

Hovedopgave, 8. semester

Aalborg Sygehus i en forandringsproces - en politisk styret organisation



(kilde: <http://www.aalborgsygehus.rm.dk>)

HD – Organisation og Ledelse, Aalborg Universitet

Udarbejdet af: Christina Larsen

Projektet er ikke fortroligt og må gerne offentliggøres

Indholdsfortegnelse

1. Forord.....	4
2. Indledning og formål.....	6
2.1 Beskrivelse af Aalborg Sygehus som offentlig og politisk organisation – og valg af ny organisationsstruktur.	7
2.2 Beskrivelse af centerstrukturen og Aalborg Sygehus organisering.	10
2.3 Problemstilling: sygehuset i opbrud	14
2.4 Problemformulering	19
3. Metode.....	21
3.1 Afgrænsning.....	22
3.2 Teori.....	24
3.3 Empiri.....	27
3.3.1 Primær empiri.....	28
3.3.2 Sekundær empiri	31
3.4 Kildekritik	32
4. Analyse.....	33
4.1 Den eksterne ændringsproces.....	33
4.1.1 Normative vektorer som styrende for sygehusets rationaler og strategi	33
4.1.2 Sygehuset som strategiarena i forandringsprocessen	36
4.1.3 Centerstrukturen – legitimering i et konfliktfyldt felt	42
4.1.4 Legitimerings strategien samt mulige årsager og konsekvenser for	49
ændringsprocessen.	49
4.1.5 Markedsstyring som ekstern strategi.....	51
4.2. Den interne ændringsproces.....	52
4.2.1 Omverdenens indflydelse på den interne ændringsproces	52
4.2.2. Forandringsledelse af den interne strategi- og ændringsproces.	54
4.2.3 Kulturens betydning for ændringsprocessen	69
4.2.4. Ledelsesopgaven	79
5. Konklusion.....	87
6. Bilag 1	93
6.1 Invitation til interview	93
6.2 Formål med projektet – vedhæftet interviewguide og invitation.....	94
6.3 Interviewguide.....	95
7. Bilag 2	100
7.1 Interview 1.....	100

7.2 Interview 2.....	104
7.3 Interview 3.....	109
7.4 Interview 4.....	114
8. Bilag 3.....	118
8.1 New Public Management (NPM) – som styringsrationale	118
9. Litteraturliste	122
10. Noter.....	126

1. Forord

Dette projekt anvendes som afsluttende hovedopgave på HD(O) studiets 8. semester i foråret 2011. Projektet omhandler Aalborg Sygehus og de organisationsændringer sygehuset står overfor at implementere i 2012. Implementering af nye arbejdsgange i sygehusvæsenet kan være overordentligt vanskelig at gennemføre og medfører ofte store ledelsesmæssige udfordringer. I denne hovedopgave sættes fokus på forandringen forud for den kommende implementeringsproces – indførelse af patientforløb, modernisering af ledelsesstrukturen samt udbygning og justering af centerdannelsen på Aalborg Sygehus.

Sammenholdt med den træghed, som ofte karakteriserer implementeringen af nye organisatoriske tiltag, er udviklingen og implementeringen af den kommende ny ledelses- og organisationsstruktur på Aalborg Sygehus et typisk eksempel på en forventet langstrakt ændringsproces, som har præget sygehusene de seneste år.

Sundhedsvæsenet er karakteriseret ved på en gang at være ramme for en lang række forandringstiltag – og så alligevel være ret stabil i måden, hvorpå arbejdsgange er organiseret¹. Det hævdes, at den klassiske beskrivelse af fagbureaukratiet gør os blinde for den maskinbureaukratiske måde, hvorpå hverdagen på et sygehus reelt er organiseret. De fagprofessionelle har autonomi i forhold til den enkelte patient, men ikke i forhold til organisering af arbejdsgange som er standardiserede. Denne standardisering gør sygehuset til en ”robust maskine”, som sørger for, at arbejdet omkring patienterne bliver udført trods udskiftning af personale, mange forandringstiltag, mange forskellige samarbejdspartnere og uforudsigeligheden i det kliniske arbejde. Netop disse forhold kan være medvirkende til, at det er vanskeligt at ændre på arbejdsgange i sygehusvæsenet, og kan derfor opfattes som barrierer for implementeringen af nye tiltag.

Forandringens uundgåelighed sammenholdt med organisationernes relative træghed repræsenterer et grundlæggende udviklingsproblem for offentlige organisationer. Dette, mener jeg, gør studiet af forandringsprocessen på Aalborg Sygehus til en interessant case. Samtidig rejser der sig et spørgsmål om, hvorfor nogle forandringstiltag trods modstand alligevel lykkedes, og hvilke vilkår og udfordringer, man skal være opmærksom på, for at den kommende forandring på Aalborg Sygehus tilsvarende kan lykkedes.

Jeg har udarbejdet dette projekt som udenforstående og kun med begrænset internt kendskab til organisationen, opnået fra min ansættelse som sygeplejerske for syv år siden. Alligevel har jeg valgt at bruge sygehuset som case, idet jeg anser organisationen, og den forandringsproces sygehuset står foran som spændende, og samtidig håber jeg på, at kunne anvende den viden jeg får med projektet i en senere ansættelse i sygehusvæsenet.

Jeg har med accept fra min vejleder valgt at opbygge projektet, så der kun i mindre grad optræder rene teori afsnit, men til gengæld præsentation af teori der, hvor den anvendes, idet jeg vurderer, at projektet dermed bliver mere brugervenligt og letlæseligt. Væsentlige dele af litteraturen forventes kendt, og jeg vurderer derfor at en bred teoretisk gengivelse er overflødig. Anvendelsen af litteraturens resultater er til gengæld vurderet som værende central.

Der henvises til kilder som slutnoter, der angives med tal i kronologisk rækkefølge. Kilder citeres med angivelse af forfatternavn, udgivelsesår og sidetal, hvor der henvises til bøger. Forfatternavn og udgivelsesår henviser til kilden på referencelisten, der er placeret sidst i opgaven. Eks.: Borum, 2003, side 24, henviser til den bog skrevet af Borum, udgivet i 2003, side 24. Henvisninger til internetkilder er angivet ved URL (www adresse). Definitioner eller uddybende forklaringer er derimod angivet som fodnoter nederst på den side, hvor de fremgår. Fodnoter er angivet med bogstaver i kronologisk rækkefølge.

Jeg vil gerne rette en tak til de personer, som har bidraget til dette projekt, herunder de personer som har brugt tid og ressourcer i forbindelse med dialog undervejs, samt til deltagelse i mine interviews. En stor tak skal rettes til min vejleder Peter Raabye, som har inspireret mig med spændende samtaler, sparring og konstruktiv vejledning i forbindelse med udarbejdelsen af dette projekt.

Indholdet af dette projekt er ikke fortroligt og må gerne offentliggøres. Projektet må gerne citeres men med fuld kildeangivelse.

Aalborg, den 16. maj 2011

Christina Larsen

2. Indledning og formål

I dette kapitel defineres projektets problemstilling. Dette gøres ved en indledende beskrivelse af Aalborg Sygehus som offentlig og politisk organisation, samt beskrivelse af centerstrukturen og sygehusets nuværende organisering. Herefter beskrives projektets problemstilling, der opstilles en problemformulering, og der foretages afgrænsning i forhold til problemfeltet. Afslutningsvis beskrives projektets opbygning, der redegøres for valg af teori, empiri og forfatterens roller i forhold til problemfeltet beskrives kort.

Jeg ønsker gennem arbejdet med projektet at få kendskab til de interne og eksterne – herunder de politiske processer, som er gældende for organisationsændringer og fusionsprocesser i det offentlige, med Aalborg Sygehus som eksempel. Sygehusene har helt andre vilkår end private virksomheder, idet offentlige organisationer stiller andre organisatoriske og ledelsesmæssige udfordringer, og idet offentlige fusioner er forhandlingssituationer, hvor det i modsætning til fusioner i det private erhvervsliv, ikke er givet på forhånd, hvem der bliver den vindende part.

Ved at få kendskab til de politiske processer, der foregår på sygehuset, både internt og eksternt i forandringsprocessen, forventer jeg at få viden om, hvilke organisatoriske vilkår, ledelsen arbejder under samt give løsningsforslag til, hvordan ledelsen kan imødekomme de udfordringer, som de vil møde i den kommende forandrings- og implementeringsproces. Det er for eksempel ikke på forhånd givet, hvordan medarbejdere eller medarbejdere og ledelse samarbejder, og hvordan medarbejdere og ledelse bliver involveret i fusionsprocessen og får medindflydelse. Samtidig er der flere forskellige interesser i spil: fagpolitiske, økonomiske, lokalpolitiske, nationale og regionale, som har stor betydning for processens forløb.

Offentlige fusioner har således mere komplicerede organisatoriske vilkår end private, idet offentlige fusionsprocesser foregår via netværksspil og samarbejdsrelationer, der både er politiserede, fagspecialiserede og forhandlende. Resultatet af projektet forventes derfor at give kendskab til samt forståelse for processerne omkring den forestående organisations- og ledelsesomstrukturering og samtidig fremhæve ledelsesmæssige indsatsområder i den kommende implementeringsproces, der forventes igangsat på sygehuset i 2012.

Projektet henvender sig naturligvis til studerende og vejleder på HD(O) studiet ved Aalborg Universitet, men primært til relevante personer i forandringsprocessen på Aalborg Sygehus, herunder centerchefer, afsnits- og afdelingsledelse fra centrene samt de interviewpersoner, som jeg har inddraget i projektet. Jeg håber projektet kan være en inspirationskilde til den kommende forandringsproces på sygehuset, og at det er et brugbart fundament til en succesfuld implementering.

2.1 Beskrivelse af Aalborg Sygehus som offentlig og politisk organisation – og valg af ny organisationsstruktur.

Aalborg Sygehus er Region Nordjyllands største sygehus og en del af Århus Universitetshospital. Sygehuset har ca. 5.000 ansatte og varetager en række specialiserede og højt specialiserede funktioner samt landsdelsfunktioner for ca. 640.000 indbyggere. Som regionens største sygehus har Aalborg Sygehus en central rolle i det samarbejdende nordjyske sundhedsvæsen og markerer sig på såvel nationalt som internationalt plan².

Sygehuset omfatter Afsnit Syd og Nord i Aalborg samt sygehuset i Dronninglund. Desuden indgår Kirurgisk Afdeling A i Hobro, Øre-Næse-Hals-Afdelingen og Øjenafdelingen i Hjørring, de klinisk-kemiske funktioner i Hobro og Farsø samt Dialyseafsnittet i Hjørring.

Aalborg Sygehus er en stor og kompleks organisation, der omfatter mange specialiserede afdelinger og funktioner, mange organisatoriske niveauer og mange forskellige faggrupper – sundhedsfaglige såvel som administrative og tekniske. Aalborg Sygehus er samtidig en omverdensafhængig og omstridt offentlig organisation, hvor der gælder en særlig lovgivning, offentlig ret, og der hersker politisk og bureaukratisk styring, samtidig med at organisationen er non-profitorienteret³.

Den øverste instans på sygehuset er politisk valgte forsamlinger: Folketinget, Regeringen og de ministerstyrede ministerier samt Regionsrådet. Det var således også Regionsrådet, der den 21. september 2010 vedtog Region Nordjyllands budget for 2011 og et budgetforlig, der indeholdt en række strukturelle ændringer og besparelser for sygehusene i regionen⁴.

De strukturelle ændringer består i, at Regionen skal forenkle organisations- og ledelsesstrukturen på sygehusene og sektorerne^A. Det betyder blandt andet, at de tværfaglige sektorer i Regionen allerede er nedlagt fra 1. januar 2011, idet man har etableret en foreløbig struktur med udbygning af eksisterende centerfunktion. Sektorerne ”Anæstesi”, ”Ortopædkirurgi” samt ”Graviditet og Fødsel” har hidtil fungeret som tværfaglige sektorer med egen ledelse, men er i den nye struktur blevet integreret i den øvrige centerstruktur. Omlægningen betyder for Aalborg Sygehus, at ortopædkirurgien fortsat er en samlet enhed, som er organiseret ind i nuværende centerstruktur, mens ”Anæstesi” og ”Graviditet og Fødsel” hver for sig er delt og integreret i de tre sygehuse (Aalborg, Vendsyssel og Thy-Mors).

