af formelle og uformelle elementer, er det her også kendetegnende, at ændrer man på et af elementerne, vil det starte en reaktion, men hvor dynamikken i høj grad afhænger af den adfærd hos de involverede, som er tilknyttet denne ændring. Dette kan give et billede af, hvor stor en kompleksitet, funktionslederens mulighed og vilkår for ledelse på tværs, skal foregå i. En funktionsleder udtrykker det på denne måde, da hun bliver spurgt til, hvad der sker med hendes motivation, som kan siges at have sammenhæng med adfærd, da hun får at vide, at der er ansættelsestop i hendes afdeling, *"Når du spørger mig i dag, vil jeg sige alt er lukket, da det bliver min afdelings overlevelsesstrategi at lukke lidt sammen om os selv, jeg bliver nødt til at vide, hvad jeg har af sygeplejersker til at passe vores patienter"* (Nr.1,4,45). En sådan udtalelse, er højst sandsynligt ikke det, der er et konstruktivt udgangspunkt for at udvikle en fælles vision for ledelse på tværs. Dette hænger meget godt sammen med, når Gustafsson udtrykker, at hierarkiske ledelsesudfordringer i parternes egne organisationer skygger for udsynet til tværgående samspil og netværksrelationer (Gustafsson, 2009, s.1).

Det kan således diskuteres, at det kan være den formelle organisations struktur, som man bliver nødt til at ændre, men den er paradoksalt nok også nødvendig for at en organisation kan fungere, men samtidig er den medvirkende til at fastholde dens aktører i en fastlåst silostruktur, således at eksempelvis funktionslederens vilkår for ledelse på tværs bliver forværret.

Det nævnes ofte, at økonomiske incitament er grunden til, at vilkåret for ledelse på tværs bliver besværliggjort, *"Der er ingen tvivl om, for mig at se, at siloer ene og alene er bygget op på økonomi, hvor hver afdeling får en pose penge, og så må man få det bedste ud af de arbejdsopgaver, man kan løse med de penge. Og det er jo heller ikke sådan, at alle sidder og tænker, at så er der nok lidt i overskud, og så er der nok nogle naboer, der kan få bedre gavn af det"* (Nr.2,15,39).

Samtidig fremstiller jeg, ved hjælp af bl.a. Jespersen, Mintzberg og Seemann, at der er en del magt og dominans tilknyttet den faglige professionelle position på et hospital, hvor der er tilhørende formelle regler og standarder for udførelsen af arbejdet, hvilket kan besværliggøre vilkåret for ledelse på tværs, og samtidig er der en tendens til langstrakte møder, der afvikles med for meget "palaver" i stedet for konstruktive handlingsanvisninger til løsning på samarbejdet på tværs af afdelingerne. Den sygeplejefaglige funktionsleder kan muligvis nogle gange blive taget som "gidsel" i dette, tolket ud fra denne udtalelse: *"Samarbejdet har været fint, men visionen har ikke været der, og vi har ikke vidst, hvad vi skulle lede ud fra, eller hvad vi har måtte bestemme, og det har gjort det svært og er svært, for vi er jo ikke kommet videre"* (Nr.1,0,10).

Da det nu nærmere er defineret, at økonomi og faglige professionelle dominanser, er et grundvilkår og en grundressource i den måde, organisations strukturen på Hospitalsenheden Vest er sammensat på, kan man foranlediges til at tro, at denne erkendelse kan være vigtig, når funktionslederens vilkår for ledelse på tværs defineres, hvis man også samtidig vil arbejde for at forbedre vilkåret. Som det udtales, *"...hvis der ikke var økonomi kunne vi bedre lave ledelse på tværs"* (Nr.1, 5,47).

Det kan diskuteres om en løsning kunne være at se ind i en organisations uformelle struktur, hvor der i forvejen pågår nogle processer i forhold til samarbejde og ledelse på tværs. En funktionsleder har følgende svar på spørgsmålet om, hvordan ledelse på tværs har fungeret under Covid-19 epidemien,

"Den relationelle del i det, som der jo ligger meget i ledelse på tværs, det er alfa og omega, og det er det, der for mig at se gør, at det kommer til at glide lidt mere uden knaster"
(Nr.2,12,32).

I denne udtalelse præciseres, at der er en bevidsthed hos funktionslederen om, at den relationelle del i samarbejdet med andre i organisationen, har betydning for vilkåret for

ledelse på tværs. På side 27 i projektet er det også beskrevet, at kapacitetskonferencen på hospitalet har stor værdi, både som et formelt struktureret mødeforum, men samtidig også et sted, hvor du har mulighed for rent uformelt at indgå i en relationel virkelighed med andre funktionsledere. Det vil sige, at man måske både skal se ind i organisationens formelle og uformelle elementer for at lave grundvilkåret for ledelse på tværs bedre.

Det kan herefter diskuteres om den organisatoriske forandring, der fulgte i kølvandet på Covid-19 epidemiens indtog på Hospitalsenheden Vest har haft indflydelse på om funktionslederens vilkår for ledelse på tværs blev forbedret eller forværret.

I forbindelse med den organisatoriske forandring som fulgte i kølvandet på Covid-19 epidemien, kan man sandsynligvis udlede, at der skete forandringer i både den formelle og uformelle organisationsstruktur på Hospitalsenheden Vest. Dette kan eksemplificeres ved, at der blev indsat en beredskabsleder, hvorefter mange af ledelsesbeslutningerne blev centraliseret til krisestaben, og i højere grad end vanligt til hospitalsledelsen. Her kunne det være fristende at påstå, at der kunne være tegn på, i forhold til Mintzbergs og Jacobsens fremstilling, at der er sket en bevægelse i organisationen fra værende et professionelt-bureaukrati til et maskinbureaukrati. Dette kan man argumentere for, hvis man ser isoleret på, at beslutningsmyndigheden tydeligvis er centraliseret og der er tegn på, at man grupperer personalet specielt efter opgaver og funktioner. Omvendt vil der ifølge Jacobsen dog altid foregå evolutionære tilpasninger og forandringer i organisationens struktur, hvis organisationens elementer bliver påvirket af omgivelserne, eksempelvis ved indførelse af ny teknologi. Denne forandring kunne dog også godt have nogle af de elementer indbygget, der kendetegner det, Jacobsen beskriver som værende en revolutionær forandring, hvilket også er nødvendigt, hvis en organisation, ifølge Mintzberg og Jacobsen, skal bevæge sig fra en konfiguration til en anden.

Den revolutionære og evolutionære tilgang til en organisatorisk forandring, kan også genkendes i disse udtalelser, omkring den stramme struktur og koordinering, der foregik under forandringen på hospitalet.

"Uanset hvad, så har det været nødvendigt, fordi at organisationen har ændret sig, meget hurtigere end vi kunne nå at følge med til. Det har været tvingende nødvendigt, at der er

blevet truffet nogle beslutninger nu og her, og egentlig ikke så meget til diskussion"

(Nr.2,5,28).

"Den anden er mere en proces, der tager lang tid, hvis alle skal høres og alt skal vendes og drejes, man skal lige have tænkt over det en nat eller to, det har vi ikke haft tid til her" (Nr.2, 5,37).

Forandringen i den formelle struktur havde sandsynligvis betydning for funktionslederens vilkår for, at ledelse på tværs blev forværret, da der er tegn på, at Top-down ledelsesbeslutninger har betydning for, at funktionslederen i den forbindelse fokuserer mere på egen afdeling, "*...her skulle vi være med til at effektuere nogle beslutninger, som var truffet et helt andet sted, uanfægtet om vi er enige, eller om vi kunne have set nogle andre nuancer i det...*" (Nr.2,3,48).

En af funktionslederne beskriver på side 30 at have oplevet, at have været by-passet i beslutningsprocesserne, hvilket indsnævrede ledelsesrummet, og der kan være tegn på, at det var fristende for funktionslederen at ville vende tilbage til den vanlige organisering, hvor man har større faglig frihed og derved bedre mulighed for at træffe selvstændige beslutninger, men samtidig også med større risiko for at blive fastholdt i silotænkningen. Samtidig havde det dog nogle fordele, da opgaven var til at forstå. Der blev signaleret, at denne krise skal løses sammen, og den vanlige tilgang til løsningen af kerneopgaven, med afdelingspecifikke definitioner af, hvilke kerneydelser der skal være medvirkende til dette, stadig skal udføres, men med særligt fokus på den fælles opgave på hospitalet der hed Covid-19.

Som det blev udtalt, "*Det har været mega hurtige beslutninger, og meget korte afstande fra beslutningen var taget, til den var effektueret, så på den måde har det været positivt, at det bare har kørt som smurt i olie. Vi har åbnet armene og spurgt, hvad har i brug for hjælp til?"* (Nr.1,3,39).

Når Seemann og Gustafsson beskriver, at der er brug for udvikling af horisontale visioner for tværgående komplekse værdikæder, som de også benævner totalopgaver, for at ledelse på tværs skal fungere (Seemann og Gustafsson, 2016, s.7), er der muligvis tegn på, at der opstod eller blev dannet en fælles vision for at løse opgaverne vedrørende Covid-19 sammen, og på tværs af enheder, hvilket forbedrede vilkåret for ledelse på tværs. "*Ja, vi har haft en fælles opgaveløsning, vi skulle se på, og hvordan gør vi så det, og hvor der på mit*

funktionslederniveau har været fokus på opgaven i stedet for om det er dine kroner eller mine kroner, der har været fokus opgaven i stedet for, igen er det bare så klædeligt" (Nr.2,19,37).

Forandringens betydning i den uformelle struktur ser ud til at kunne skimtes i ulmende magtkampe hos især lægerne, hvor de normale domæner blev udfordret af en ændring i den normale opgaveløsning, hvor hvert speciale tager sig af sine egne patienter. *"På lægesiden gjorde det, at det skulle afstemmes, hvilke læge som skulle varetage hvilke opgaver"* (Nr.2,17,11). *"På sygeplejeske siden har jeg ikke oplevet en kamp om territorie, jeg har nok mere oplevet en kamp for overlevelse..."* (Nr.2,21,30).