Regionsrådet har desuden besluttet, at der i regionen skal arbejdes videre med tre bærende principper for organisationsstrukturen på sygehusene: udbygning af centerdannelsen, akut-, elektiv- og specialbehandling samt patientforløbsorientering^B – jf. mere herom senere. Pointen er, at principperne skal skabe en mere ensartet organisation til gavn for patientkvaliteten og et bedre samarbejde internt på sygehusene⁵.

For at imødekomme de nye planer og forventninger udarbejdes der i 2011 en analyse af problemområderne, således at man ultimo 2011 har en nærmere plan for, hvilke konkrete ændringstiltag, som skal implementeres fra 2012. Ændringstiltagene forventes at omhandle tre prioriterede ”spor”: *justering af nuværende centerdannelse, patientforløbs-modeller samt forslag om modernisering af den kliniske ledelse* (evt. nedlæggelse af afdelingsledelserne). Indtil planerne for den endelige struktur og de tre spor foreligger endeligt, har man etableret den foreløbige struktur frem mod den endelige implementerede slutmodel, jf. ovenstående udbygning af centerdannelsen. Der vil der være en række organisatoriske ”mellemsgninger”, der skal håndteres, inden Region Nordjylland når det endelige mål med omstruktureringen.

^A En sektor kan kort karakteriseres som en organisatorisk enhed, der rummer ét speciale, og som forestår og leder al behandling på alle involverede enheder i regionen.

^B Patientforløb: Det hensigtsmæssige patientforløb, der stiles mod har som overordnet formål at forbedre kerneydelse, kommunikation, koordination, effektivitet, kontinuitet og kvalitet og dermed at tilrettelægge det tværgående arbejde, så fokus er rettet mod patientens behov og problemer. Der etableres et team ud fra en patientgruppes behandlingsmæssige behov. Patienterne grupperes efter diagnose, og der tages udgangspunkt i, hvad det er patienterne tilbydes i form af undersøgelse, behandling og pleje, dette kaldes forløbet. Dernæst indsamles litteratur og viden om patientgruppen, fx fra referenceprogrammer. Denne viden omsættes herefter til et bøl – forløb (kilde: Hildebrandt, 2003, s. 42).

Parallelt med den foreløbige struktur har man etableret et diagnostisk center pr. 1. jan 2011^C, hvor man vil samle specialisterne omkring patienten i stedet for at sende specialisterne rundt til patienterne. Det forventes at give et bedre patientforløb og færre uhensigtsmæssige indlæggelser. Samtidig forventes det at gøre tilrettelæggelsen af arbejdet lettere for såvel sygehuse som praktiserende læger og kommunerne. Der er især to grupper af patienter, der er målgruppe for centrene. Det er ikke-akutte patienter, som de praktiserende læger har skønnet ikke er alvorligt syge. Det er ofte ældre medicinske patienter. I de tilfælde handler det især om, at der bliver mulighed for dialog, råd og vejledning med det diagnostiske center. Den anden gruppe er patienter, de praktiserende læger har skønnet til at være alvorligt syge, f.eks. patienter med kræft eller anden svær sygdom. Disse patienter har behov for en hurtig udredning af deres symptomer og sygdom. Når patienten med mistænkt alvorlig sygdom henvises til det diagnostiske center, er det målet, at patienten skal ses af specialisterne inden for 3 hverdage, og at udredningen er afsluttet inden for yderligere 10 hverdage.

Karakteristisk ved de kommende organisationsændringer på Aalborg Sygehus er, at der er tale om en politisk/demokratisk beslutningstagning, og at det forhandlingsspil og samspil, som nuværende foregår omkring ændringsprocessen, har mange flere legitime interesser eller stakeholders, end man kender fra private virksomheder⁶. Man kan sige, at sygehuset både op til integration/fusionsbeslutningen, men også i nuværende proces, hvor den videre implementeringsplan skal planlægges, har en ”forhandlet” virkelighed, hvor de mange interesser indgår i et forhandlingsspil, der er præget af magtkampe og politiske processer. Således udtaler en leder fra en afdelingsledelse:

”Du kan tro der foregår mange studehandler inden alle brikkerne falder på plads”.

Samtidig har der efter fusionsbeslutningen været fælles høringssvar vedrørende analysen af organisations- og ledelsesstrukturen på sygehuset, i form af skriftlige tilbagemeldinger fra de enkelte afdelinger. Dette er en del af ”forhandlingsspillet” som led i at sikre politisk opbakning og legitimitet

^C Den 1. januar 2011 fik Aalborg Sygehus et Diagnostisk Center, der er oprettet som et afsnit under Hæmatologisk Afdeling, Medicinsk Center. For patienter tilhørende Aalborg Sygehus’ optagerområde, hvor den praktiserende læge har mistanke om alvorlig sygdom, og hvor den praktiserende læge ikke umiddelbart kan udrede og diagnosticere en tilgrundsiggende sygdom, kan patienten henvises til Diagnostisk Center, Aalborg Sygehus. Undtaget herfra er patienter, som opfylder kriterierne for at indgå i andet beskrevet pakkeforløb, eller hvor symptomerne er mere organspecifikke. Ligeledes kan praktiserende læge/anden sygehusafdeling henvise til Diagnostisk Center, såfremt der er påvist metastaser, som ikke umiddelbart kan henføres til specifik primær svulst. Dette gælder for patienter fra hele Region Nordjyllands optageområde (kilde:<http://www.aalborgsygehus.n.dk/Afdelinger/Medicinsk+Center/Afdelinger/Haematologisk+Afdeling/Afsnit/Diagnostisk+Center.htm>).

bag de ofte politisk følsomme sammenlægninger, men samtidig en rettighed de ansatte har som en del af interessentgruppen.

I disse forhandlinger er både magt, argumenter og evner for det politiske spil afgørende for den enkelte og institutionens skæbne. Magt defineres som værende den magtbase, som den enkelte i forhandlingsspillet har på baggrund af bl.a. position, viden, rådighed over ressourcer og kontakter i og udenfor egen institution. Argumenter defineres som værende hvor veldokumenteret og alment accepterede argumenter den enkelte kan bringe med ind i forhandlingerne. Evner for det politiske spil defineres som, at hverken den formelle magtposition eller de gode argumenter er nok, fordi det i forhandlingerne drejer sig om at skabe alliancer og koalitioner og at have timet sine argumenter/løsninger i forhold til anledninger, problemer og aktører. Derfor handler strategien på sygehuset om strategi på politiske markeder⁷; dette uddybes senere.

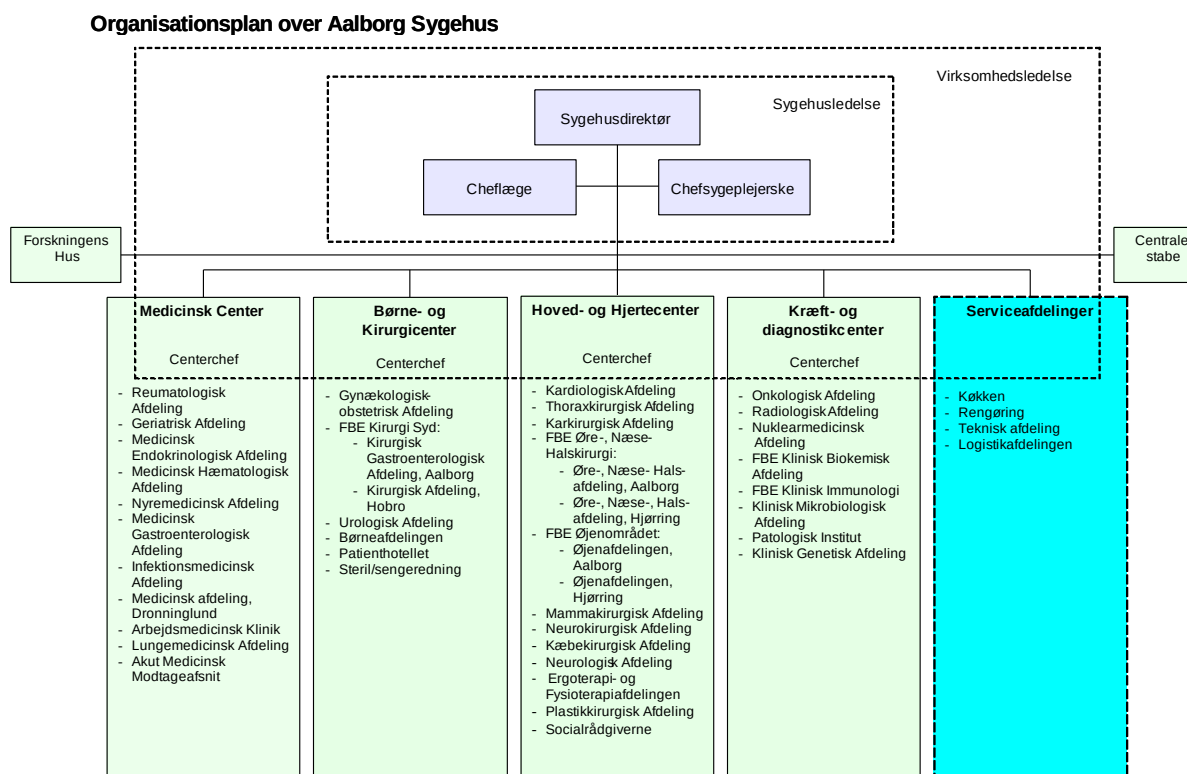
Kort opsummeret, fungerer sygehuset i en særlig offentlig kontekst med særligt komplekse og komplicerede opgaver, hvor den ledelsesmæssige situation er langt mere kompleks sammenlignet med private virksomheder⁸. Produktet er heller ikke som vi kender det fra private virksomheder, men er i virkeligheden et udvidet produkt, en særlig forpligtelse, hvor der leveres immaterielle serviceydelser til borgerne, såsom pleje og pasning, og hvor opgaven aldrig bliver økonomisk rationel. Fordi der er tale om politisk sammensatte udvalg, vil målene fra sygehuset også være brede og flertydige som følge af kompromisser, og målene vil ændres vilkårligt afhængig af ændrede flertal og omstændigheder. Dette vil blive behandlet yderligere under afsnittet vedrørende centerstrukturen og legitimeringsdannelse, med en analyse af hvilke mål og rationaler, der vurderes gældende for reorganiseringen på Aalborg Sygehus. Først vil nuværende organisering blive omtalt, som grundlag for at forstå den struktur, som forandringsprocessen primært vil påvirke.

2.2 Beskrivelse af centerstrukturen og Aalborg Sygehus organisering.

For at få et overblik over, hvordan den nuværende organisering af Aalborg Sygehus er i forhold til den kommende forandring, er det væsentlig at skabe sig et billede af organisationen. Overordnet er sygehuset organiseret efter en centerstruktur, som består i at samle beslægtede patientgrupper og

specialer i samme organisatoriske enhed - et center. Der er en centerchef i hvert enkelt center, som refererer til Sygehusledelsen^D. I hvert center er der flere afdelingsledelser, som er ledere for en afdeling bestående af flere afsnit. Derudover er der nogle afsnitsledelser under afdelingsledelserne, som er ledere for et afsnit. På afdelingsniveau er der fælles afdelingsledelse, med en ledende overlæge og oversygeplejerske. På afsnitsniveau er der en overlæge og en afdelingssygeplejerske, som ledere for afsnittene. Overlægen har det ledelsesmæssige ansvar for lægegruppen, mens sygeplejersken har det ledelsesmæssige ansvar for plejegruppen, som typisk består af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

Figur: Organisationsdiagram Aalborg Sygehus⁹



Kilde: Aalborg Sygehus.

Centerstrukturen har fungeret siden 2009. Strukturen blev besluttet efter at Nordjyllands Amt i 2006 iværksatte en evaluering af organiseringen af sygehuset i amtet. Resultatet heraf blev den såkaldte Muusmann-rapport (2006), udarbejdet af konsulentfirmaet Muusmann/4Improve. Rapporten gav

^D Sygehusledelsen har det overordnede ledelsesmæssige ansvar for sygehusets diagnostik, behandling og pleje. Sygehusledelsen har ansvaret for planlægning og organisering af sygehusets drift og udvikling inden for de rammer, der er blevet udstukket af Regionsrådet. Sygehusledelsen fungerer i det daglige som en enhedsledelse, der træffer sine beslutninger i fællesskab og enighed. Direktøren har det overordnede ansvar for sygehusledelsens funktion og har det endelige ansvar overfor sundhedsudvalget og direktøren for sundhedsområdet (kilde: <http://www.aalborgsygehus.rm.dk/Afdelinger/Sygehusledelsen/Sygehusledelsen.htm>).

anledning til flere justeringer, men dog ikke i forhold til de nye ledelseskonstruktioner. Den største ændring blev etableringen af en centerstruktur^E og en virksomhedsledelsesorganisation på Aalborg Sygehus. Hovedårsagen til denne ændring var ønsket om at reducere Sygehusledelsens ”span of control”¹⁰. Med Regionsrådets beslutning om udbygning af centerstrukturen pr. 1. jan 2011 har man nedlagt tre tværgående sektorer: ”Anæstesi”, ”Ortopædi”, ”Graviditet og Fødsel”, som var tværgående i centrene – og på de øvrige sygehuse i regionen.

Derudover har man i Region Nordjylland en række funktioner, som ikke kan ses i designopbygningen, da de er organiseret som funktionsbærende enheder (FBE)^F. Der er tale om organisatoriske enheder, der rummer ét speciale, men som geografisk er delt på to lokationer. Aalborg Sygehus er udgangspunkt for enhederne, dog med undtagelse af Medicinsk Afdeling, Aalborg Sygehus og Sygehus Himmerland (delt på Farsø og Hobro), der fungerer som selvstændige enheder. Der findes følgende FBE’er i regionen, som fungerer i centerstrukturen:

Figur: oversigt over FBE enheder i Region Nordjylland

FBE enhed / sygehus	Aalborg	Hjørring	Dronninglund	Farsø	Hobro
FBE Kirugi Syd	Kirugisk Gastroenterologisk afdeling A				Kirugisk afdeling A
FBE Øjenområdet	Afdeling	Afdeling			
FBE Øre- Næse- Halskirugi	Stamafdelingen samt Audiologisk afd.	Audiologisk afdeling			
FBE Klinisk Biokemisk Afdeling	Klinisk Biokemisk afdeling		Laboratorie	Laboratorie	Laboratorie
FBE Klinisk Immunologi	Transfusionsmedicin, transplantationsimmunologi og immunologisk diagnostik.				

Kilde: www.Regionnordjylland/sundhedogsygehuse.dk

Af figuren fremgår, at de mange funktionsbærende enheder (FBE) er fordelt på mange matrikler, og der knytter sig således en række udfordringer hertil. Ifølge analysen, som er foretaget forud for beslutningen om organisationsændringerne (Muusmann-rapporten, 2010), har det været svært at skabe balance og god koordinering af ressourcer mellem FBE’erne og sygehuse. Det anses derfor

^E Centerstrukturen blev i 1990’erne introduceret som svaret på svagheder som stort ”span of control”, dvs. enheder der rapporterede direkte til den, samt den meget flade, specialiserede struktur ud fra den lægelige specialiserings sygdomsorientering og behandlingslogik. Centre indebærer, at sammenhørende afdelinger grupperes, og at der samtidig skubbes et nyt centerledelseslag ind mellem sygehusledelsen og de specialiserede afdelinger, med andre ord en mere hierarkisk organisationsstruktur (Borum, 2005, s. 151-152).

^F Kernen i begrebet FBE er, at de enkelte specialer skal have et vist befolkningsgrundlag for at drive specialet hensigtsmæssigt. Kravet til befolkningsgrundlaget var at give en nødvendig betingelse for at specialet kan opnå en tilfredsstillende kvalitet i sine ydelser. Kravet til interne medicinske afdelinger er 50.000-100.000 indbyggere og til kirurgiske afdelinger 200.000-250.000 indbyggere.

nødvendigt med ny og enklere organisering, hvorfor FBE'erne samles til større enheder i den nuværende centerstruktur, hvilket har været et af argumenterne for planlægning af den nye struktur. Det forventes derfor, at der vil ske ændring af FBE enhederne når den endelige plan foreligger.

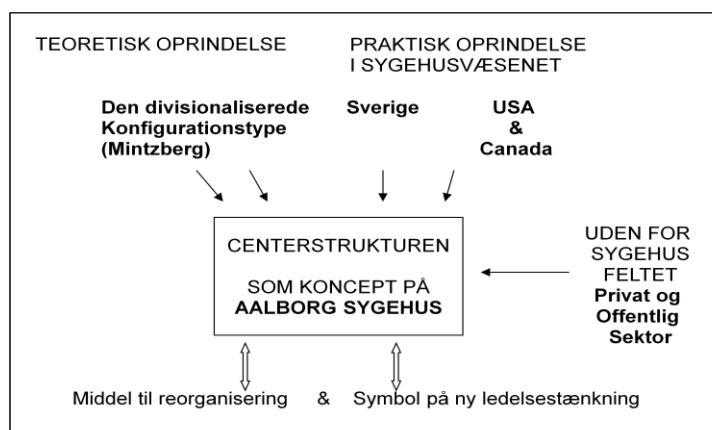
Ud fra en klassisk design-tankegang er centerstrukturen en måde at organisere sygehuset på, hvor man gennem strukturen ønsker at opfylde nogle specifikke mål. Centerstrukturen kan anskues som et specialtilfælde af den divisionaliserede struktur, dvs. en overordnet struktur, der kan bruges til at styre store organisationer med sammensatte og forskellige aktiviteter. Karakteristisk for denne struktur er gruppering af enheder i mere eller mindre selvstændige divisioner med divisionsledelser (centerchefer), som den strategiske ledelse (Sygehusledelsen) overvåger via et resultatorienteret styringssystem.

Centerstrukturen bryder med nogle etablerede ledelsesformer inden for det danske sygehusvæsen, der har været kendetegnet ved parallel organisering af de tre dominerende faglige søjler: læger, sygeplejersker og administratorer. Dette parallelle organisationsprincip har været under bearbejdning gennem en langvarig og konfliktfyldt proces i sygehusvæsenet, idet sygehuset er påtvunget en professionsdomineret og kompleks type organisation. Dermed udfordrer centerkonceptet også sygehusets traditioner og hidtidige modeller for organisation og ledelse, og konceptet kan derfor opfattes som udtryk for en moderne administrativ ledelsestænkning.

Et vigtigt formål med disse centre er at etablere selvberende enheder, der kan styres økonomisk og vurderes på de opnåede resultater. Dette kræver både opbygning af systemer til økonomistyring og performancemåling, fastlæggelse af målsætninger – f.eks. i form af kontrakter – og etablering af nye spilleregler omkring indrapportering, diskussion af afvigelser samt belønninger og sanktioner.

Centermodellens teoretiske og praktiske oprindelse og tilknytning til den organisatoriske dagsorden på Aalborg Sygehus er sammenfattet i nedenstående figur:

Figur: Centerkonceptets teoretiske og praktiske oprindelse

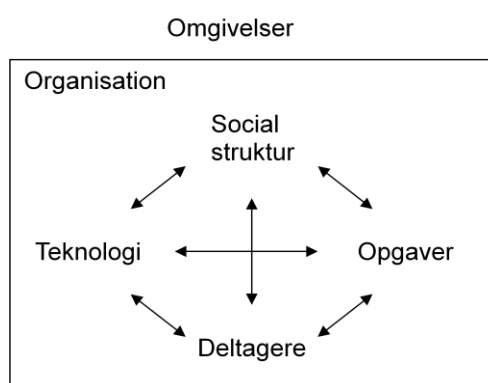


Kilde: Egen redigering efter Borum, 1999, side 24

2.3 Problemstilling: sygehuset i opbrud

De seneste år i sygehusvæsenet og på de nordjyske sygehuse har, jf. ovenstående, været præget af mange forandringer, som blev særligt markeret med Strukturreformen i 2007, der har iværksat en fortsat flodbølge af fusioner af kommuner til storkommuner og af amter til regioner. Samtidig iværksættes der på lokalt initiativ ændringsprojekter – herunder også på Aalborg Sygehus, for at udvikle udvalgte aspekter af sygehuset eller afdelinger som f.eks. patienttilfredshed, arbejdsmiljø, koordination og samarbejde. Således er de danske sygehuse indlejret i et organisatorisk felt, der er kendetegnet ved opbrud og et betydeligt forandningspres fra forskellige kilder¹¹. De forsøger tilsammen at påvirke hele organisationen, som ifølge nedenstående organisationsmodel, illustreret af Leavitt, er et åbent system og samspil mellem fire komponenter: struktur, opgaver, teknologi og aktører¹²:

Figur: Leavitts Organisationsmodel



Kilde: Borum, 2005, s. 169

De mange forandringer stiller nye krav til ledelse og organisering. Citatet nedenfor illustrerer, hvorledes magtforskydningen har ændret sig, og hvilket forandringspres, dette medfører for sygehusene:

”Ledelsesindretningen på sygehusene og især de organisationsstrukturer, der skal ledes af sygehusledelserne m.fl., får større og større opmærksomhed fra de centrale myndigheder og regeringens side. Regeringsudvalg, Finansministeriet og Sundhedsministeriet er blevet ganske væsentlige aktører i det beslutningsfelt, som tidligere nærmest suverænt blev varetaget af amterne. Disse aktører opererer i sygehusterrænet med stadig mere markante tiltag. Markeringerne signalerer en form for magtforskydning fra region til regering. Og uagtet, at lægerne ikke måtte synes om disse forskydninger, har forholdet karakter af et fait accompli, som man ikke kan sidde overhørig, idet den mere aktive indgriben i beslutningsarbejdet i sygehusvæsenet afsætter ganske tydelige spor på en række felter i sygehuspolitikken og sundhedsvæsenets udviklingsmuligheder” (kilde: Muusmann-rapporten).

Importen af nye tanke sæt og modeller – en spændingsfyldt proces

I forsøget på at finde nye modeller for netop ledelse og organisering af sygehusene er indflydelsen fra den private sektor betydelig og tiltagende. Der bliver talt om sygehuset i et virksomhedsbillede (produktionssystem, sygehusledelse etc.) og i en markeds kontekst med privathospitaler og frit sygehusvalg. Sygehuset iscenesættes og italesættes som en organisation med en egentlig ledelse, som skal foretage økonomistyring, holdes ansvarlig for økonomien, og som kan afskediges. Der tales om konkurrenter og blandingsøkonomi, hvor der fremgår basistildelinger og ekstrabetaling for overførte patienter. Samtidig anvendes ledelses- og organisationskonsulenter i forbindelse med organisatorisk redesign og implementering. Det påvirker til indførelse af nye organisatoriske strukturer, nye ledelsesformer og filosofier, der for eksempel kan klassificeres som New Public Management^G.

Samtidig ses der et stigende pres fra stakeholders i form af blandt andet medicinalindustri og patientforeninger. Udviklingen går i retning af, at både medicinalindustri og patientforeninger har fået et voksende politisk ansvar og rolle samtidig med at patientforeningerne i kraft af deres øgede magt i højere grad er sponsoreret af medicinalindustrien¹³. Det resulterer i strategier, der er mere velovervejede end tidligere, og sygehuset vil derfor i højere grad koncentrere sin opmærksomhed på at søge legitimitet med stigende indflydelse fra disse stakeholders. Dette har medført en mere positiv forståelse af lobbyisme fra alle fronter. Det er ikke længere et spørgsmål om korridorforhandlinger,

^G New Public Management tankegangen er markedsrelateret, delvist på bekostning af stats- og civilsamfunds- rationaliteten, jf. Klausen, 2003. Der ses på organisationen som et skift fra proces til resultat/output orienteret, så budgetter og regnskabssystemer bliver gennemskuelige. Der gives mulighed for konkurrence mellem offentlige udbydere, private firmaer og frivillige non-profit orienterede organisationer. Der introduceres køber/sælger relationer.

men handler om, at man demonstrerer opbakning til sine synspunkter blandt stakeholders – og også med indblanding af pressen. Lykkes det, får man også politikerne med på det, man vil. Nedenstående citat illustrerer dette:

”I Danmark er der en tradition for, at selv sygdomme, som få lider af, har deres egen patientforening. Og foreningerne er stærke. Når en nyhed handler om kræft, er det helt naturligt, at Kræftens Bekæmpelse får en central placering i dækningen. Eller Hjertereforeningen når det handler om hjerte-kar-sygdomme. Politikerne lytter, og de patientforeninger, der er samlet under Danske Patienter, har tilsammen over 800.000 medlemmer” (kilde: <http://www.24.dk/article.jsp?articleId=8742>).