Med en indsigt i, at det har betydning, at man kun kan ændre noget i en organisation, hvis man også ændrer den adfærd og den kultur, der er tilhørende de mennesker, som arbejder på hospitalet, har det formentlig også betydning, set ind i vilkåret for at kunne lede på tværs, at der er sket en hurtig og drastisk forandring i deres vanlige organisering og arbejdsvilkår. Spørgsmålet er så bare, hvor længe en sådan adfærdsændring kan fastholdes, således at den samlede opgaveløsning kan løses med nogle af de positive afledte effekter, i forhold til samarbejde og ledelse på tværs.

Svaret kan man måske finde ved at se ind i nogle af de centrale resultater fra et forskningsprojekt vedrørende betydningen af ledelse på tværs, i forhold til at skabe bedre sammenhængende patientforløb, som Akutafdelingen på Hospitalsenheden Vest, var en del af fra 2013-2016, og ved at sammenholde dette med udtalelser fra de interviewede funktionsledere.

I rapporten fra 2016, blev det defineret at ledelse på tværs overordnet består af tre komponenter.

Som det første skal man kunne se opgaven og forstå behovet for sammenhæng. Her har det betydning, at man ser på sin egen afdelingsspecifikke rolle, organisering og struktur og reflekterer over hvilken betydning, det har i den større sammenhæng (Meier et al, 2016, s.14). Dette kan ses i sammenhæng med, at det er beskrevet af bl.a. Leavitt (Jacobsen, 2014, s.81), at et af de væsentlige elementer i en organisationsstruktur, er opgaven. Det kan samtidig

eksemplificeres i nedenstående udtalelse, og her kan man samtidig danne sig et indtryk af, at fokus på den fælles opgave er blevet bedret og derved sandsynligvis også, at vilkåret for ledelse på tværs er blevet forbedret.

"Covid-19 epidemien har gjort det nemmere at lede på tværs, da vi har mødtes hver dag, og vi har siddet i den samme båd, hvor dagsordenen har været den samme, og det har været, hvordan løser vi den udfordring, der hedder Covid, hvordan løser vi, hvordan stiller vi med personale til Covid afsnittet, så vi kan få passet de patienter der nu engang kommer ind til os" (Nr.1,2,28).

Meier konkretiserer yderligere, at for det andet skal man etablere nogle rammer for samarbejdet, da der er brug for en systematisk tilgang til at skabe forbindelse mellem arbejdsprocesser, funktioner og enheder.

I denne sammenhæng skal man gøre sig nogle overvejelser om, hvordan møder og andre fora skal planlægges, afholdes og faciliteres, således at konkrete udviklingstiltag, der kan forbedre samarbejdet, kan implementeres (Meier et al, 2016, s.14).

Implementeringsdelen har vist sig at være forbundet med en stor kompleksitet, da siloproblematikken, med konkurrerende afdelingsspecifikke dagsordner kan spænde ben for udviklingstiltagene på tværs. Samtidig er der udfordringer med, at der skal pågå en del koordinering både vertikalt og horisontalt i organisationen (Meier et al, 2016, s.14).

I nedenstående udtalelse kan man ane denne kompleksitet, i og med det er paradoksalt, at den horisontale ledelse og koordinering på funktionsleder niveau virker til, som udgangspunkt at fungere tillidsfuldt, imens der kan tolkes, at det kniber mere i forhold til den vertikale.

"I funktionsleder-kredsen har jeg stor tillid til at vi vil hinanden det bedste, og i afdelingsleder kredsen, har jeg faktisk ikke det store indblik i, om hvordan. Der er hele tiden en kamp om de her småmønter, vi slås om, og sommetider bliver tilliden en lille smule brudt, fra hospitalsledelsens side, når de en fredag eftermiddag melder ud at der er ansættelses stop. Der må man sige, at min tillid til deres måde at lede på, den kan de finde så langt ude på Vesterhavet, at de ikke kommer til at finde den igen, og jeg er rasende og gal og tosset over det" (Nr.1,20,50).

For det tredje beskriver Meier, at man skal styrke professionelle relationer på tværs, for også at kunne samarbejde situationsbestemt. Helt grundlæggende drejer det sig som kommunikation (Meier et al, 2016, s.14). Dette er også en af Mintzbergs pointer, bl.a. eksemplificeret med citatet på engelsk, fremlagt på side 8 i dette masterprojekt. "... *Health care doesn't need more measuring and reorganizing so much as better cultures of collaboration that open up the pathways of communication*" (Mintzberg, 2017, s.112). Nogle af pointerne ved at have fokus på sin kommunikation med sine samarbejdspartnere er, at man med fordel kan arbejde med sin tilgang og retorik i samspillet med andre, og hvad du som leder udstråler i de professionelle relationer. Helt banalt er det eksempelvis virksomt at være imødekommende, have en vi-indstilling i stedet for en jeg-indstilling, at mødes face to face, da det har betydning i en opblødning af eventuelle konflikter (Meier et al, 2016, s.15). En funktionsleder har udtalt det således i forbindelse med samarbejdet, både før og under Covid-19 epidemien:

"Der er en god dialog på tværs af os som funktionsledere, når der har været noget i et patientforløb, hvor man tænker hmmm, hvorfor gjorde vi egentligt sådan, og hvorfor gjorde de ikke bare som vi tænkte, og det er mange gange nemmere når vi har en dialog ansigt til ansigt" (Nr.1.14,10).

Ledelse på tværs er tidligere beskrevet, at være en integreret del af ledelsesopgaven på både det kliniske og på det organisatoriske niveau (Meier et al, 2016, s.30).

Det kliniske ledelsesarbejde skal forstås som de aktiviteter, der vedrører praksis, som er tæt på patienterne, hvor der helt konkret skal træffes beslutninger om fordeling af opgaver, ressourcer og den situationsbestemte ad hoc opgave. Denne opgaveløsning varetages som regel af funktionsledere, men også af læger og andre ledere på det operationelle niveau (Meier et al, 2016, s.30).

Det organisatoriske ledelsesarbejde er kendetegnende ved, at rammesætte afdelingens daglige drift på det strategiske og organisatoriske plan, således der skabes struktur omkring de aktiviteter, der vedrører patienterne og patientforløbene. Dette arbejde varetages ofte af funktionsledere og afdelingsledere (Meier et al, 2016, s.30).

"Vi fik at vide, at her er en situation vedrørende en sygdom, og vi skal sætte os i den samme båd og få det løst, og alt andet gælder ikke lige nu. Lige nu har vi en platform der brænder så voldsomt, at får vi ikke den slukket, så er vi her ikke længere. Så egentligt oplevede jeg det som meget befriende, for det, vi har kunnet snakke om, og det eneste der gjaldt, var Covid-19" (Nr.1, 3,06).

Ovenstående udtalelse skal selvfølgelig ses i lyset af den meget specielle situation som hospitalets afdelinger pludselig stod i, men den kan muligvis benyttes, når det er belyst af Meier, at koordinering og ledelse på tværs især er vigtigt, når der sker uforudsigeligt arbejde i organisationen. Det har nemlig vist sig, at koordinering og ledelse på tværs må praktiseres fleksibelt og agilt, da der generelt er en vis uforudsigelighed og variation tilknyttet sundhedsfagligt arbejde, især i de akutte patientforløb, men også hvis det er nødvendigt at kunne tilpasse sig situationen her og nu (Meier et al, 2016, s.30).

Meier præciserer, ligesom Mintzberg, at koordinering ikke kun kan foregå ved hjælp af standarder, i form af forløbsbeskrivelser, samarbejdsaftaler, pakkeforløb osv., da dette fungerer bedst som koordineringsmekanismer i stabile og planlagte situationer. Det, der derudover er brug for, for at navigere i en større kompleksitet, er ad hoc koordinering, som foregår på både det kliniske og organisatoriske niveau. Ad hoc koordinering er beskrevet som koordinering, der foregår i løbende interaktion, og typisk handler om vidensdeling og mulighed for tilpassede beslutninger, som kan foregå i en formel form, men samtidig i uformelle, face to face seancer, eller via samtale på telefon (Meier et al, 2016, s.31).

Dette kan eksemplificeres med nedenstående citat fra en funktionsleder, som beskriver, hvordan den daglige kapacitetskonference på Hospitalsenheden Vest har karakter af et rammesat og tilbagevendende struktureret møde mellem hospitalets funktionsledere og oversygeplejersker, hvor der er plads til ad hoc løsninger i samarbejde på tværs af hospitalet.

"Fast struktur er klart en fordel, men der skal også være det her sted, hvor vi kan have noget fri albuerum, og det er også det, vi bruger kapacitetskonferencen til, hvor vi efterfølgende lige kan snakke sammen" (Nr.1,19,30).

I ledelse på tværs er et vigtigt element ligeledes den relationelle koordinering, der udspiller sig imellem funktionslederne og andre ledere på tværs af afdelingerne på hospitalet.

Gittell har defineret relationel koordinering som værende koordinering gennem kommunikation præget af høj kvalitet, støttet af relationer bygget på fælles mål, fælles viden og gensidig respekt (Gittell, 2012, s.39).

Dette hænger meget godt sammen med en funktionsleders udtalelse om, hvilken betydning, det har haft, at funktionslederne har været en del samlet i forskellige fora under Covid-19 epidemien, og derved fået mere indblik i hinandens ledelsesmæssige udfordringer vedrørende dette.

"Måske kan man håbe på at den relationelle del og den viden, man har fået for hinandens vilkår, den måske har gjort, at det måske bliver nemmere" (Nr.2,14,57).

Dette kan yderligere kvalificeres, når Meier beskriver, at der med baggrund i sundhedsvæsenets fragmenterede sammensætning er fare for, at man ikke har tilstrækkeligt kendskab til hinandens arbejdspraksisser, hvilket betyder, at det kan gøre det sværere at vidensdele nødvendig viden (Meier et al, 2016, s.31), der har betydning for eksempelvis et akut patientforløb. Eksemplificeret i denne udtalelse, *"Der er udfordringer ved manglende gennemsigtighed i hinandens siloer, og det kan være svært fra min stol og det ledelseslag jeg er på, for det første overkomme, på mine 37 timers ansættelse, og skulle kigge ind i de andre siloer. Det kan være svært at se ind i andres siloer"* (Nr.1,9,37).

Det bliver derfor centralt for ledelsesopgaven på tværs at anerkende, støtte og udvikle de arbejdsrelationer og praksisser, der skal forbindes for at skabe sammenhæng i opgaveløsningen (Meier et al, s.31).

En robust intern organisering og eget fokus på samarbejde og relationer forudsætningen for et godt samarbejde på tværs. Dels fordi det øger afdelingens kapacitet til organisatorisk ledelse på tværs, dels fordi det skaber en agilitet, der er nødvendig i et komplekst klinisk arbejde i det daglige (Meier et al, s.65).

Et eksempel på en robust intern organisering, kan eksemplificeres med denne udtalelse fra en funktionsleder, *"Den ledelsesstruktur vi har i vores afdeling, der har vi faktisk ledelse på tværs i det daglige, fordi vores ledelsesstruktur eller ledelseslagene er lidt mere flade"* (Nr.2, 9,00). *"Vi har kigget mere på vores personlige kompetencer, altså hvad vi har af vores faglighed, og så har vi delt ansvarsområder. F.eks. kan jeg fortælle, at økonomi er et af de*

områder, som jeg har under min kappe, men derved ikke sagt, at jeg har eneansvaret på det, men jeg er bare en vi kalder talnørd i vores afdeling. Det er jo egentlig afdelingsledelsen, der i sidste ende er økonomisk ansvarlig, men det er vi andre jo også. Det er anderledes end, hvordan strukturen er på de andre afdelinger" (Nr.2, 9,50).

Man skal som ledelse arbejde med sin egen tilgang til samarbejdspartnere på tværs. Den betydning og værdi, ledelsen i ord og handling tillægger et samarbejde, smitter af på hele afdelingen – både når signalerne er negative, og når de er positive (Meier et al, s.65).

Som det udtales fra en af de interviewede funktionsledere under Covid-19 epidemien:

"På den måde er det rigtig rart at have den tillid til hinanden, i at vi vil hinanden, og at vi vil patienterne det bedste her, så vi er her for at løse en fælles opgave. Hvordan det helt bliver gjort, det kan der være forskellige tilgange til, afhængig af på hvilken side af hækken, du står. Om man er i en akutafdeling, hvor man skal have noget flow igennem eller på et sengeafsnit, hvor man ser det med nogle andre briller" (Nr.1, 14,49).

Konklusion

Det ene formål med dette projekt har været at undersøge, **hvilken betydning den etablerede ledelses- og organisationsstruktur på Hospitalsenheden Vest har for funktionslederens vilkår for ledelse på tværs.**

Det kan konkluderes, at der i den etablerede ledelses- og organisationsstruktur på Hospitalsenheden Vest er dedikeret et ledelsesmæssigt "frirum", hvor funktionslederen selv kan være med til at præge tilgangen til ledelse på tværs. Funktionslederen er, som de andre ledelseslag på hospitalet, underlagt bl.a. politiske og økonomiske rammer, som kan påvirke deres ledelsesrum.

Ledelses- og organisationsstrukturen på Hospitalsenheden Vest bærer præg af at have en klassisk hierarkisk hospitals struktur, med vertikal ledelse og fokus på faglighed og fagledelse, hvor der er tilknyttet magt og dominans, med eksempler på lange forhandlinger om samarbejdsaftaler, hvilket sandsynligvis fastholder silotænkningen, der derved kan besværliggøre funktionslederens vilkår for ledelse på tværs.

Der spores en variation i forhold til, hvordan den interne ledelsesstruktur er organiseret på de forskellige afdelinger, og derved, hvor meget funktionslederen er inkluderet i ledelsesbeslutninger på ledelsesniveau 2, hvilket kan påvirke den ligeværdige tilgang blandt funktionslederne, der kan være nødvendig for, at ledelse på tværs kan lykkes.

Det er defineret, at funktionslederen skal have et særligt fokus på tværfagligt- og tværorganisatorisk samarbejde, men der er ikke umiddelbart en klart defineret fælles vision og strategi for, hvordan et sådan horisontalt samarbejde skal foregå på det operationelle funktionsledelses niveau 3.

Det nuanceres dog, at der er en fast struktur, og mulighed for ad-hoc koordinering på kapacitetskonferencen, som ser ud til at indeholde de formelle og uformelle elementer, der er nødvendige, for at funktionslederens mulighed for ledelse på tværs kan udfoldes.

Et andet formål for dette projekt har været at undersøge, **i hvilken udstrækning funktionslederens vilkår for ledelse på tværs bliver forbedret eller forværret under en organisatorisk forandring, foranlediget af Covid-19 epidemien.**

En konklusion på dette må være, at der er tegn på, at funktionslederens vilkår for ledelse på tværs er blevet forværret i forbindelse med, at der i ledelsesstrukturen og i beslutningsmyndigheden, er sket en bevægelse fra decentral til central beslutningstagen, hvor det bærer præg af, at funktionslederen skal parere ordre, i stedet for at have indflydelse på beslutningerne, hvilket betyder, at konsekvensen kan være, at funktionslederen lukker sig inde i sin egen silo.

Det viser sig dog paradoksalt nok nødvendigt med en stramt styret vertikal koordinering i krisehåndteringen, således opgaven kan løses, uden silostrukturerens elementer bliver for dominerende. Dette for at kunne styre forandringen bedre, og for at alle medarbejdere og ledere arbejder i samme retning i en potent krisesituation. Der er dog stor risiko for, at funktionslederen bliver de-koblet, og derved kan vilkåret for ledelse på tværs bliver forværret.

Når der sker en hurtig, dramatisk forandring med præg af en revolutionær karakter, ser det ud til at resultere i, at organisationens ledere og medarbejdere i fællesskab fokuserer på den overordnede opgave og fælles opgaveløsning, der i dette tilfælde består i at håndtere Covid-19 epidemien. Denne fælles adfærdsændring og tilgang til opgaveløsning på tværs af de forskellige afdelinger betyder, at strategien og visionen er horisontalt funderet, og at opgaven står lysende klar, hvilket betyder, at funktionslederens vilkår for ledelse på tværs bliver forbedret, da der ikke er meget vedrørende opgaveløsningen, der skal forhandles.

I interviewene nuanceres det, at der under Covid-19 epidemien har været en mere fast struktur end vanligt, i afviklingen af bl.a. kapacitetskonferencen, hvor der primært har været deltagelse af funktionsledere. Dette medfører, at der er mulighed for en mere målrettet relationel koordinering og kommunikation mellem funktionslederne, og eventuelle udfordringer vedrørende det kliniske eller organisatoriske set up kan, i et tillidsfuldt miljø, drøftes umiddelbart. Resultatet bliver, at de formelle elementer kombineres med de uformelle elementer i organisationen, således at vilkåret for ledelse på tværs bliver forbedret.

Metodekritik

For at kunne lave en fremstilling af den organisatoriske kontekst, funktionslederen er en del af, og i sammenhæng med dette, koble det med undersøgelsen af, hvilke vilkår funktionslederen har for ledelse på tværs i den etablerede ledelses- og organisations struktur og derudover at undersøge, om dette vilkår bliver forbedret eller forværret under den organisatoriske forandring, foranlediget af Covid-19 epidemien, har jeg som metode valgt at arbejde deduktivt, og vekselvirkningen i, at jeg har manøvreret mellem faktuel viden, teori og empiri, været et styrende element og har været med til at strukturere projektet. Det kan diskuteres, om strukturen i dette metodevalg har belyst problemformuleringen nuanceret nok. Det er dog min vurdering, at vekselvirkningen i denne fremstilling har kunnet konkretisere og nuancere indholdet i problemformuleringen, således at mine overvejelser over egne ledelseserfaringer også kvalificeres.

Jeg har for at kunne redegøre og undersøge funktionslederens vilkår for ledelse på tværs, været meget afhængig af udsagnene fra de interviewede funktionsledere, og faren for at "udpine" udsagnene har muligvis været til stede. I den anledning kunne jeg have interviewet nogle flere funktionsledere for at ramme en højere grad af repræsentativt empiri, for sandsynligvis at kunne konkludere bredere. Jeg har dog i den sammenhæng, lænet mig op af Johannes Andersens forelæsning på MPG-master modulet, hvor han udtrykker at, "*Èt interview er ikke videnskab, men det er videnskab, hvis man laver to*" (Andersen, 7/2.- 2020). Jeg kan ikke udelukke, at spørgsmålene både er konstrueret og stillet, således at de interviewede er ledt i den retning, jeg som interviewer ville kunne drage nytte af. Alligevel synes vigtig og relevant viden og et reelt billede af virkeligheden, for at kunne belyse områderne i problemformuleringen, at være til stede.

Ved at have brugt begrebet ledelse på tværs som en betegnelse og dermed også et fænomen, som sandsynligvis ikke entydigt kan forklares, er det muligt, at min egen position som værende funktionsleder, har haft betydning for min opfattelse af, og holdning til, hvad begrebet betyder, og som konsekvens af dette, have været medvirkende til at påvirke analysen og fortolkningen af problemformuleringen. I den sammenhæng kunne interviews af andre ledere på niveau 1 og 2, samt andre faggrupper, sandsynligvis have belyst problemformuleringen bredere.

Ved at inddrage resultaterne fra projektet om ledelse på tværs, som Akutafdelingen ved Hospitalsenheden Vest var deltager i fra 2013-2016, har det været muligt at kvalificere og udforske sammenhænge, og samtidig få genopdaget hvilke elementer, der skal være til stede for at funktionslederens vilkår for ledelse på tværs kan udføres og forbedres. Det har samtidig været medvirkende til at definere, om spørgsmålene i problemformuleringen kunne besvares.

Fremstillingen af det teoretiske grundlag har været med Dag Ingvar Jacobsens bog, *Organisationsændringer og Forandringsledelse*, som omdrejningspunkt. Udfordringen med at benytte denne har været, at den har en forholdsvis bred og enkel fremstilling af de udvalgte teori områder, med fare for, de kan virke for simpelt fremstillet i projektet. Ved at benytte mig af uddrag af Mintzbergs bog, *Managing the myths of health care*, har det sandsynligvis kvalificeret fremstillingen af Jacobsen, således at det teoretiske fundament fremstår stærkere.

Jeg kunne have valgt at benytte mig af noget af den supplerende litteratur og uddybet det nærmere i selvstændige afsnit, men et valg er også et fravalg. Jeg har derfor sporadisk benyttet mig af den supplerende litteratur i de forskellige selvstændige afsnit, men også i analyse afsnittet, hvilket har givet mig yderligere belæg for nærmere at kunne undersøge spørgsmålene i problemformuleringen. Dette har samtidig været med til at tilvejebringe yderligere viden, der i samspil med empirien, har kunnet konstruere et mere nuanceret billede af virkeligheden og derved præcisere og fremme refleksioner, som kunne føre til den endelige konklusion og perspektivering.