Importen af nye modeller og tankesæt, der i stort omfang bliver båret ind i sygehusfeltet af nye typer aktører, anfægter legitimiteten af de veletablerede institutioner og roller og sætter spørgsmålstejn ved sygehusets traditionelle professionsdominans. Organisationens politiske dimension sættes i bevægelse og afhængigheds- og magtrelationer ændres, og der bliver skabt basis for nye dominerende koalitioner inden for sygehusvæsenet. Dermed sker der et markant brud i forhold til tidligere tiders lægefaglige dominans, lægelig kontakt til politikerne og direkte bevillinger fra politikere til specialer.

Kombinationen af krav og forventningspres fra den ressourceallokerende og legitimitetsgivende kontekst og import af tankesæt og modeller fra andre felter giver en spændingsfyldt proces. Mødet mellem organisationens praksis og traditioner og de nye tidstypiske modeller udløser konfrontationer mellem forskellige grupper af aktører i deres forsøg på, via fortolkninger og oversættelser, enten at bevare sygehusenes traditionelle konfiguration eller at reorientere det mod en ny arketype.

Dermed skabes der også grobund for forekomst af flere forskellige rationaler omkring sygehusets fremtidige strukturering og opgaveløsning. Disse afspejler forskellige opfattelser af, hvad der er sygehusets raison d’être, hvordan sygehuset bør organiseres, og hvordan dets funktion kan evalueres. Disse rationaler, der er forankret i de forskellige institutionelle omgivelser, udgør forskellige potentielle legitimitetsbaser for sygehuset, Sygehusledelsen og politikerne, og aftegner således et legitimerings-strategisk handlerum. Dermed danner de forskellige rationaler også hver især baggrund for mulige strategiske valg og symbolske markeringer i forsøget på at erhverve omverdenens legitimitet. Eksempler på de seneste årtiers legitimeringsdannelse, i forsøget på at få sygehusvæsenet til at hænge bedre sammen, forbedre patientforløb, sikre behandlingskvalitet, opnå højere produktivitet og forbedre økonomien, kan nævnes ændringsprojekter, der har antaget så forskellige

former som fusion af sygehuse og afdelinger, oprettelse af centerstrukturer, patientforløbsanalyser, implementering af elektronisk patientjournal, lederudviklingsprogrammer og teamdannelse¹⁴.

Indførelse af ny organisations- og ledelsesstruktur som legitimeringsstrategi

At opnå legitimering af det fremtidige nordjyske sygehusvæsen, har Regionsrådet forsøgt med beslutningen om at indføre ny organisations- og ledelsesstruktur på de nordjyske sygehuse. Dette med henblik på at imødekomme et rationalt vedrørende den fremtidige patientbehandling, der enkelt og entydigt baseres på hensigtsmæssige og veltilrettelagte patientforløb. Disse skal udformes som pakkeforløb og håndteres i overskuelige og smidige ledelses- og behandlingsorganisationer i form af justerede centerstrukturer samt ”moderniseret” klinisk ledelse. Yderligere vil man arbejde videre med principper om akut-, elektiv- og specialbehandling.

Derfor iværksatte Regionsrådet i Nordjylland en analyse, gennemført af konsulentfirmaet Muusmann/4improve, med det formål at udarbejde en rapport (Muusmann, 2010) med overordnede forslag og anbefalinger som startskud til Regionsrådets og Sygehusledelsens beslutningsproces. Analysen forventes at være grundlag for de kommende års udviklingsarbejde hen imod en forløbsbaseret organisering af sygehuset, der på sigt skal etableres på de to store sygehusenheder i Region Nordjylland (Aalborg Universitetssygehus og Regionssygehus Nordjylland) - og senest, når det kommende universitetssygehus står klar.

Muusmann-rapporten anbefaler, at de nuværende ledelses- og funktionsprincipper - den specialebaserede organisering - over tid forlades og ikke spiller en rolle i organiseringen af patientens møde med sygehusvæsenet. Specialerne kan spille væsentlige funktioner og roller i andre sammenhænge. I den mellemliggende periode skal der arbejdes med at skabe nye organisationsstrukturer og mere veldefinerede organisatoriske rammer - en fasemodel frem mod den endelige implementerede slutmodel.

Inden Region Nordjylland når frem til slutmodellen, vil der være en række organisatoriske delimplementeringer, som skal gennemføres. Fusionsledelsen vil derfor arbejde for, at

”slutstrukturen” bliver implementeret i faser, og der er derfor planlagt en ”foreløbig” plan, hvor de tre sektorer pr. 1. jan 2011 er nedlagt og dermed ikke længere fungerer som selvstændige tværgående enheder. Den tværgående sektor Ortopædkirurgi er dog fortsat en samlet enhed, som er organiseret i centerstrukturen i Aalborg, og de to andre tværgående sektorer Anæstesi samt Graviditet og Fødsel er delt og integreret i de tre sygehuse (Aalborg, Vendsyssel og Thy-Mors). Implementeringen af den nye ledelsesstruktur forventes gennemført i nedenstående tre faser.

Figur: Implementering af ledelsesorganiseringen i tre faser

1. Opstartsfasen 2010	}	Her etableres en centerstruktur for Regions-sygehuset Nordjylland efter samme mønster og struktur som på Aalborg Sygehus.
2. Implementering og udviklingsfasen		
3. Konsolideringsfasen	}	Her udvikles plan og model for placering og indretning af de funktionsadskilte enheder i centrene/sygehusene (adskillelse af akut-elektiv specialbehandling). Udvikling og etablering af den forløbsbaserede orienterings- og ledelsesmodel i de respektive centre.

Kilde: Muusmann-rapporten, 2010

Ledelsesopgaven meget andet end faglig ledelse

Den nye ledelses- og organisationsstruktur kan som nævnt tolkes ud fra forskellige rationaler. I forhold til ledelsesopgaverne på både hospitals- og afdelingsniveau har rationalerne stor betydning for, hvilke ledelsesfunktioner der er særligt vigtige, og som bør prioriteres i den kommende forandringsproces. Både hospitalsledelse, centerchefer og afdelingsledelse skal i stigende udstrækning forholde sig til både den eksterne og interne legitimeringsstrategi i forbindelse med implementering af den nye struktur. For Sygehusledelsen er det vigtigt at forholde sig til den eksterne ændringsstrategi, mens det for centercheferne og afdelingsledelserne er vigtigt at forholde sig til den interne ændringsstrategi for at kunne implementere ændringerne i organisationen. En væsentlig del i forhold til den interne ændringsstrategi er at forstå vilkårene for ledelse af hospitalsvæsenets fagprofessionelle i forandringsprocessen, da det er af stor betydning at erindre sig deres grundlæggende professionsidentitet, som langt hen ad vejen har været styrende for implementering af de skiftende ledelses- og styringsmodeller gennem årene. Ledelse af fagprofessionelle i en forandringsproces kan være en både kompliceret og farverig opgave, samt en

anstødssten for implementeringsprocessen. En høj faglighed iblandet individualisme er ikke tilstrækkelig og kan ligefrem besværliggøre ledelselementet. Organisatorisk forståelse, forandringsparathed og samarbejdsevne er områder, som ikke i sig selv udspringer af den professionelle verden, men som ledere af fagprofessionelle må være fortrolige med. Der er kort sagt tale om en ledelsesopgave, hvor evnen til at skabe mening og forene kulturer med forskellige tankesæt og sprog bliver af meget stor betydning. I dette arbejde er det vigtigt for ledelsen at forholde sig til hvordan man leder og hvordan man understøtter medarbejderne i den nye type organisation. Når det eksempelvis bliver nødvendigt at analysere processer og arbejdsgange, arbejdstilrettelæggelse mv. i forbindelse med patientforløbsmodeller, er det vigtigt, at ledelsen som forandringsagenter involverer og inddrager medarbejderne på den rigtige måde i forandringsprocessen – jf. senere afsnit under ”den interne ændringsproces”.

2.4 Problemformulering

Med afsæt i beslutningen om en ny organisations- og ledelsesstruktur på Aalborg Sygehus vil jeg analysere den eksterne og interne ændringsproces, som sygehuset befinder sig i, og må forholde sig til forud for implementeringen af den nye organisations- og ledelsesstruktur. Hermed vil jeg sætte fokus på forandringsprocesser på sygehuset samt fokus på det dynamiske samspil mellem interne og eksterne faktorer.

Formålet med analyse af den eksterne ændringsproces er at få kendskab til de politiske processer, vilkår og forhold, og dermed analysere de problemstillinger, der er gældende, når man forsøger at skabe legitimitet i en professionsdomineret sygehusverden i forandring - samtidig med at man sætter spørgsmålstegn ved sygehusets traditionelle professionsdominans i udbygningen af centerstrukturen. Derudover vil jeg undersøge rationalet og dermed baggrunden for at anvende centerstrukturen og nedlægge specialerne. Er det for at bryde med lægers opfattede magt? Eller er det på grund af ønsket om velfungerende patientforløb? Eller er det noget helt andet, som er gældende?

Formålet med analysen af den interne ændringsproces er at afklare, hvilke ledelsesmæssige vilkår og udfordringer, der vurderes som vigtige at forholde sig til og håndtere som forandringsagenter forud for og under implementeringen. I den sammenhæng vil analysen afdække de kulturelle forhold, der er i en professionsdomineret verden. Desuden vil det blive analyseret, hvordan den eksterne strategi

påvirker ændringsstrategien internt. Konkrete løsningsforslag til at imødekomme disse vilkår og udfordringer vil indgå i projektet. Dette fører mig frem til problemformuleringen:

Hvilke politiske processer, herunder rationaler og legitimeringsprocesser styrer beslutningen om ny ledelses- og organisationsstruktur på Aalborg Sygehus, og hvilke ledelsesmæssige udfordringer og indsatsområder er afgørende i forhold til de forestående forandringer og implementeringen heraf?

Til belysning af problemformuleringen har jeg identificeret følgende centrale spørgsmål, som hver især bidrager med besvarelsen.

- Hvilke rationaler ligger bag beslutningen om ny organisations- og ledelsesstruktur, og hvilke problemstillinger giver valg af rationaler i forhold til legitimiteten?
- Hvilke legitimeringsprocesser er gældende, og hvilke konsekvenser kan legitimeringsstrategien have for den kommende implementering?
- Hvad påvirker den interne forandringsproces, og hvilke ledelsesmæssige udfordringer og indsatsområder ser jeg i den kommende forandringsproces?

En besvarelse af spørgsmålene vil danne baggrund for en samlet besvarelse af projektets problemformulering. En uddybning af hvorledes disse tre spørgsmål søges besvaret, foretages i metodeafsnittet.