I refleksionen over, om jeg har været tro mod og konsekvent i, det benyttede videns- og virkelighedssyn jeg beskrev i afsnittet om metode og videnskabsteoretiske overvejelser, vil jeg vurdere, at jeg ved hjælp af den valgte teori og empiri jeg har benyttet, har kunnet genkende et mønster i brugen af dette i projektet.

Perspektivering

I kølvandet på Covid-19 epidemien, er det sandsynligvis nu momentum kan udnyttes, i forhold til at udnytte erfaringerne, til ikke bare at forbedre funktionslederens vilkår for ledelse på tværs, men samtidig at udvikle en fælles bæredygtig strategi og vision for den fælles opgaveløsning, for funktionslederne på det operationelle plan. Dette vil sandsynligvis forbedre samarbejdet og ledelsen på tværs af hospitalet men også forbedre den kvalitet i de sammenhængende patientforløb, som omgivelserne efterspørger.

Det kan fortolkes, at den fælles opgave og den fælles opgaveløsning på tværs af Hospitalsenheden Vest, skal defineres som en mere konkret operationel og horisontalt funderet strategi og vision, hvor funktionslederne ikke de-kobles beslutningsmyndigheden i samme grad som under Covid-19 epidemien. Denne vision og strategi kunne som et eksperiment udvikles af funktionslederne på niveau 3 i ledelsesstrukturen, på eksempelvis temadage, hvorefter det kunne præsenteres for afdelingsledelserne og hospitalsledelsen. Man kunne med dette organisatoriske "eksperiment" sandsynligvis skabe bedre vilkår for funktionslederens motivation og incitament for ledelse på tværs. Ved, på denne måde, at ændre i organisationens formelle struktur, kunne man formentligt samtidig udvikle og pleje de uformelle elementer i strukturen, hvor de forskellige afdelingers funktionsledere får mulighed for at se, hvad der foregår på "den anden side af hækken", og derved "med andre briller på", se ind i organisationen som en helhed.

Et andet organisatorisk "eksperiment" kunne være at drøfte og genoverveje, om der i den etablerede ledelses- og organisationsstruktur ikke er tænkt i for klassiske hierarkiske strukturer, der ikke rigtig foranlediger et opgør med silotænkningen, for i stedet at udvikle en struktur med færre vertikale ledelseslag, og i stedet fokusere på horisontal ledelse, således der bliver færre kommandoveje og kortere afstand til medarbejderne på det kliniske og operationelle niveau. Samtidig kunne dette sandsynligvis betyde, at der blev større mulighed for at koble de formelle og uformelle elementer i organisationen tættere sammen, hvilket kunne give bedre vilkår, når der skal ledes på tværs. Alternativt kunne ledelses niveau 1 og 2, i højere grad inkludere funktionslederne i beslutningstagningen.

Et konkret tiltag kan også være, at den kendte formelle og samtidig uformelle struktur der er omkring afviklingen af den daglige kapacitetskonference, kunne udvikles, således der i fremtiden fastholdes, at det er et forum for funktionsledere, og at konferencen udvides med en fastlagt dagsorden med udgangspunkt i fælles ledelsesmæssige udfordringer i forbindelse med den daglige drift og fælles opgaveløsning.

Det kan, om ikke andet, konstateres, at den organisatoriske forandring, Hospitalsenheden Vest har gennemgået i forbindelse med Covid-19 epidemien, har været en god og lærerig generalprøve, inden udflytningen til det nye hospital i Gødstrup.

Som en af de interviewede funktionsledere, som har været et af omdrejningspunkterne i dette masterprojekt, udtaler:

"Vi er så meget bedre rustet, vi har fået en erfaring omkring en egentlig voldsom organisationsændring, en nødvendighed, som vi har rimelig tæt på, også i forhold til at vi skal flytte på et nyt hospital om ikke så længe" (Nr.2,24,10).

I den forbindelse, vil jeg som funktionsleder, på et i øvrigt velfungerende Regionshospital, fremadrettet aktivt forsøge at præge den videre udflytningsproces med den viden, jeg har tilegnet mig ved at arbejde med emnet i dette masterprojekt, således at ikke bare mit eget, men også mine øvrige lederkollegaer og medarbejders vilkår for samarbejde og ledelse på tværs forbedres.

Kilde og litteraturhenvisning

Andersen, I., 2006. *Den skinbarlige virkelighed*, 3. udgave, 2. oplag.

København: Forlaget samfundslitteratur.

Andersen, Johannes, *Forelæsning, mastermodul F20*, 6-7/2-2020, MPG, AAU.

Christensen, Søren og Poul Erik Daugaard Jensen, *Kontrol i det stille. Om magt og ledelse*, 3. udgave, 5. oplag 2013. samfundslitteratur 2008.

Dag Ingvar Jacobsen, *Organisationsændringer og forandringsledelse* 2014, 1. udgave 2005, 7. oplag 2014. Fagbokoplaget, Bergen, Norge, 2004.

E.Dok. *Uddannelse- og kompetenceudvikling Akutområdet*. AKUT – HEV

[Uddannelse- og kompetenceudvikling Akutområdet. AKUT - HEV](#)

En offentlig sektor rustet til fremtiden, finansministeriet, www.regeringen.dk, januar 2019.

https://www.regeringen.dk/media/6120/en-offentlig-sektor-rustet-til-fremtiden_web.pdf

Fælles Akutmodtageenheder (FAME) i Region Midtjylland, 2007 – Konceptbeskrivelse.

Gittell, Jody Hoffer, *Effektivitet i sundhedsvæsenet-samarbejde, fleksibilitet og kvalitet*, Munksgaard, 2012.

God ledelse og styring i Region Midtjylland, koncernledelsen Region Midtjylland, godkendt af regionsrådet 27 juni. 2018

Greve, Carsten, *Reform analyse, hvordan den offentlige sektor grundlæggende er blevet forandret i 00'erne*, 2012. 1. udgave, 1. oplag. Jurist og Økonomforbundets forlag.

Gustafsson, Jeppe -*Lederskab i interorganisatoriske netværk for folkhälsa och välfärd* (dansk udg.). *Netværksledelse i offentlige organisationer*, working paper Aalborg universitet, 2009.

Gustafsson, J., & Seemann, J. (2018). *Ledelse på tværs af professioner og organisatoriske enheder*. 1-25. Abstract fra *Ledelse i Grænselandet*, Gentofte, Danmark

Herningfolkeblad, 20. marts-2020, *Interview og artikel om og med afdelingssygeplejerske Peter Hansen Jakobsen, Akutafdelingen ved Hospitalsenheden Vest*.

<https://www.herningfolkeblad.dk/artikel/8d687991-cf56-4100-a156-6edf258db1a3/>

HEV, hjemmeside :<https://www.vest.rm.dk/fagpersoner/for-ansatte/social-kapital/1-hvad-er-social-kapital/social-kapital---hvad-bestar-den-af/kerneydelse-og-kerneopgave/>

https://www.rm.dk/siteassets/om-os/aktuelt/grafik/pdf/071024_akutplan-for-region-midtjylland.pdf

Jakobsen, Peter, *Strategi og forandringer i en flytteproces*, ledelse af reform og forandring, 2017, opgave MPG.

Jakobsen, Peter, *Vilkår for at lede i det delegerede ledelsesrum*, Fra velfærdsstat til konkurrencestat 2020, opgave MPG.

Jespersen, Peter Kragh, *De professionelle, fagbureaukratiet og omstilling i den offentlige sektor. Sociale omstillinger i en omstillingstid*, 2008, 3. udgave. Hans Reitzels forlag.

Ledelse på tværs, -kunsten at skabe sammenhængende patientforløb, Ninna Meier, Mette Bødker Vestergaard, Susanne Østergaard, Region Midtjylland, 2016.

Lotte Bøgh Andersen, Carsten Greve, Kurt Klaudi Klausen, Jacob Torfing, *Offentlige styringsparadigmer: konkurrence og sameksistens*.2017, 1.udgave, 1.oplag. jurist og Økonomforbundets oplag.

Mintzberg, Henry. *Managing the myths of health care*, 2017 : bridging the separations between care, cure, control, and community, Oakland, California : Berrett-Koehler Publishers, Inc.

Nyhedsbrevet Midtnyt, Nr. 5, 23.april 2020

Pedersen, Ove Kaj. *Konkurrencestaten*, 2011, 1.udgave, 9. oplag. Hans Reitzels forlag.

Rapport vedrørende organisations-og ledelsesstruktur, DNV-Gødstrup, 2013

Rasmussen, Stine, *Slides masterprojekt F20, seminar 2-, 16. marts-2020*, Masterprojektets metode overvejelser.

Rienecker, Lotte, Jørgensen, Peter Stray, M.fl., *Den gode opgave*, 2017, 5.udgave, Safundslitteratur.dk.

Seemann, Janne, Kap. 4, *Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk*.1999.
Bentsen m.fl, Når styringsambitioner møder praksis- den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige, 1999, Handelshøjskolens forlag, Munksgaard.

Seemann, Janne, Gustafsson, Jeppe, *Smid pyramidebrillerne!-Behov for inter-organisatorisk ledelse*, 2016, Tema, TFDS 3.

Sørensen Ole H, Eva Toft, Peter Hasle, Hans Hvenegaard, Maja Sasser. *Ledelse af Kerneopgaven*, 2016, 1.udgave,1.oplag. Akademisk forlag.

Sæt borgerne først. Ledelse i den offentlige sektor, med fokus på driften. anbefalinger fra ledelseskommisionen. 2017/18. www.ledelseskom.dk

Styrket akutberedskab – "planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen", Sundhedsstyrelsen 2007.undhedsvæsen i Danmark og Sverige, 1999. Handelshøjskolens forlag, Munksgaard.

Bilag 1, -Interviewguide

Introduktion:

Dette interview laver jeg i forbindelse med mit masterprojekt. Formålet med projektet, er at undersøge hvilken betydning den etablerede ledelses- og organisationsstruktur har for funktionslederens vilkår for ledelse på tværs på Hospitalsenheden Vest, og i hvilken udstrækning dette vilkår er forbedret eller forværret, under den organisatoriske forandring, foranlediget af Covid-19 epidemien.