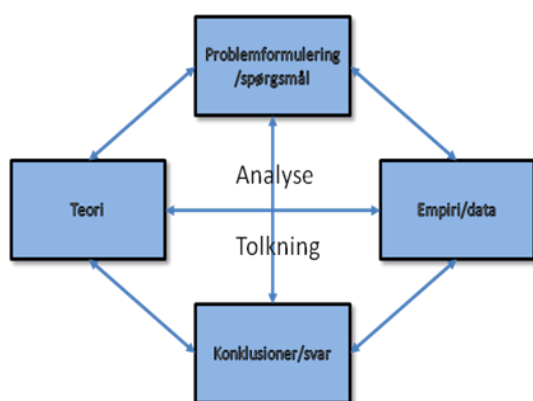
For at sikre entydig forståelse af problemformuleringen defineres *Legitimering* som et udtryk for en organisations eksistensberettigelse, eller det at blive betragtet som anerkendelsesværdig. Deraf følger naturligt at, i den udstrækning en organisations handlinger ikke er acceptable, vil denne miste sin eksistensberettigelse eller anerkendelse. Konsekvenserne heraf må betragtes som voldsomme, idet en organisation lever af sin legitimitet, støtte og opbakning, og idet den betragtes som uberettiget, har organisationen i sådan en situation de værst tænkelige muligheder for at overleve. Eksistensberettigelsen eller anerkendelsen for et sygehus består i, at organisationen skal have politisk legitimitet, og at organisationen skal leve op til lovmæssig forvaltning og producere ydelser i form af diagnostik, pleje, pasning og behandling til borgerne – der er et dobbelt legitimitetskrav. Således er der både legitime interne såvel som eksterne interessenter, som gør, at der ofte er stor uenighed om

mål og midler, altså uenighed om hvori problemerne består, for hvem de er et problem, og hvordan de skal gribes an – såkaldte ”wicked problems”¹⁵.

3. Metode

Arbejdet med dette projekt tager udgangspunkt i de tre centrale delspørgsmål i problemformuleringen, som samtidig udgør de overordnede analyseafsnit i projektet. Behandlingen af de enkelte afsnit tager udgangspunkt i Enderuds beskrivelse af vidensproduktionens hovedelementer og arbejdsgange, da Enderud behandler undersøgelsesprocessen systematisk og reflektiv. Enderuds model er illustreret i nedenstående figur.

Figur: Enderud - vidensproduktionens hovedelementer og arbejdsgang¹⁶.



Kilde: Enderud, 1986, side 25

Enderud beskriver undersøgelsesprocessen ved hjælp af fire grundlæggende elementer: problemformulering, teori, empiri og konklusion. Kort beskrevet forklarer denne proces, hvordan man forsøger at besvare problemformuleringen ved at behandle (sammenholde, analysere og tolke) teorien på området og den indsamlede empiri. Processen er oftest iterativ således, at man gennem flere ”gennemløb” drager en række delkonklusioner, som danner grundlaget for den samlede konklusion. Dette vil også være fremgangsmåden i dette projekt. Behandlingen tager udgangspunkt i en række empiriske data. For hvert af disse data vil relevant teori blive anvendt til at analysere og tolke data. Herved opnås ny viden og en ny forståelse for de empiriske data, som kan give anledning til, at der stilles nye spørgsmål eller identificeres nye problemområder.

Behandlingen er en kontinuerlig proces, hvormed der aldrig opnås endegyldige eller udtømmende konklusioner, idet omgivelserne er foranderlige og min perception af problemområdet kontinuerligt udvikles. Enderud betegner dette fænomen ”den hermeneutiske spiral”¹⁷. Af samme årsag vil konklusionen på dette projekt ikke kunne betragtes som et endegyldigt svar på problemformuleringen, men derimod en opsummering på behandlingen af problemområdet, baseret på den empiri og teori, som er fundet relevant at anvende og det perspektiv, som har anskuet problemområdet.

Projektet vil så vidt muligt udgøre en afgrænset og afsluttet enhed, som kan læses og er meningsfuld i sig selv. Det forventes dog samtidig, at arbejdet med dette projekt kan afdække nye problemstillinger og synliggøre behov for yderligere behandling af de problemstillinger, som berøres i dette projekt.

Arbejdet med dette projekt tager udgangspunkt i det politiske felt, som en sygehusorganisation befinder sig i forud for en ændringsproces, samt de beslutningsprocesser der er involveret. Samtidig vil det videre arbejde med den kommende implementeringsproces af den nye organisations- og ledelsesstruktur være udgangspunktet.

3.1 Afgrænsning

Det primære fokus i denne hovedopgave er, at analysere den eksterne og interne ændringsproces som Aalborg Sygehus befinder sig i og må forholde sig til forud for den endelige implementering af den nye organisations- og ledelsesstruktur. Fremstillingen sigter ikke mod at dække litteraturen om organisationsforandring som helhed, men er bevidst udvalgt med henblik på at dække de forhold, som jeg mener, er særlig vigtige for fagbureaukratier i den offentlige forvaltning.

Dermed vil jeg afgrænse mig fra selve planlægningen og gennemførelsen af den kommende implementeringsproces på sygehuset. I projektet vil jeg komme frem til, hvilke problemstillinger, Sygehusledelsen og den øvrige ledelse bør være opmærksom på i den kommende implementering, samt analysere de fremtidige ledelsesmæssige udfordringer og fremsætte forslag til indsatsområder i

denne sammenhæng. Derfor er udgangspunktet for dette projekt heller ikke at gå i dybden med en analyse af en konkret sygehusafdeling, og vil derfor være en mere overordnet analyse og vurdering i forhold til forandringsprocessen på sygehuset som helhed.

Mit ledelsesmæssige fokusområde i projektet er flere ledelsesniveauer. Når der omtales ”ledelsen” menes der både centerchefer, afdelings- og afsnitsledelse, mens Sygehusledelsen vil blive omtalt særskilt. En udvalgt ledelse er udgangspunktet for mine interviews, da disse personer repræsenterer forskellige ledelsesniveauer. Samtidig har de udvalgte ledere, som følge af deres lederpositioner alle oplevet forandringer af deres afdelinger/afsnit i januar 2011, og de forventes samtidig at være aktører i den kommende forandringsproces.

Projektets formål er således udelukkende at analysere de interne og eksterne forhold og beslutningsprocesser, der er gældende og afgørende for Aalborg Sygehus i den kommende forandrings- og implementeringsproces. Det er derfor også naturligt at inddrage kultur-kommunikations-, og ledelsesaspektet i spændingsfeltet mellem politikere og de fagprofessionelle på sygehuset.

I analysen af de eksterne forhold og markedsstyring som ekstern strategi indgår kun en kort beskrivelse af New Public Management (NPM) som en samlebetegnelse for et forsøg på at modernisere sygehuset med import af ledelses- og organisationsmodeller fra den private sektor. En uddybning af indholdet i New Public Management (NPM) kan læses i separat tekstafsnit i bilag 3.

Formålet med at fokusere på sygehuset – og Aalborg Sygehus som en del af sundhedsvæsenet er, at det spiller en meget central rolle, idet det er en stor organisation og en samfundsmæssig institution, der både er med til at sætte spillereglerne i forhold til andre organisationer inden for sundhedsvæsenet, og er uomgængelig som en central brik i forhold til reform af sundhedsvæsenet. Dernæst er Aalborg Sygehus en stor og kompleks organisation, der omfatter mange specialiserede afdelinger og funktioner, mange hierarkiske lag og faggrupper – sundhedsfaglige såvel som administrative og tekniske. Samtidig er sygehuset geografisk spredt på flere lokaliteter (matrikler) og har megen udveksling af patienter, personale, viden og ressourcer med andre organisationer. Dermed

er Aalborg Sygehus en omverdensafhængig og omstridt institution, genstand for megen politisk opmærksomhed og debat og under løbende forandring. Jeg anser derfor analyse af sygehuset som en institution, omgivet af mange interessenter, for at være et velegnet udgangspunkt til at skabe bevidsthed, indsigt samt analyse, der er relevant for den kommende implementeringsproces.

3.2 Teori

Fusionsprocesser og organisationsændringer på et sygehus skal forstås i den organisatoriske kontekst, de udspiller sig i. Derfor skal fusionen af sektorerne med centrene samt de kommende forandringstiltag på Aalborg Sygehus forstås i en særlig kontekst, der gør det til en rejse med specielle spændingsmomenter, og som stiller specielle krav til både de rejsende og til fortællere om rejsen. Derfor præsenteres teorielementer fra den traditionelle fusionslitteratur, der typisk beskæftiger sig med fusioner i det private, kombineret med teorielementer, som er særligt beskrivende for sundhedsvæsenets karakteristik. Jeg vil her kort redegøre for, hvilke teorier jeg vil anvende, samt hvorledes teorierne anvendes.

Normative vektorer som styrende for sygehusets rationaler og strategi:

Ved at inddrage Kurt Klaudi Klausens teori om de normative vektorer kan man få et billede af, hvad der er styrende for sygehuset og hvilke rationaler, der ligger til grund for ræsonnementer præget af hver af disse vektorer. De normative vektorer er ud fra teorien fundamentale rationaler, som styrer adfærd i organisationen, og disse rationaler for adfærd kan udtrykkes som vektorer, der påvirker eller trækker i forskellig retning. Teorien anvendes for at illustrere det krydspres af rationaler, som er gældende for Aalborg Sygehus, samt tydeliggøre hvilke strategiske og ledelsesmæssige udfordringer det giver.

Sygehuset i et krydspres – og som fusionsarena:

I beskrivelsen af Aalborg Sygehus, som en del af sundhedsvæsenet, er der flere forhold, som er særegne og som gør sygehuset til en særlig arena når der skal vælges strategi. Ved at forestille sig sygehuset som en arena, hvor der udkæmpes udvalgte typer af kampe, om forskellige problemstillinger med forskellige midler, kan man få et billede af, hvad strategi- og målsætning på sygehuset drejer sig om for at italesætte legitimiteten. Udgangspunktet er teori fra Kurt Klaudi

Klausen, som giver et teoretisk grundlag for, at vurdere den særlige offentlige kontekst, som rammesætter det organisatoriske og ledelsesmæssige arbejde på sygehuset.

Centerstrukturen – legitimering i et konfliktfyldt felt:

I forbindelse med beslutningen om den nye organisations- og ledelsesstruktur er der en række interne faggrupper samt en række eksterne interessenter i form af medier og politikere, brugere og borgere, som kræver et rationale for fusionsbeslutningen i forsøget på at erhverve omverdenens legitimitet i forandringsprocessen. Centerstrukturens anvendelse bliver derfor forklaret som middel til at opnå bestemte rationaler og legitimitetssøgen og udgangspunktet er litteratur fra Finn Borum.

Legitimeringsstrategien samt mulige konsekvenser for ændringsprocessen:

Udgør et væsentligt emne, da man ved at tilgodese et bestemt rationale kan få afgørende konsekvenser for eksempelvis engagementet i forhold til strukturkonceptets fortolkning. At vælge et bestemt rationale kan udfordre de modstridende interessenter i organisationen og legitimeringsstrategien kan derfor være præget af krydspres og kampe, såvel internt i organisationen som mellem organisationen og dens kontekst, om hvilke rationaler og logikker, der skal imødekommes. En forståelse af disse forhold bliver derfor anvendt til at belyse dette aspekt af forandringsprocessen.

I afsnittene vedrørende den eksterne forandringsproces vil der blive anvendt teori fra både Finn Borum og Kurt Klaudi Klausen. Litteraturen om offentlig organisationsteori og ledelse er begrænset, men både Borum og Klausen er nøgleforfattere indenfor området og har begge skrevet adskillige bøger om emnet, jf. litteraturliste. De beskriver begge sygehuset som indlejret i et organisatorisk felt, der er kendetegnet ved opbrud og divergerende forandringspres fra forskellige grupper, og hvorledes man ved sammenkædningen mellem koncept og rationaler kan identificere, hvordan legitimitet kan forsøges oparbejdet. Jeg har derfor valgt anvendelse af deres teorier for at kunne analysere de normative vektorers betydning for strategi og rationaler, centerstrukturens anvendelse som middel til at opnå bestemte rationaler og legitimitets søgen, samt legitimeringsstrategiens mulige konsekvenser for ændringsprocessen.

Markedsstyring som ekstern strategi:

Centerstrukturen, som man har valgt at udbygge på Aalborg Sygehus, forklares kort ud fra et konkret eksempel på New Public Management (NPM), som samlebetegnelse for forsøg på at modernisere sygehuset med import af ledelses- og organisationsmodeller fra den private sektor.

Omverdenens indflydelse på den interne ændringsproces:

Organisationsforandringer i fagbureaukratiet sker ikke alene via hierarkiet, men initieres ofte udefra via samspillet med omverdenen i organisatoriske felter eller ved direkte påvirkning fra overordnede politisk-økonomiske strukturer. Således er omverdenens indflydelse, impulser og forløb afgørende for, at den interne ændringsproces sættes i gang, og hvordan ændringerne forløber. Dermed er valg af intern ændringsstrategi og dermed valg af, hvilken grad af deltagelse der ønskes, også et resultat af omverdenen. Afsnittet vil indeholde en analyse af den interne ændringsstrategi – den top down-styrede ændringsstrategi, der indtil nu er valgt på Aalborg Sygehus, samt de mulige konsekvenser for valget. Udgangspunktet vil være Finn Borums teori om strategier for organisationsændring.

Forandringsledelse af den interne strategi og ændringsproces:

Forløbet af den interne ændringsproces er den største ledelsesmæssige opgave og kan analytisk beskrives i faser, der logisk følger hinanden, og som der skal arbejdes med for at sikre en succesfuld ændringsproces. Både Jerald Hage¹⁸ og John P. Kotter¹⁹ har hver deres bud på disse faseinddelinger, hvilket er udgangspunktet for dette afsnit. Fælles for de to teorier er, at det er forandringsagenterne, der holder sammen på processen i en organisationsændring. De to teoretikere er valgt, da deres teori supplerer hinanden ud fra et humanistisk strategifokus og hver har deres bud på succesfuld forandringsledelse. De to teorier er meget overordnede og fortæller mere om, hvad organisationen bør gøre, end hvordan den skal gøre det. Deres modeller er med andre ord glimrende konceptuelle modeller for forandringsledelse, men for at omsætte dem til praksis, skal de kombineres med mere praktiske tilgange til forandringsledelse. Afsnittet indeholder derfor en fortolkning af teorien i forhold til forandringsprocessen på Aalborg Sygehus.

Kulturens betydning for ændringsprocessen:

Kulturen kan være en barriere for forandring, hvilket kan skyldes de stærke fagprofessioner, at flere kulturer mødes samt at kulturerne ikke nødvendigvis passer godt sammen. Det betyder også, at det

”kulturarbejde”, der skal gøres i forandringsprocessen kommer til at spille en væsentlig rolle, og at professionstilgangen spiller en central rolle i måden at forstå arbejdet på sygehuset i forandringsprocessen. Samtidig sættes der med importen af nye modeller, som led i New Public Management, spørgsmålstegn ved sygehusets traditionelle professionsdominans, og den lægefaglige dominans er i tråd hermed vigende. Med disse forhold taget i betragtning, vil ændringerne på Aalborg Sygehus formentlig tage lang tid, og det vil være nødvendigt at forankre forandringerne gennem kulturændring.

Afsnittet vil tage udgangspunkt i Scheins kulturteori, idet hans opfattelse er, at kulturen gennemtrænger alt i organisationen og at det er nødvendigt at lære at analysere organisationens grundlæggende antagelser, hvis man fuldt ud skal forstå, hvorfor organisationen gør nogle af de ting, den gør, og hvorfor ledere har nogle af de vanskeligheder, de har. Scheins kulturteori vurderer jeg både er teoretisk og praktisk anvendelig, og hans definition af organisationskultur giver en operationaliseret metode til at analysere kultur på, som jeg kan bruge i min analyse.

Scheins begreber kan efter min mening anvendes i alle tre hospitalssøjler – læger, sygeplejersker og administratorer. Der er tale om tre grupper med hver deres historie, søjlerne er en flerhed af personer og har hver især de fælles mål, at opretholde og styrke fagmonopolerne og skabe og fastholde faglig identitet.

3.3 Empiri

Behandlingen af problemområdet tager udgangspunkt i empirien. Der skelnes her mellem sekundær og primær empiri, idet projektets problemformulering søges belyst gennem både sekundær empiri samt kvalitative interviews. Dette metodiske grundlag er først og fremmest udvalgt, for at gøre det muligt at indfange sygehusets kompleksitet samt de forhold, der kan have indvirkning på aktørernes adfærd og meningssystemer, hvorfor kvalitative interviews betragtes som et relevant metodisk grundlag for analysen.

Samtidig er jeg indforstået med at eventuel anvendelse af primær empiri kan udligne nogle af de ulemper, der opleves ved brug af eksempelvis kvantitativ sekundær empiri, og at der ved anvendelse

af primær empiri kan opnås indsigt i problemer, som den sekundære empiri ikke tilvejebringer. Tolkning af elementer som toneleje, sprogvalg og generel fremtoning mener jeg er et vigtigt aspekt, som særligt kommer til udtryk i de kvalitative interviews. Derfor er analysen i hovedopgaven også baseret på en kombination af både primær og sekundær empiri.

3.3.1 Primær empiri

Primær empiri er kendetegnet ved, at den er indsamlet specifikt i relation til udarbejdelsen af dette projekt, hvilket eksempelvis kan foretages ved interviews og daglige observationer²⁰. Da jeg ikke har min daglige gang på sygehuset, har jeg ikke haft mulighed for løbende ustrukturerede daglige observationer, jf. Enderud²¹, men har i stedet gennemført semistrukturerede interviews. De semistrukturerede interviews gennemføres ved, at spørgsmålene stilles ud fra en forudgående udarbejdet interviewguide indeholdende spørgsmål samt en række temaer, som ønskes afdækket. Interviewguiden tematiserer således, hvilke empiriske sammenhænge, der ud fra teoretiske forståelser forventes at kunne afdækkes, således at der efterfølgende kan foretages teoretiske fortolkninger i analysen.

På trods af at spørgsmålene, i det semistrukturerede interview er formuleret på forhånd, forekommer denne interviewform, i modsætning til den fuldt strukturerede interviewform, stadig åben og fleksibel. Dette skal blandt andet ses i forhold til, at der undervejs kan forekomme ændringer af spørgsmålenes rækkefølge og form. I forhold til de konkrete interviews gør dette sig gældende når interviewpersonen har behov for, at få spørgsmålet uddybet, eller når der kan forekomme forståelsesproblemer. Herudover giver det semistrukturerede interview ligeledes muligheden for at stille yderligere dybdegående spørgsmål til de af interviewpersonens svar og fortællinger, som forekommer særligt relevante i forhold til problemstillingen. Dette giver mulighed for, at opnå indsigt i de forhold som interviewpersonerne tillægger særlig vægt. For at motivere interviewpersonen til at give længere og uddybende svar frem for blot at svare kortfattet og faktuel, lægges der ligeledes vægt på det narrative element i udarbejdelsen af de stillede spørgsmål. Dette forstået ved, at det så vidt muligt forsøges at stille åbne spørgsmål frem for lukkede ja/nej spørgsmål.

3.3.1.1 Interviewpersoner og interviewsituationen.

Som baggrund for projektets analyse er der i alt foretaget 4 interviews, som alle er foretaget som individuelle interviews. Antallet af interviews er vurderet at være passende i forhold til at afdække projektets problemstilling, idet projektets primære formål er at foretage en problemidentificerende analyse, og derved ikke har til hensigt at afdække alle de konkrete processer hvilke processer ? i aktørernes interne arbejdsgange. Jeg har valgt at anvende identisk spørgeramme for alle interviews (se bilag for interviewguide), da jeg vurderer, det vil give et mere nuanceret billede af svarene. Følgende personer er blevet interviewet, de har alle ønsket fuld anonymitet.

- En oversygeplejerske fra afdelingsledelsen
- En ledende overlæge fra afdelingsledelsen
- En afdelingssygeplejerske fra afsnitsledelsen
- En overlæge fra afsnitsledelsen

3.3.1.2 Overvejelser omkring udvælgelse og kontakt til interviewpersoner.

Interviewpersonerne er primært udvalgt efter overvejelser om repræsentation fra de to dominerende fagprofessioner: læger og sygeplejersker samt fra de forskellige ledelseslag i organisationen. Samtidig har jeg i forbindelse med seminar 2 projektet haft forudgående kontakt med nogle af de respektive interviewpersoner. Alle interviewpersonerne er blevet udvalgt grundet deres position i centerstrukturen på Aalborg Sygehus samt det forhold, at de er dominerende aktører i den kommende implementeringsproces i kraft af deres lederpositioner. Herved kan interviewene ligeledes betragtes som 'ekspertinterviews'. Desværre afslog en af centercheferne at deltage i et interview, hvilket udelukker empiri fra øverste ledelseshierarki under Sygehusledelsen.

Interviewpersonerne blev inviteret til deltagelse i interviews til projektet via e-mail, hvori jeg kort præsenterede projektets formål, samt hvilke emner, jeg ønskede at behandle. Desuden modtog interviewpersonerne projektets problemstilling og problemformulering, den fulde interviewguide samt en liste over de primære og sekundære spørgsmål, se bilag 1. Såfremt interviewpersonerne ønskede at forberede sig forud for interviewene havde de således det fulde materiale.

De gennemførte interviews er anvendt i projektets analyse del. Der er indsat citater i teksten, som understøtter analyserne, hvilket efter min mening gør opgaven mere brugervenlig og spændende at læse.

En bredere kreds af interviewpersoner kunne have skabt en mere dybdegående forståelse for de problemstillinger, der knytter sig til den ændringsproces, sygehuset står overfor. Eksempelvis er patienternes oplevelse af mødet med sundhedssystemet yderst central i forståelsen af de sammenhængs- og koordinationsproblemer, som centerstrukturen og dermed patientforløbet blandt andet skal afhjælpe. Samtidig er f.eks. lægers og sygeplejerskers oplevelse af processen omkring de nuværende og fremtidige ændringstiltag interessante i planlægningen og udførelsen af den interne ændringsstrategi. Et alternativ kunne være at en række patienter, sygeplejersker og læger havde deltaget i fokusgruppeinterviews. Disse bredere interviews vurderes dog meget tidskrævende og er derfor fravalgt.

3.3.1.3 Overvejelser omkring interviewsituationen og efterbehandlingen af data.

Alle interviews forventes at have en varighed af ca. 30 minutter og alle interviews planlægges udført på steder relateret til sygehuset. Jeg er bevidst om, at dette kan skabe en anden interviewsituation, end hvis stedet var udenfor sygehusregi, idet der i sygehusregi kan være en tendens til en vis faglig og professionel distance mellem interviewer og interviewperson. Alle interviews optages som lydfil på medbragt computer, hvilket interviewpersonerne gøres opmærksom på. Dette er planlagt, for efterfølgende at kunne transskribere interviewene. I transskriberingen vil jeg lægge vægt på, at interviewene transskriberes således, at kun de vigtigste detaljer fremgår i bilag til projektet. Hvor det forekommer relevant for projektet anvendes korte eller længere citater i analysen. Citaterne transskriberes så ordret som muligt for at sikre validiteten, i overgangen fra mundtlig til skriftligt sprog. Dette skal ses i sammenhæng med en væsentlig pointe - spørgsmålet om, hvad der er en gyldig oversættelse fra mundtlig til skriftligt sprog, knytter sig til valget af sproglig udformning af transskriptionen. Tænkepauser angives med visning af gentagne prikker i sætningen, mens gentagelser mv. nedskrives de steder, hvor det forekommer relevant for meningen

3.3.2 Sekundær empiri

Sekundær empiri er eksisterende data, der ikke er indsamlet eller genereret specifikt med henblik på udarbejdelse af dette projekt²². Den anvendte sekundære empiri, anvendes dels til at belyse problemområdet i projektet, dels som grundlag for problemformuleringen. Desuden er den sekundære empiri et element, der kan anvendes til vurdering af, hvilke væsentlige problemområder, der er gældende ved indførelse af en ny organisations- og ledelsesstruktur på Aalborg Sygehus.