Interviewet optages og dit navn vil blive anonymiseret, forstået på den måde, at jeg ikke vil skrive noget, der direkte kan ledes tilbage til dig. Interviewet vil højst tage en time.

1. Den etablerede ledelses- og organisationsstruktur

Kan du kort beskrive hvordan du oplever den etablerede ledelses- og organisationsstruktur til dagligt?

Kender du begrebet silostruktur, silotænkning

Hvilken betydning har det for dig?

Hvordan har du oplevet den organisatoriske forandring i forbindelse med Covid-19-situationen?

Hvilken betydning har det haft for dig?

Har du oplevet at det har påvirket den kendte og etablerede ledelses- og organisationsstruktur?

Kan du beskrive fordele ved dette?

Kan du beskrive ulemper ved dette?

Oplever du udfordringer med den velkendte silo struktur, som er kendetegnende i sundhedsvæsenet?

2. Ledelse på tværs før den organisatoriske forandring

Hvad forstår du ved ledelse på tværs?

Er det noget du er bevidst om?

Benytter du det formaliseret? Benytter du det bevidst?

Kan du give nogle eksempler på hvilke fordele der er ved ledelse på tværs?

Kan du give nogle eksempler på, hvor ledelse på tværs er en udfordring i din daglige ledergerning?

Oplever du at der er territorielle kampe, domænekampe og silotænkning, som danner barrierer for samarbejdet?

Hvilke rammer synes du der er for at du kan arbejde proaktivt og progressivt med ledelse på tværs?

Mener du at ledelse på tværs er en forudsætning for at vi kan lave organisatoriske omstillinger.

Hvad er din egen rolle i ledelsen på tværs

3. Ledelse på tværs under den organisatoriske forandring

Hvordan har du oplevet at ledelse på tværs har fungeret under den aktuelle organisatoriske forandring i forbindelse med Covid-19 epidemien?

Bliver dine vilkår for at lede på tværs påvirket af de organisatoriske forandringer i forbindelse med Covid-19 epidemien?

Er det at lede på tværs, i højere grad en forudsætning under en akut organisatorisk omstilling end til dagligt?

Kan du komme med et eksempel på dette?

Har du arbejdet anderledes med ledelse på tværs under denne omstilling end du gør til dagligt?

Afrunding af interviewet

Må jeg kontakte dig hvis jeg har brug for uddybning af interviewet?

Informationerne vil blive brugt i forbindelse med mit masterprojekt, som jeg skal aflevere i 5. Juni-2020.

Bilag 2. -Interview 1 og interview 2.

Interview 1

I= Interviewer.

1= Respondent Nr.1.

2= Respondent Nr.2.

Interview med funktionsleder Nr. 1.

I: Kan du beskrive hvordan du oplever den etablerede ledelses- og organisationsstruktur til dagligt? Både det du lokalt er en del af, men også sådan på hele hospitalet?, og det er før Covid-19 epidemien.

1: Den generelle struktur er meget åben og dialogbaseret, og er meget baseret på det modsatte af topledelse^{2,35}

Jeg bliver involveret i mange af de beslutninger, som bliver taget, og er så nede at tage fat i personalet efterfølgende^{2,50}

Vi er en lille afdeling, så derfor er det nemt at komme rundt i alle lagene, altså sygeplejersker, læger sekretærer osv. ^{3,13}

I: Og, hvad så i forhold til resten af hospitalet?

1: Opad til er det afdelingsledelsen der har stafetten til hospitalsledelsen, og jeg kan godt nogle gange tænke, om hospitalsledelsen ved, hvad vi laver hernede på gulvet ^{3,49}

Jeg syntes ikke altid der bliver skelet til de problemstillinger, som jeg leverer til afdelingsledelsen^{3,56}.

I: Så du ved i virkeligheden ikke hvordan det bliver formuleret og drøftet?

1: Jeg ved ikke hvilke kompromisser, som der er blevet indgået, om de har solgt 5 heste for at få en kamel ^{4,06}

I: Så, det du siger, det er at den interne organisation, den er meget bred, og i har et tæt samarbejde, selvom du er funktionsleder, og de er afdelingsledelse. Men hvis du kigger på det i den bredere hospitalsorganisering, så er du ikke direkte en del af beslutningerne?

1: Jeg er ikke direkte med i de beslutninger som vedrører min afdeling^{4,48}

Er det en hospitalsledelses beslutning, eller er det en politisk beslutning ^{5,15}

Når det går hen og bliver politik, er det svært at finde ud af hvem som er beslutningsdygtig her5,45

I: Kender du begrebet silostruktur og silotænkning, og er det noget du tænker over til dagligt?

I: Vi har skulle kæmpe for vores egen identitet da vi blev skilt ud fra den anden afdeling, og vi skulle finde vores egne ben i vores egen silo. Før var vi en del af en større butik 6,31

Vi havde en god butik, med en god økonomi, men da vi blev sparket ud hjemmefra blev vi mobbet, og nu er vi ikke de bedste venner, og de er nu i en silo for sig og vi er i vores egen silo7,03

Vi er ikke beskyttet af andre end os selv7,11

I: Den silo, er den der pga. det økonomiske incitament eller pga. det faglige?

I: Der er rigtig meget økonomi i det 7,25

Jeg ser ikke andre afdelinger som siloer, jeg ser jer som samarbejdspartnere, hvor vi skal have tingene til at lykkes7,50

Vi har en silo som er et speciale, men jeg synes ikke det er et negativt klingende ord7,56

Vi har jo egentlig altid hjulpet hinanden på tværs8,05

I: Hvordan med de her etablerede samarbejds møder der har været imellem Akutafdelingen og jeres afdeling, i forhold til at lave nye samarbejdsaftaler, omkring de nye patientforløb, hvordan har du oplevet det?

I: Det kunne have været rart, hvis der havde været en fælles udmelding fra start, hvad er det fælles mål, og hvad er det vi ønsker, i stedet for at hospitalsledelsen siger: sæt i jer nu sammen venner og bliv enige om, hvordan det her samarbejde skal lykkes.8,43

Vi startede jo i 2017, og vi har jo lige siden pæret rundt i det samme og er ikke rigtig kommet videre9,10

Samarbejdet har været godt, vi har turde sige vores mening og der har været en god dialog9,20

Samarbejdet har været fint, men visionen har ikke været der, og vi har ikke vidst, hvad vi skulle lede ud fra, eller hvad vi har måtte bestemme, og det har gjort det svært og er svært, for vi er jo ikke kommet videre0,10

I: det vil sige, at der har manglet et klart formål?

I: Ja, og hvis der ikke er noget mål, så sig det til os, så vi selv kan bestemme0,23

I: Så du oplevede ikke det var pga. særinteresser fra de to specialer?

I: Der er helt sikkert nogle særinteresser fra vores speciales side, fordi vi er gode til det vi laver, og i er gode til det i laver, og vores speciale er vi rigtig gode til at tage hånd om.0,30
Hvad er vores kerneopgave, og hvad er vi rigtig gode til0,49

Så fra vores speciales side har visionen om en fælles akutmodtagelse, ikke passer ind i de visioner vi har haft for vores speciale, og det har været faglige særinteresser, vi er jo nødt til at kigge på patientforløbene1,24

I: Kunne det være sådan en klassisk problemstilling i forhold til når man snakker siloer?

I: Der bliver man lidt i sin egen silo, og tænker, men jeg har stadig den påstand, indtil jeg ligger i min grav, at vi har kigget på hvordan vi får det bedste og mest effektive patientforløb, og hvordan vi får patienten hurtigst fra A-B. 2,03

I: Så du har tænkt på patienterne?

I: Ja, og det ved jeg også min afdelingsledelse har.

I: Hvis vi nu går ind i den organisatoriske forandring, der har været i forbindelse med Covid-19 epidemien, hvordan har du oplevet den, når du ser ind i den ledelses- og organisationsstruktur, som du har kommet med nogle eksempler på nu, Er der nogle ting som er blevet nemmere, eller holder vi sådan mere på vores eget, hvordan har du oplevet det?

I: Vi fik at vide, at her er en situation vedrørende en sygdom, og vi skal sætte os i den samme båd og få det løst, og alt andet gælder ikke lige nu. Lige nu har vi en platform der brænder så voldsomt, at får vi ikke den slukket, så er vi her ikke længere. Så egentligt oplevede jeg det som meget befriende, for det, vi har kunnet snakke om, og det eneste der gjaldt, var Covid-19. 3,06

Det har været mega hurtige beslutninger, og meget korte afstande fra beslutningen var taget, til den var effektueret, så på den måde har det været positivt, at det bare har kørt som smurt i olie. Vi har åbnet armene og spurgt, hvad har i brug for hjælp til ?3,39

Vi blev ikke spurgt, vi fik at vide vi skulle gøre det, og så har vi gjort det3,56

I: Så på den måde, blev alt muligt andet lagt til side, og nu er der en stor fælles opgave som skal løses. Var det fordi, at der var nogle som sagde, at det skulle vi, eller var det noget vi havde tænkt selv?

I: Jeg tror selv vi bød ind med, hvad vi kunne hjælpe med, det kan vi byde ind med, alt hvad der minder om gråzone, det tager vi hellere end gerne.4,57

I: Så har det været pga. krisestemningen?

I: Det har været ren og skær pga. krise stemningen5,05

Den her refleksion har været nogle flygt mekanismer som er trådt i kraft, vores forsvarsmekanismer har været sat i allert, og vi har skullet hjælpe hinanden til at løse den her globale sygdom. 5,40

Økonomi har været fejlet væk, politiske beslutninger har været fejlet væk, der har kun været en eneste politisk beslutning, og det har været at løse denne ene opgave, så der har ikke været nogle regnedrenge ind over, som har sagt i har normering til så og så mange senge. 6,00

I: Hvordan har du oplevet snakken om, at nu skal vi til at finde tilbage til den normale hospitalsdrift, falder vi tilbage til den gamle tænkning, hvor vi tænker lidt mere på vores egen afdeling, i forhold til det stor billede?

I: Jeg begynder at tænke hvordan en ny hverdag og virkelighed se ud, skal den se ud som den hid til har gjort, eller skal den se ud som den ser ud nu, hvor vi også har andre specialer inde over, og gad vide hvad de tænker på den anden side af hækken?

I: Og i det billede, er det så stadig afdelingsledelserne der stadig er beslutningsdygtige?

I: Jeg har rigtig mange dialoger med min afdelingsledelse om hvordan vi bliver en ren specialeafdeling igen, hvor vi har vores spidskompetencer, efter denne krise. 7,23

I: Hvordan har du oplevet at der har været en beredskabsaktivering og at der har været en beredskabschef involveret, og hele den her krisestabsstyring. Er det noget der har påvirket den sædvanlige organisationsstruktur?

I: I beredskabsaktiveringen, fra min funktionslederpost til der hvor beslutningerne blev truffet, var der jo ingen afstand. Man kunne nærmest by-passe sin egen afdelingsledelse, og få sit budskab op. Og, der var flere kanaler og flere heste, man kunne spille på. 8,34

I: Oplever du udfordringer ved den silostruktur, som vi tidligere har talt om?

I: Der er udfordringer ved manglende gennemsigtighed i hinandens siloer, og det kan være svært fra min stol og det ledelseslag jeg er på, for det første overkomme, på mine 37 timers ansættelse, og skulle kigge ind i de andre siloer. Det kan være svært at se ind i andres siloer.9,37

Jeg tror, at når vi mødes til funktionsleder møder, at vi får en indsigt i hinandens hverdag og virkelighed.9,50

I: Har du tænkt på, om der er for mange led i ledelsesstrukturen? For mange ledelseslag?

I: Måske ikke ledelseslag, fordi min afdelingsledelse er jo lige under hospitalsledelsen, så på den måde nej, men man kan da somme tider tænke, at gad vide hvad stabsfunktionens medarbejdernes funktion er ind i det store puslespil?10,21

I: Men du har aldrig tænkt det ind i det mellemrum der er mellem funktionsledelsen og afdelingsledelsen, at det er for stort, og at man måske både skulle være funktionsleder og oversygeplejerske?

1: For vores vedkommende, har jeg et tæt samarbejde med min oversygeplejerske, og jeg kan godt mærke, at det er en fordel at hun har været afdelingssygeplejerske tidligere, og kender specialet. Det kan være lidt svært at få den ledende overlæge til at forstå hvad jeg mener, da han er meget omkring den lægefaglige del 11,25

Det er en klar fordel at oversygeplejersken har været afdelingssygeplejerske og sygeplejerske først, så er det nemmere at tale det samme sprog. 11,45

I: Hvad forstår du ved begrebet ledelse på tværs? Eksempelvis, ledelse på tværs af siloer, eller ledelse på tværs af patientforløb.

1: Men, der er vi og I som akutafdeling et godt eksempel på noget ledelse på tværs. Hvem ejer patientforløbet, og hvem skal byde indtil det? 13,15

Det har været interessant i forhold til at vi skal eje et patientforløb sammen 13,28

Der er en god dialog på tværs af os som funktionsledere, når der har været noget i et patientforløb, hvor man tænker hmmm, hvorfor gjorde vi egentligt sådan, og hvorfor gjorde de ikke bare som vi tænkte, og det er mange gange nemmere når vi har en dialog ansigt til ansigt. 14,10

På den måde er det rigtig rart at have den tillid til hinanden, i at vi vil hinanden, og at vi vil patienterne det bedste her, så vi er her for at løse en fælles opgave. Hvordan det helt bliver gjort, det kan der være forskellige tilgange til, afhængig af på hvilken side af hækken, du står. Om man er i en akutafdeling, hvor man skal have noget flow igennem eller på et sengeafsnit, hvor man ser det med nogle andre briller. 14,49

I: Er det noget du er meget bevidst om som funktionsleder?

1: Jeg er meget bevidst om at få grebet fat i de andre funktionsledere, hvis der er noget, og jeg er bevidst om at hvordan kommunikationen skal være, hvis det for eksempel er en koordinator jeg skal have fat i i stedet for en funktionsleder. det gør en forskel at jeg har et afdelingssygeplejerske skilt på, og dermed en anden autoritet og en anden magtrelation i det. 15,26.

I: Så det er også ledelse på tværs?

I: Ja, Jeg har jo ikke det formelle lederskab i Akutafdelingen, eller en anden afdeling, men der er også noget ledelse på tværs, eller gode samarbejdsrelationer, hvordan løser vi de mulige konflikter der kan opstå. 15,52.

I: Er der nogle umiddelbare udfordringer i ledelse på tværs?

I: Det at man er i sin egen silo, og at der foregår noget i den silo, der kan være stille og roligt, og der kan være en hvirvelvind, og den kan ikke ses i en anden afdeling. Det er der dialog er så pokkers vigtig. 17,09

Ledelse på tværs skal være dialogbaseret, du er nødt til at gribe fat i det og snakke ordentligt til hinanden og sige hjælp os.17,30

I: Vi ser noget formaliseret struktur i forbindelse med vores kapacitetskonferencer, og tager nogle fælles beslutninger, er det den her formelle vej vi skal gå fremadrettet, hvis vi skal lave nogle bedre patientforløb, eller skal vi bare som funktionsledere bare tænke, at det her er også min opgave, bare at gå ned på de andre afdelinger og løbende drøfte problemstillinger?

I: Jeg tror det skal være en kombination, af begge dele, ville være Win Win. Det har klart været en fordel i denne Covid tid at det kun har været funktionslederne, og ikke koordinatorene som har været til kapacitetskonference, og at der har været en møde leder, og at der har været den samme dagsorden hver dag.19,10

I: Så en fast struktur kunne godt være en fordel fremadrettet?

I: Fast struktur er klart en fordel, men der skal også være det her sted, hvor vi kan have noget fri albuerum som funktionsledere, og det er også det, vi bruger kapacitetskonferencen til, hvor vi efterfølgende lige kan snakke sammen.19,30

I: hvordan oplever du tilliden, når der skal laves fælles løsninger og ledelse på tværs?

I: I funktionslederkredsen har jeg stor tillid til at vi vil hinanden det bedste, og i afdelingslederkredsen, har jeg faktisk ikke det store indblik i, om hvordan, men jeg har tillid i, at de har tillid til de andre afdelingsledelser.

Der er hele tiden en kamp om de her småmønter, vi slås om, og sommetider bliver tilliden en lille smule brudt, fra hospitalsledelsens side, når de en fredag eftermiddag melder ud at der er ansættelses stop. Der må man sige, at min tillid til deres måde at lede på, den kan de finde så langt ude på Vesterhavet, at de ikke kommer til at finde den igen, og jeg er rasende og gal og tosset over det.20,50

Det var rigtig Top down en fredag eftermiddag, og det er simpelthen ikke i orden.0,42

I: Hvordan har du oplevet at ledelse på tværs har fungeret under den aktuelle organisatoriske omstilling? Har det været nemmere eller sværere?

I: Covid-19 epidemien har gjort det nemmere at lede på tværs, da vi har mødtes hver dag, og vi har siddet i den samme båd, hvor dagsordenen har været den samme, og det har været, hvordan løser vi den udfordring, der hedder Covid, hvordan løser vi, hvordan stiller vi med personale til Covid afsnittet, så vi kan få passet de patienter, der nu engang kommer ind til os.2,28 Det er jo ikke fordi jeg har været direkte ned i Covid afsnittet, men jeg har skullet få normeringen til at passe i mit eget afsnit, samtidig med at jeg skulle sende personale ned i Covid-afsnitte.

I: Så har det været en ekstra dimension i det at lede på tværs?

I: Ja, og også at have en føler på mit personale, som blev udlånt.

I: Hvordan har du oplevet, at vi nu skal til at navigere i en retning af at vi skal have åbnet hospitalet noget mere op? Når du eksempelvis får at vide en fredag eftermiddag, at du har ansættelsesstop, hvad sker der for din motivation for at lede på tværs?

I: Når du spørger mig i dag, vil jeg sige alt er lukket, da det bliver min afdelings overlevelsesstrategi at lukke lidt sammen om os selv, jeg bliver nødt til at vide, hvad jeg har af sygeplejersker til at passe vores patienter.4,45

I: Kan det sammenlignes med det der skete, da vi forhandlede om de patientforløb, der skulle igennem akutmodtagelsen?

I: Ja, det var også en kamp for det vi havde kørt 05,00

Vi har fået nogle gode patientforløb i dag, i forhold til den teknologiske udvikling. Jeg ved ikke rigtig om jeg er nået dertil endnu med akutmodtagelsen, fordi jeg også læner mig op af, hvordan de gør på de andre specialafdelinger.6,00

I: Så de vilkår du har haft som funktionsleder, det har været, at der har været truffet nogle meget markante beslutninger som du ikke har haft indflydelse på, både før og under Covid, og nu hvor der skal findes en vej ud af det?

I: Ja, der har ikke været meget mulighed for at påvirke det, selvom jeg har forsøgt, men der har været mange ovenstående og politiske og økonomiske beslutninger, som har haft afsmittende effekt på vores virkelighed 6,53.

Er jeg bare Pinocchio der er bundet op og skal jeg bare navigere i de rammer som er sat mig0,12

I: Så i de situationer, nytter det ikke noget at lave relationelt arbejde og lave ledelse på tværs, idet der er truffet en større organisatorisk beslutning?

I: Ja, det kan du sige, men på den anden side, så giver det relationelle, jer et indblik i hvordan jeg ser mit eget speciales virkelighed.

I: Kunne man forstille sig at din virkelighed, kunne være godt for mig at vide, i forhold til nogle fremtidige patientforløb eller hvordan jeg skal lede mit personale? Vil der være noget værdi i ledelse på tværs her?

I: Der er klart noget værdi i at lede på tværs, og det er klart noget vi burde dyrke noget mere, for at få et bedre indblik i hinandens hverdag 1,49

I: Er det kun funktionslederne som skal mødes, eller skal afdelingsledelsen også være med?

I: Vi er helt tæt på klinikken, hvor afdelingsledelsen måske kan stille spørgsmål ved om man virkelig skal være så mange sygeplejersker til at passe de patienter vi har.3,00

I: Kan du se nogle paralleller til hvordan ledelse på tværs er håndretet før og under Covid-19 epidemien?

I: Du kan ikke lave paralleller til økonomien, og så begynder man at kæmpe om kronerne.

I: Så det du siger, er det at det er nemmere at lave ledelse på tværs, hvis der ikke var økonomi indblandet?

I: Ja, hvis der ikke var økonomi kunne vi bedre lave ledelse på tværs5,47

I: Så det er ikke den faglige silokamp der har betydning?