Der benyttes følgende typer af sekundær empiri, som alle er af kvalitativ karakter, og som betegnes forsknings- og procesdata²³:

- **Muusmann-rapporten, 2010²⁴**: Region Nordjylland har ønsket at vurdere den nordjyske ledelsesstrukturens organisatoriske funktionalitet samt vurdere alternative muligheder til den eksisterende struktur. Det var Regionens mål, at analysen skulle bidrage til at skabe klarhed og tryghed omkring fremtidens ledelsesorganisation på kort og lang sigt i Region Nordjylland. Analysen er foretaget af konsulentfirmaet Muusmann/4Improve som har udarbejdet Muusmann-rapporten.
- **Budgetforliget, 2010²⁵**: Regionsrådet vedtog den 21. september 2010 Region Nordjyllands budget for 2011. Budgetforliget medfører besparelser, således at sygehusene skal spare 90 mio. kroner på driften i 2011. Det betyder, at der skal ske en række strukturelle ændringer, dels i form af en beslutning om at nedlægge de tre tværgående sektorer, dels i form af enkelte udvidelser og strukturelle besparelser.
- **Somatisk Sygehusplan for Region Nordjylland, 2009²⁶**: I hver valgperiode udarbejder Region Nordjylland en Sundhedsplan, som er en samling af regionens planlægningsarbejde på sundhedsområdet.
- **Den generelle Sundhedsaftale, 2010²⁷**: Sundhedsaftalen skal sikre koordinering og sammenhæng af indsatsen indenfor sundhedsområdet med det formål, at sikre sammenhængende patientforløb, der går på tværs af regioner og kommuner.
- **Budgetaftale, 2011²⁸**: Sygehusledelsen på Aalborg Sygehus indgår og aftaler en kontrakt mellem Aalborg Sygehus og Region Nordjylland om driften af sygehuset. Kontrakten indeholder de overordnede målsætninger og konkrete rammer for sygehuset med hensyn til økonomi, aktivitet og krav til servicemål.
- **”Beskrivelsen af sektoren Ortopædkirurgi Nordjylland”, 2002²⁹**: Nordjyllands Amtsråd godkendte den 9. april 2002 en rammemodel for den fremtidige ledelsesstruktur i det

somatiske sygehusvæsen i amtet. Godkendelsen indebar, at der skulle udarbejdes et konkret forslag til gennemførelse af den valgte model, herunder blandt andet en beskrivelse af den fremtidige organisering og ledelse af ortopædisektoren. Med henblik på at udarbejde et konkret forslag var der nedsat en projektgruppe af bl.a. fagspecialister.

- **Mailkorrespondance** fra administrative kontaktpersoner i Regionen og sygehus administrationen vedrørende status for beslutninger og detailplanlægning i forlængelse af budgetforliget.

3.4 Kildekritik

Foruden en almindelig kritisk holdning til de teorier, der er valgt til diskussion af de empiriske observationer, er det relevant at bemærke, at mine vejledermøder i forhold til problemområdet næppe kan betragtes som objektive. Da min vejleder har været meget involveret i problemområdet i kraft af hans rolle som ortopædkirurg og i kraft af tidligere ansættelse på Aalborg Sygehus, sektor for Ortopædkirurgi, har vejledermøderne indimellem været præget af subjektiv opfattelse af problemområdet. Dette må formodes at få betydning for, hvilken empiri, der findes relevant i forhold til problemområdet, og hvilken værdi denne empiri tillægges.

Da jeg ikke selv er ansat på sygehuset og ikke har et dybere, forudgående kendskab til organisationen eller organisationsændringerne, har det givet mulighed for at beskrive og analysere problemområdet ud fra et objektivt ”konsulentperspektiv”. Men grundet mit manglende forudgående kendskab til organisationen har det også været afgørende i processen, at kunne trække på min vejleders erfaring og kendskab, samtidig med at jeg har haft en højere grad af objektivitet i behandlingen af problemområdet. Således er det min forventning, at jeg gennem henholdsvis et aktør- og et observatørperspektiv kan opretholde en fornuftig balance mellem objektive observationer og subjektive vurderinger.

4. Analyse

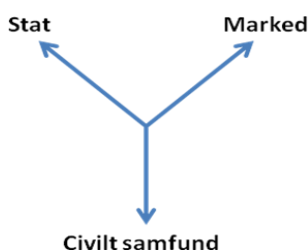
I dette afsnit vil teorien blive gennemgået med det formål at analysere de eksterne forhold og vilkår – den eksterne ændringsproces, som er gældende for sygehuset som offentlig institution, og som jeg anser væsentlig i forhold til at vurdere, hvilke rationaler og legitimeringsprocesser, som er gældende ved beslutningen om ny ledelses- og organisationsstruktur på Aalborg Sygehus, og hvilke problemstillinger disse rationaler og legitimeringsprocesser medfører. Samtidig vil teorien blive anvendt til at analysere den interne ændringsproces i forhold til de ledelsesudfordringer, kulturforhold og indsatsområder, som er væsentlige forud for implementeringsprocessen. Dette vil jeg løbende sammenholde med det kendskab, jeg har til sygehuset for at evaluere og identificere elementer, som kan give anledning til særlig bevidsthed og opmærksomhed i implementeringsfasen.

4.1 Den eksterne ændringsproces

4.1.1 Normative vektorer som styrende for sygehusets rationaler og strategi

Ved at inddrage Kurt Klauði Klausens teori om de normative vektorer kan man få et billede af, hvad der er styrende for sygehuset og hvilke rationaler, der ligger til grund for hver af disse vektorer, jf. også omtale fra tidligere afsnit om sygehusets særlige kontekst. De normative vektorer er fundamentale rationaler, som styrer adfærd i organisationen, og disse rationaler for adfærd kan udtrykkes som vektorer, der påvirker eller trækker i forskellig retning. Der skelnes mellem tre modsatrettede normative vektorer, som kommer til udtryk i samfundet, organisationer og hos enkeltindivider, nemlig stat, marked og civil samfund³⁰ - se nedenstående figur.

Figur: Normative vektorer som trækmechanismer.

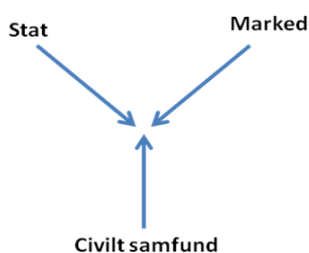


Kilde: Klausen, 2003, side 16.

Med ”stat” som normativ vektor tænkes der på et rationale som politik, magt og regler som styrende. Med ”marked” tænkes på penge og kontrakter og med ”civilt samfund” tænkes der på etik, moral, værdier, loyalitet og respekt som styrende.

De tre vektorer illustrerer som rationaler krydsende pres/trækmekanismer, som skal afvejes i den strategiske ledelsessituation. Vektorerne kan og vil trække i hver sin retning, dvs. påvirke og trække den enkelte og organisationen i en bestemt retning, så der opstår krydspres. Dette kan ses illustreret i nedenstående figur. At der er et mix af de tre vektorer understreger, at den enkelte og organisationen er en del af noget større. I forhold til sygehuset betyder det, at de mange legitime aktører i de politiske processer vil have mange uklare, flertydige og konfliktfyldte mål, hvilket ofte vil betyde, at der er tale om komplicerede problemer – såkaldte ”wicked problems”. Af den grund ses der ofte megen kritik af ”nemme løsninger” i offentlige institutioner anvist af private konsulentfirmaer³¹.

Figur: Normative vektorer skaber krydspres.

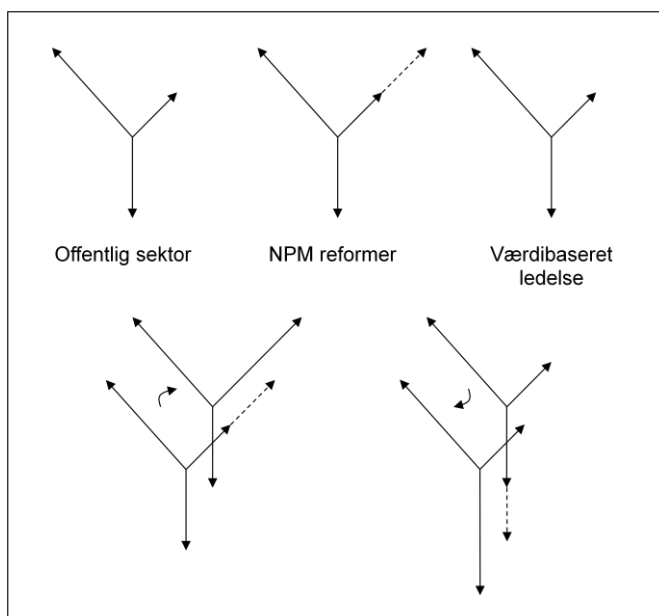


Kilde.: Klausen, 2003, side 17.

I forhold til de normative vektorer er sygehuset primært domineret af statsvektoren. Det er den politiske omverden, eksempelvis regionspolitikere der træffer de politiske beslutninger, og som har stor betydning for sygehusorganisationen. Men de tre vektorer vil alle være til stede i et vist omfang, og den politiske omverden er også relateret til borgerne (brugere og patienter) og til den måde borgerne inddrages og repræsenteres på i forskellige sammenhænge, hvilket også forklarer det krydspres af rationaler. De forskellige rationaler har betydning for de strategier, som udvikles i forhold til den politiske omverden, idet det er forhandlingsstrategier og legitimitetsstrategier, som udfolder sig på arenaen for bevidsthedsstrategi, som er en af de otte strategiske arenaer i Kurt Klaudi Klausens teori³². Disse vil blive nærmere omtalt i følgende afsnit ”sygehuset som strategi- og fusionsarena”.

Når nye organisations- og ledelsesstrukturer skal implementeres på Aalborg Sygehus, sker der en forskydning af de normative vektorer som følge af strategiudvikling. Da centerstrukturen kan tolkes som et konkret eksempel på New Public Management, jf. afsnit 4.1.3, sker der en styrkelse af markedsvektoren, som befinder sig i den tekniske omverden. Det er den omverden, som vedrører konkurrencesituationen og eksempelvis omhandler udlicitering af offentlige driftsopgaver (rengøring, madlavning mv.). Hermed skabes en situation, hvor sygehuset må indstille sig på at skulle udvikle mere traditionel strategi for overlevelse og vækst, hvilket ikke tidligere har været så vigtig i en offentlig kontekst. Konkurrencesituationen har jo i overvejende grad været præget af monopol og naturlig arbejdsdeling snarere end konkurrence mellem de tre sektorer: den offentlige, den private og den tredje sektor i form af frivillige organisationer. Der kan imidlertid ikke være tvivl om, at det stadig primært er strategi på politiske markeder (statsvektoren) og dernæst værdiorienteret strategi (civilsamfundsvektoren), som er det afgørende i offentlig regi, idet offentlige organisationer lever af politisk legitimitet og politisk beslutningstagning, men blandingsforholdet er under forandring. I nedenstående figur er det illustreret, hvorledes gennemførelse af forskellige reformer og strategier påvirker vægtningen af de normative vektorer.

Figur: Ændringen i normative vektorer som følge af reformer og strategiudvikling



Kilde: Klausen, 2001, side 125

Det forhold, at der sker en forskydning af de tre normative vektorer i forbindelse med den kommende ændringsproces på Aalborg Sygehus, således at der i højere grad skal ageres strategisk og

offensivt, er efter min mening en af de store interne udfordringer for ledelsen på Aalborg Sygehus. Man kan sige, at ledelsen skal afklæde sig den klassiske bureaukratiske administratorrolle og påtage sig rollen som ledere, der sætter sig i spidsen for projekter og kan være medvirkende til at sætte nye dagsordener. Det kan være en udfordring for eksempelvis de ledere, som har deres identitet bundet meget op på deres fagprofession, dvs. ledere som blevet ledere som følge af faglige uddannelsesmæssige kompetencer, frem for ledelsesmæssige kompetencer. Dette vil jeg behandle yderligere i afsnit 4.2.4 vedrørende ledelsesopgaven og behovet for uddannelse af ledere i forandringsprocessen. De øvrige vilkår og udfordringer, som jeg vurderer ledelsen står over for i relation til ændringsprocessen, uddybes ligeledes.

Af nedenstående figur fremgår det, hvorledes forskellige grundvilkår i den institutionelle, tekniske og politiske omverden rummer mulighed for udvikling og satsning på forskellige strategier, og hvordan dette samtidig stiller krav til ledelsen om udvikling af nye lederegenskaber, kvalifikationer og roller. Med ændring af grundvilkår til højere grad af markedsorientering sker en forskydning af strategien, som igen stiller krav til nye lederkvalifikationer. Dette fremgår af nedenstående citat fra afdelingsledelsen:

"Jeg forventer, der kommer til at ske en ændring mod mere forløbsledelse og mere managementledelse frem for leadership, og så vil en stor del af det, hvor jeg har min styrke forsvinde".