I: Der er også den faglige silokamp, det vore formål er, er at lave nogle gode og sikre patientforløb, men økonomien har også en stor betydning ind i det.6,05

Var økonomien nu altafgørende, og var det nu det der stod skrevet i neon, så havde vi jo sagt værsgo akutmodtagelse, tag i bare det hele, det er fint for os, i får alle vores akutte patienter, fordi vi har ikke økonomi til det, det har vi heller ikke i dag, men vi gør det fordi vi er overbeviste om, at det her er et rigtig godt patientforløb, fordi de langt hen ad vejen er diagnosticeret ude i ambulancen, og det er det faglige kendskab ind i det. 6,35

Interview 2

Interview med funktionsleder Nr.2

I: Kan du kort beskrive hvordan du oplever den etablerede ledelses- og organisationsstruktur til dagligt? Hvad kommer du til at tænke på?

2: Jeg kommer til at tænke på den struktur vi har med hospitalsledelse, afdelingsledelser, funktionsledelser, men hvor vi også i en Corona tid har haft en beredskabsleder ind over, og som har været meget styrende på mange gode måder i den her tid 1,05

For os har det været anderledes, i og med, ledelsesindflydelsen vi plejer at have, når vi ikke er i en corona tid, den er sat en smule på standby, forstået på den måde, at vi plejer at have en flad struktur på vores afdeling, ikke som sådan på hospitalsniveau, og vi har som funktionsledere en stor medbestemmelse, og kort vej til hospitalsledelsen. Det er anderledes 2,02

I: Hvad betyder det helt konkret for dit ledelsesvilkår som funktionsleder?

2: Når der er blevet besluttet nogle ting, så er det som regel noget vi har fået besked om, og så skal vi udføre på det praktiske plan, på afdelingen, og få tingene til at glide der hvor vi har patienterne og personalet. Det kan måske lyde lidt banalt, fordi er det så stor en ændring i forhold til hvad vi plejer. Ja, det er det faktisk, for det plejer vi også, men vi plejer også at have en rimelig stor indflydelse og medbestemmelse i når der skal ændres nogle ting. Men her skulle vi være med til at effektuere nogle beslutninger som var truffet et helt andet sted, uanfægtet om vi er enige eller om vi kunne have set nogle andre nuancer i det.3,48

Det er så først efterfølgende, når der er gået nogle dage, hvor vi kan se at det er gået knap så hensigtsmæssigt, at vi så har skulle lave nogle ændringer. 4,04

Der er nogle kommandoveje der bliver by-passet. Det er ikke kun godt, at der kommet en beredskabsleder ind over beslutningerne, nogle gange vil vi kunne løse det bedre, som vi gjorde før. 4,20

Det jeg også oplever er anderledes er, og også noget som personalet har sagt, de er vant til at være meget medspillere, og set, hørt og lyttet til og blive taget med på råd, det er der i hver tilfælde mindre af, med den struktur vi har lige nu.4,38

I: Har du oplevet, at det har været en nødvendig struktur og have, i den her meget hurtige og uforudsigelige akutte forandring af organisationen, eller havde det været bedre at fortsætte på den etablerede måde?

2: Uanset hvad, så har det været nødvendigt, fordi at organisationen har ændret sig, meget hurtigere end vi kunne nå at følge med til. Det har været tvingende nødvendigt, at der er blevet truffet nogle beslutninger nu og her, og egentlig ikke så meget til diskussion. 5,28
Den anden er mere en proces, der tager lang tid, hvis alle skal høres og alt skal vendes og drejes, man skal lige have tænkt over det en nat eller to, det har vi ikke haft tid til her 5,37

I: Var der noget specielt du oplevede, hvad skete der helt konkret?

2: Pludselig så vi i vores egen afdeling, vores egen eksistens, som værende en akutafdeling, blev noget udvasket, hvor den infektionsmedicinske afdeling lige pludselig lagde sig ned over os.6,40

Der skulle vi lige finde ud af hvordan vi det til at harmonere på den bedst mulige måde, men igen, det var også nødvendigt at infektionsmedicinsk afdeling på en eller anden måde skulle gøre sit indtog hos os, da det var der patienterne kom.7,02

Så har jeg set, i organisationen har man været nødt til at lukke nogle senge ned og været nødt til at flytte nogle senge, f.eks. den medicinske afdeling har man været nødt til at dissekere ud i dele, og simpelthen ligge på flere afdelinger, for at kunne rumme de Covid-19 positive patienter vi har haft, og andre afdelinger har skullet adoptere specialer de ikke kendte7,43

I: Så det du egentlig har beskrevet indtil videre, er sådan et slags paradoks, hvor det egentligt er nødvendigt at have en stramt styret struktur, men du beskriver samtidig, at dine egne vilkår som funktionsleder, de har været sat lidt ud af drift i forhold til hvordan det plejer at være, med en lidt mere flad struktur.

2: Ja, men det har været i det lidt kaotiske billede der var, der var det nødvendigt at have en stram styret struktur8,00

I: Hvad forstår du ved ledelse på tværs?

2: Ledelse på tværs, kan både være ledelse på tværs af afdelinger og specialer, men det kan også være ledelse på tværs i.fht. ledelseslag.8,40

Den ledelsesstruktur, vi har i vores afdeling, der har vi faktisk ledelse på tværs i det daglige, fordi vores ledelsesstruktur eller ledelseslagene er lidt mere flade.9,00

Vi har kigget mere på vores personlige kompetencer, altså hvad vi har af vores faglighed, og så har vi delt ansvarsområder. F.eks kan jeg fortælle, at økonomi er et af de områder, som jeg har under min kappe, men derved ikke sagt, at jeg har eneansvaret på det, men jeg er bare en vi kalder talnørd i vores afdeling. Det er jo egentlig afdelingsledelsen, der i sidste ende er

økonomisk ansvarlig, men det er vi andre jo også. Det er anderledes end, hvordan strukturen er på de andre afdelinger. 9,50

I: Hvordan har du oplevet at ledelse på tværs har fungeret under den aktuelle organisatoriske forandring i forbindelse med Covid-19 epidemien?

2: En af de ting som jeg synes har været meget klædeligt for vores organisation, det er rent faktisk, at vi på trods af, den her "javel", det er modtaget, og så gør vi det, har jeg alligevel set et andet sammenhold og en anden følelse af, at her har vi en opgave i organisationen vi skal have løst, og egentlig ikke så meget, nå så det er den afdeling der har det, og det finder de nok selv ud af. 10,59

Jeg har set et andet sammenhold i at løse opgaven 11,03

Vi har haft en struktur omkring kapacitetskonferencer, hvor vi mødes hver dag og snakker om den samlede kapacitet på hospitalet niveau. Der har vi faktisk nu her i Corona tiden, lavet en struktur, hvor det udelukkende er funktionsledere, der deltager i kapacitetskonferencen. Det har været et forum for funktionslederne hvor vi har haft mulighed for at kigge hinanden i øjnene hver eneste dag og lave aftaler og måske også drøfte noget af det, vi har fået ordre på at gennemføre, så er det der, hvor vi kan finde ud af og agere lidt på det felt vi nu engang kan 12,15

Den relationelle del i det, som der jo ligger meget i ledelse på tværs, det er alfa og omega, og det er det der for mig at se gør, at det kommer til at glide lidt mere uden knaster 12,32

I: Oplever du at der er territoriale kampe, domæne kampe og silotænkning, som danner barrierer for samarbejdet?

2: Efterhånden som hospitalet skal til at fungere mere normalt igen, er min tese at jeg godt kunne forestille mig, at silomurerne bliver bygget lidt mere stramt op igen. Jeg synes det er ærgerligt, fordi jeg synes det der med siloer, og vi hver især har vores eget og skal hytte vores eget, i stedet for at vi som den store organisation finder ud af hvordan gør vi det bedst muligt og får løst den bedste sundhedsfaglige indsats på vores område. Det er en stor opgave, det er jeg med på, det er ikke bare lige, men jeg synes at det er klædeligt at siloerne er blevet mere perforeret. 14,07 Det jeg har opdaget, det er jo bl.a. med medicinsk afdeling som er blevet delt ud på de forskellige specialeafdelinger, det har jeg oplevet som meget frugtbart, da de andre afdelinger lige pludselig skulle tage ansvar for noget de normalt ikke har ansvar for... Måske kan man håbe på at den relationelle del og den viden, man har fået for hinandens vilkår, den måske har gjort, at det måske bliver nemmere. 14,57

I: Nu nævnte du, at du er talnørden, tror du det har noget med at afdelingerne har deres egen økonomi osv.?

2: Der er ingen tvivl om, for mig at se, at siloer ene og alene er bygget op på økonomi, hvor hver afdeling får en pose penge, og så må man få det bedste ud af de arbejdsopgaver man, kan løse med de penge. Og det er jo heller ikke sådan, at alle sidder og tænker, at så er der nok lidt i overskud, og så er der nok nogle naboer, der kan få bedre gavn af det.15,39

I: Har du på lægesiden observeret en bevægelse i silostrukturen, er samarbejdet blevet bedre? Har der været nogle kampe, eller er samarbejdet som det plejer?

2: Det infektionsmedicinske speciale lagde sig tungt ned over vores akutafdeling, og var lige ved og få os til at blive en anelse utydelige. På lægesiden gjorde det ,at det skulle afstemmes, hvilke læge som skulle varetage hvilke opgaver.17,11

Til at starte med oplever vi jo at, det er de infektionsmedicinske læger der står i front, fordi Covid-19 blev altoverskyggende, og nærmest overrulede alt muligt andet, og egentlig med risiko for patientsikkerheden. Infektionsmedicinerne er superdygtige til det infektionsmedicinske område, hvor de læger vi har i Akutafdelingen er supergode detektiver på at finde ud af hvad kan disse symptomer handle om.17,44 Er det Covid, eller er det måske en lungeemboli, der gør at du ikke kan trække vejret.18,05

Noget jeg har oplevet i forhold til læge struktur, men også i forhold til siloer, som har været noget meget positivt, og noget som vi har arbejdet for i mange år i Akutafdelingen, det her med at få specialerne trukket mere ind i vores afdeling, sådan så vores akutmedicinske læger, får identificeret hvad de tror patienterne kan fejle, men at vi så har en anden speciallæge med, som vi relativt hurtigt ved indgangsdøren, det er lykkedes i den her Corona tid, og det har gavnet patienterne18,51

I: Så den her fælles opgave, der har stået og blinket, den har været samlingspunktet?

2: Ja, vi har haft en fælles opgaveløsning, vi skulle se på, og hvordan gør vi så det, og hvor der på mit funktionslederniveau har været fokus på opgaven i stedet for om det er dine kroner eller mine kroner, der har været fokus opgaven i stedet for. igen er det bare så klædeligt.19,37.

I: Så der har ikke været et økonomisk fokus i den her proces?

2: Nej det kan man ikke sige, men det kan vi så sidde her bagefter og tænke at det bliver det næste spændende at se hvad pokker det koster.

I: Har du været vidne til territorielle kampe, domænekampe mellem eksempelvis medicinerne og Akutlægerne?

2: Ja det har jeg.

I: Hvad bunder det i?

2: Det bunder i fagledelse, hvor vi har hver vores fagledelse, og hver har sin stolthed og en berettigelse i hvad vi laver. Det er ikke at lægerne har stået med paraderne oppe og har taget en kamp på gangen, men alligevel har de skulle manifestere sig lidt til, hvor er det jeg gør mit bedste og hvor gør du dit bedste.20,39

I: Hvordan i forhold til sygeplejerskegruppen? De har jo haft nogle hjælpere fra nogle andre afdelinger, har det været mere smidigt?

2: På sygeplejerske siden har jeg ikke oplevet en kamp om territorie, jeg har nok mere oplevet en kamp for overlevelse, nej hvordan skal man betegne det, vi har haft vagter hvor 75 procent af den samlede sygeplejefaglige stab vi havde på arbejde, at det var såkaldte gæstearbejdere.21,30

Det har været meget ansvarstungt for vores personale at stå med21,45. Fordi de har følt et stort ansvar, også for de 7 gæster de har skullet have med på arbejde, plus alle de patienter de også skulle varetage. Derfor har vi i løbet af de sidste 6 uger lavet nogle struktur ændringer, hvor vi har justeret på vores struktur, for at vores sygeplejersker kunne holde til det. Men jeg har ikke oplevet at der har været territorie kampe 22,20

Der hvor jeg har set problemerne, har været det store ansvar sygeplejerskerne i Akutafdelingen skulle bære, det er det der har været ved at knække dem22,36

I: Hvis vi ser ind i forandringsdelen, hvor vi jo altid er i en eller anden form for forandring, og nu står vi over for endnu en med udflytningen til Gødstrup. Hvilke erfaringer tager du med dig fra denne forandring og i vores silostruktur? Kan vi lære noget af dette?

2: Vi er så meget bedre rustet, vi har fået en erfaring omkring en egentlig voldsom organisationsændring, en nødvendighed, som vi har rimelig tæt på, også i forhold til at vi skal flytte på et nyt hospital om ikke så længe.24,10

Jeg tænker faktisk det er nødvendigt at have at der sidder nogle og træffer nogle afgørende beslutninger. Det tror jeg også det bliver når vi skal flytte, fordi flytningen er planlagt til at skulle forløbe med 14 dage, hvor man flytter hele Holstebro hospital og 14 dages pause, og så har man 14 dage til at flytte hele Herning Hospitalet, og det er faktisk også meget kort tid til sådan en stor opgave. 24,51

Så jeg tænker igen, når det er hurtige beslutninger der skal træffes, så kunne det godt være man skulle kigge på den måde som det er gjort på under Covid-19 omstillingen.25,09

Også igen, når jeg ser den måde jeg er funktionsleder på, så er der nogle ting jeg ikke skal blande mig i, og bekymre mig om, og det har jeg ikke ansvaret for. det er der nogle der gør noget i, et andet sted. Så jeg skal egentligt bare koncentrere mig om at få det til at køre der hvor jeg har mit ledelsesfelt, mit ledelsesområde i min afdeling.25,36 Det kan der være noget godt i, det er en øvelse, når man nu er vant til at bevæge sig i forskellige ledelseslag, selvom jeg kun er funktionsleder25,50

Jeg håber også, at vi som afdeling, som hospital og som organisation, at silomurerne ikke bliver tykkere end vi kan perforere dem, at vi hele tiden har et kig til hinanden, for vi har virkelig fået noget godt ud af og løse ting på kryds og tværs.26,10

Det håber jeg vi kan fortsætte med, også når vi skal flytte, for så sikrer vi at alle kommer med, og i vores Corona-tid, har det jo været meget tydeligt, hvordan vi har haft behov for alle i hele organisationen, altså vi oplevede at de første par dage var stort set alle håndværkere sendt hjem, men det var næsten håndværkere vi havde mest brug for, da vi skulle ændre så mange ting. 26,50. Servicepersonale havde vi i aller højeste grad brug for, lige såvel som plejepersonale, lægesekretærer og læger. Vi har haft brug for kvalitet og udvikling til at få nogle ting struktureret, fordi det var ikke det, vi havde tid til at sammensætte på skrift, det blev kun for mit vedkommende i tale, Så alt i alt, har der i hele vores organisation været et behov for at have alle i spil, og det mener jeg også der bliver brug for når vi flytter.27,26

I: Så i forhold til hvordan ledelsesstrukturen og organisationsstrukturen er etableret på hospitalet, er det noget man ved gavn kunne gå ind og se om man skulle gøre anderledes, eller er der der nogle led i eksempelvis ledelsesstrukturen der skulle være tættere eller være anderledes end det er i dag, eller har det egentlig fungeret godt.

2: Set i lyset af at der skulle træffes mange og hurtige beslutninger, så har det været godt at vi har haft beredskabschefen, som et ekstra led, som en hurtig kontakt til hospitalsledelsen. Men når hospitalet får sin normale drift tilbage, så mener jeg under ingen omstændigheder det er nødvendigt.29,04

I: mener du så man skal fortsætte den etablerede struktur?

2: Mit personlige ønske, er at komme tilbage til vores vanlige flade struktur, som vi har i vores afdeling. Det fungerer faktisk utroligt godt, og oplevelsen i vores afdeling, og

oplevelsen blandt vores medarbejdere er faktisk også at det fungerer utroligt godt, når vi kører normal drift.29,44

Jeg ser så engang imellem, at der er nogle udfordringer for mine funktionsleder kollegaer, som ikke har samme ledelsesstruktur, som den vi har. Der er slet og ret beslutninger, de ikke er med inde omkring. Der er ting de slet ikke bliver inddraget og involveret i. 30,24

I: Hvad betyder det for dit samarbejde med dem?

2: Jamen, der er derfor engang imellem noget viden som jeg kan have, som jeg ikke nødvendigvis kan bruge i forhold til de andre kollegaer. Fra min side skal der derfor også være en forståelse for, at når jeg taler med dem, at de ikke helt er på samme oplyste niveau som jeg er.30,58

I: Så selvom vi egentlig har en ledelsesstruktur der siger, at niveau 1 er hospitalsledelse, niveau 2 er afdelingsledelse og niveau 3 er funktionsledelse, som du egentlig er på. Så er du i en intern struktur, hvor du i akut afdelingen er tættere på niveau 2, end der er nogle af dine funktionsleder kollegaer der er?

2: Ja, det er der ingen tvivl om

I: Oplever du så på den måde, at du har nemmere ved at navigere i de beslutninger der skal udledes og operationaliseres?

2:Jeg oplever i det daglige, at skulle effektuere nogle beslutninger som jeg selv har været en del af, og ikke som sådan ikke er enig i, man kan selvfølgelig ikke være 100 procent enige i alt, men det dilemma står jeg ikke i. jeg er med i beslutninger, og har en meget lydhør afdelingsledelse i forhold til de forslag jeg kommer med. Vi kan egentligt være med til at forme rigtig mange ting.32,24

I: Det er så det du har mærket nu her under Covid-19 epidemien, hvor du siger at du....

2: Ja, det er det jeg har mærket under denne situation, og den del har vi ikke haft de sidste 6 uger, vi har ikke haft den samme indflydelse. 32,55

I: Så der har du egentlig været på samme niveau som dine andre funktionsleder kollegaer, som de er til dagligt?

2: Ja, det forestiller jeg mig

I: Hvad tænker du så nu med erfaring du har nu, med at være funktionsleder på. Gør det det nemmere at lede? Altså være personaleleder, være funktionsleder, og at du til dagligt er tættere på beslutningerne?

2: Jeg vil ikke ønske at fortsætte på det funktionslederniveau, jeg har under denne Corona tid, jeg fungerer utroligt godt ved og have fingrene med i beslutningerne, og kan ret hurtigt bringe det vider og præge beslutningerne^{34,08} Og jeg tror også det er noget af det medarbejderne oplyser, når de synes de har forslag til at ændre noget eller forbedre noget, til at vi faktisk beslutter, at så er det det vi gør, der er deres oplevelse at vejen ikke er så lang og snørklet. Så jeg tænker at nu har vi igennem 6 år vænnet os til at have den her lidt fladere struktur, så hvis vi skulle til at have den lidt mere trappet, det vil skulle være en tilvæning ^{35,21}

I: Så kunne du forestille dig, at hvis man lavede samme interne struktur på de andre afdelinger, som med vores flade ledelsesstruktur, at det ville gøre eksempelvis, at lede på tværs smidigere, ville det nedbyde noget silostruktur eller..?

2: Hvis vi tager og skærer økonomien væk, i forhold til silo strukturen, så tror jeg faktisk på, at vi kunne rydde nogle ting af vejen, også ved at vi fik en tættere kontakt, altså ved at de andre afdelinger fik en mere flad ledelsesstruktur, det tror jeg faktisk ville være gavnligt.^{36,48} Men så kommer den der økonomi ind over, som er meget styrende for at jeg skal have løst de her opgaver med den pose penge jeg har, og så kigger jeg ikke så meget til de andre. ^{37,08} Jeg tror at et uundværligt middel til at få dette udvasket, det må være den relationelle koordinering, altså det må være det at vi prøver at holde fast i relationerne, og at vi har en fælles opgave i organisationen som sådan vi skal have løst.^{37,28}

I: Helt konkret fortæller du om kapacitetskonferencen som en god struktur og model til det?

2: Ja, det er der ingen tvivl om. Der er forskel på relationerne, uanset om du vil det eller ej, så er der forskel på når du sidder sammen i samme rum og fysisk kan se ind i hinandens øjne.^{38,32}