4.1.2 Sygehuset som strategiarena i forandringsprocessen

Med henblik på at forestille sig sygehuset som en arena, hvori der udkæmpes bestemte udvalgte typer af kampe om forskellige problemstillinger med forskellige midler og på baggrund af forskellige spilleregler, kan man få et billede af, hvad strategi- og målsætning på sygehuset drejer sig om. Som ovenfor nævnt, trænger behovet for at tænke og handle strategisk i den offentlige sektor sig på med stigende styrke. Det sker, idet der stilles spørgsmålstejn ved offentlige organisationers eksistensberettigelse, fordi man bevæger sig fra en monopolsituation til en overlevelsessituation, der begrundes i øgede forventninger til offentlige serviceudbud (herunder krav om flere valgmuligheder). Dette åbner mulighed for større fleksibilitet i måden at håndtere organisatoriske og ledelsesmæssige opgaver på, samt at træffe selvstændige beslutninger på forskellige forvaltningsniveauer og i de institutioner, som er gået fra regelstyring til rammestyring og øget decentralisering.

En forandring, som den Aalborg Sygehus befinder sig i, er som tidligere nævnt en kompliceret ændringsproces med mange legitime interne såvel som eksterne interessenter og interesser, ligesom flere af forhandlingerne foregår på mange niveauer, blandt andet det statslige, det regionale, og det lokale/kommunale. Samtidig er Sygehusledelsen ikke herre i eget hus, og de kan umiddelbart ikke selvstændigt træffe beslutninger vedrørende så omfattende strategiske tiltag som eksempelvis at fjerne sektorer og fusionere specialer. Der er dog undtagelser, jf. eksempel side 43 vedrørende etablering af de funktionsbærende enheder i 2002, som blev besluttet med accept fra politikerne. Som udgangspunkt skal det besluttet og sanktioneres af politiske udvalg og bestyrelser, der som tidligere beskrevet ikke er sammensat for at være strategiske sparringspartnere for organisationen. Det er med andre ord sådan i den offentlige kontekst, at det bliver helt afgørende at overbevise andre uden for institutionen om, at den strategi, man ønsker at gennemføre, er den rigtige og dernæst sikre, at det bliver besluttet at sanktionere ideen eller forslaget, at skabe legitimitet – jf. mere herom i afsnit 4.1.3 vedrørende analyse af legitimitet.

Strategiarbejdet handler derfor om tilpasning til omverdenssituationen, hvilket Klausen³³ kalder de tre typer af omverdener: den tekniske omverden (markedsvektoren), den politiske omverden (statsvektoren) samt den institutionelle omverden (civilsamfundsvektoren). Når der som tidligere omtalt sker ændring af grundvilkårene til højere grad af markedsorientering, sker en forskydning af strategien, således at behovet for mere traditionel strategi opstår. Alligevel er det stadig primært strategi på politiske markeder (statsvektoren) samt værdiorienteret strategi/bevidsthedsstrategi (civil samfundsvektor), som er en af de vigtigste arenaer³⁴, hvor sygehuset kan italesætte legitimiteten. Nedenstående figur illustrerer de tre strategiformer, som er gældende for sygehuset, og hvad de hver især indebærer af karaktertræk.

Figur: Tre strategiformer og strategifelter: politisk, strategi, markedsstrategi og bevidsthedsstrategi

strategiform /-felt karaktertræk	POLITISK STRATEGI	MARKEDSSTRATEGI	BEVISTHEDSSTRATEGI
<i>retter sig mod</i>	den politiske omverden	den tekniske omverden	den institutionelle omverden
<i>drejer sig om</i>	indflydelse på beslutningstagning - interessevaretagelse	indflydelse og erobring af markedsandele - ydelsesprofilering	at erobre legitimitet, overbevise, sætte dagsorden - dagsordensættelse
<i>i forhold til</i>	forhandlinger og problemløsning	slag og bytte af produkter og serviceydelser	kommunikation om ideer, værdier, meninger og holdninger
<i>kommer til udtryk i med metaforen</i>	hvad er muligt - det muliges kunst	hvad er ønskeligt - en kalkuleret risiko	hvad er rigtigt, hvad er problemet og løsningen - det passende
<i>gennem medierne</i>	forhandling, magt, hieraki, regler og kontrol	salg og bytte, penge, kontrakter og kontrol	kommunikation, sprog, symbolske handlinger og selvforvaltning
<i>efter analyse af</i>	politiske magtforhold	konkurrencemæssig situation	fremherskende opfattelser
<i>Løsningsform</i>	dominerende koalition bestemmer eller kompromis	konkurrence eller samarbejde	fortolkning, dialog, uenighed eller konsensusdannelse
<i>konkrete strategiformer</i>	Forhandling, undertrykkelse, oprør, alliancebygning, imperiebygning, netværksdannelse, koalitionsdannelse m.fl.	Fokus, niche, prisførende, kvalitetsledende, diversifikation, alliance, karteldannelse og skjulte monopoler m.fl.	Kommunikation, argumentation, markedsføring, kampagne, eksemplarisk handling m.fl.
<i>klassiske udtryk</i>	forhandlingsstrategier og planer	generiske strategier	visioner og ekspressive strategier

Kilde: Klausen, 2001, side 144

Grunden til, at denne kamp om folks bevidsthed, og at deres virkelighedsopfattelse er så afgørende skyldes, at når man først kan se meningen med beslutningen om problemet – den ny organisations- og ledelsesstruktur på Aalborg Sygehus, så arbejder man også efter den beslutning. Ifølge Klausen³⁵ foregår denne proces på arenaen for bevidsthedsstrategi^H, og her er kernekompetencerne netop, at medarbejderne kan fortolke, forstå og kommunikere, hvad det er organisationen står for (identitet og image – dvs. selvbillede og måde den betragtes på af andre), hvad den står over for (situationen) og

^H I den bevidsthedskontrollerende magt udøves magten skjult og giver sig til udslag i en manglende bevidsthed om, hvad der er ens virkelige interesser. Man kan således i denne magtdimension gennem påvirkning af interesser opnå at modsatrettede interesser ikke erkendes (kilde:Klausen, 2006).

hvad den må gøre (de vedtagne strategier) på en meningsfuld og forståelig måde – både internt og eksternt. Det drejer sig ikke kun om at sætte ord på, men er også et spørgsmål om, hvordan denne italesættelse finder sted. Det er derfor afgørende, at ledelsen på sygehuset og politikerne i regionen prioriterer denne del i forbindelse med fusionsbeslutningen forud for den kommende implementering. De må iagttage, analysere, fortolke, kommunikere, indlede dialog og forhandling for at skabe afklaring af, hvad der kan skabes enighed eller konsensus om, og hvad der er uenighed om, hvad angår situationens beskaffenhed og begrundelserne for beslutningstagning og handling.

Sammenholdt med senere afsnit 4.2.2, hvor John P. Kotters 8-trins model anvendes, kan Klausens fortolkning af arbejdet på ”arenaen for bevidsthedsstrategi” sammenlignes med de trin i Kotters model, der skal arbejdes med for at sikre en succesfuld intern ændringsproces. Her tænkes specielt på Kotters ”oplevelse af nødvendighed” samt ”kommunikation af ændringsvisionen”. Jeg vurderer, at de to forfattere i virkeligheden har samme opfattelse af, på hvilken måde implementeringsprocessen bør gribes an, og hvilken grad af deltagelse der ønskes. De ser begge en høj grad af deltagerstyring for at opnå et tilstrækkeligt engagement og dermed større chance for at ændringerne bliver gennemført helt ud i udførende led. Man kan sige, at begge forfattere er tilhængere af den humanistiske ændringsstrategi, som placerer menneskelige værdier i centrum som nøglen til udvikling af organisationer, hvilket jeg mener, er en af fagbureaukратиets svagheder, jf. senere afsnit.

Anvendelse af bevidsthedsstrategien i forhold til forandringsprocessen på Aalborg Sygehus har jeg personlig ikke oplevet særlig markant. Beslutningen har været annonceret i dagspressen en enkelt gang, og det har været muligt at læse herom på regionens hjemmeside i en enkelt artikel. I forhold til den interne bevidsthed har jeg kendskab til en kilde fra afsnitsledelsen på sygehuset, som i forbindelse med en uformel samtale har givet udtryk for, at vedkommende oplever, at der ikke har været prioriteret en særlig fyldestgørende information vedrørende den forudgående undersøgelsesproces samt efterfølgende beslutning. Vedkommende har ikke følt sig godt orienteret, udover kendskab til datoen for offentliggørelsen af Muusmann-rapporten. Dog har der efter annonceringen været afholdt høringssvar, som en del af principperne om reglerne for høring. Meddelelsen blev givet på intranettet, og der var kun 30 særligt indbudte ledere, som deltog i to innovationsdage til diskussion om løsningsmuligheder forud for den færdige analyse – jf. Muusmann-rapporten³⁶. Derudover har der været afholdt særskilte samtaler og interviews med regionens direktion, med Sygehusledelsen og med Sektorledelserne. Regionspolitikkerne har ikke

været involveret i samtaler eller interviews. Undersøgelsen har således ”ekskluderet” det politiske niveau som informanter. Der har ligeledes været afholdt en række sygehusbaserede og sektorbaserede fokusgruppeinterviews med ledende medarbejdere fra alle involverede enheder. Endvidere har der været afholdt fokusgruppeinterviews med tværgående grupperinger fra sygehusene, sektorer, FBE’ere og Regionssygehuset, og der har været gennemført 2 surveys med deltagelse af alle ledere, der har personaleansvar. Konsulenterne har endvidere afholdt en ”ekspertdag”, hvor nordiske professorer med særlig viden og kompetence om sygehusorganisationer, ledelse og sundhedsøkonomi, sammen med sygehuschefer med særlig viden og kendskab om svenske og norske forhold indgik i et dynamisk analyse- og udviklingsforløb, hvor de kunne fremlægge vurderinger og anbefalinger³⁷. Således kan man sige, at det kun er et begrænset forum af ledere/eksperter fra sygehuset, som har været involveret og dermed orienteret om processen, og at disse få har oplevet processen anderledes end den øvrige ledelse. Samtidig er der noget, der tyder på, at afdelingsledelserne har været bedre orienteret end afsnitsledelserne. Nedenstående citat fra en leder i afdelingsledelsen siger således:

”Omkring omstrukturering og ledelsesdelen, så har der været afholdt et seminar, hvor jeg har været involveret som afdelingsledelse, og der har været nogle møderækker og nogle ekspertdage – jeg har været med i intensivdelen og en mere....., samt nogle møder, hvor vi som ekspertgruppe er blevet interviewet. Så man kan sige vi på den baggrund har været informeret, og i kraft af det også orienteret om, hvordan det faglige fællesskab skal være”.

En leder fra afsnitsledelsen udtaler sig tilsvarende:

”.....der har forud for beslutningen været snak med sektorchefen, men ikke med medarbejderne, hvilket jeg synes er tankevækkende, at man kan konkludere på ledelsesstrukturen, hvor man ikke har snakket med medarbejdere eller mellemledere”.

En anden afsnitsleder udtaler sig også:

”Vores sektorledelse blev godt orienteret – hvordan vi kom til at se ud i den nye organisation, kunne de ikke sige – da der var behov for et større analysearbejde. Vi har selvfølgelig givet udtryk for, at vi ønsker at give vores meninger til kende – og nu venter vi på, hvornår de kommer og spørger os om vores input”.

”Vi har selv meldt ud på afsnitsmøder til vores afsnitsledere, og så har de meldt klart ud igen videre. Der er ingen tvivl om, at der kan være meget filter på og meget værdiladning når informationerne gives, så det er vigtigt både at være ærlig og loyal overfor sin organisation når tingene meldes ud”.

På baggrund af ovenstående, vurderer jeg, at Sygehusledelsen og politikerne indirekte har forsøgt at gøde jorden for deres egen problemforståelse og tolkning af virkeligheden. Dette er sket gennem samtale og interviews samt symbolsk og eksemplarisk handling blandt andet med innovationsdagen og ekspertdage. Jeg vurderer ikke, man har prioriteret den direkte bevidsthedsskabende proces, hvor meningen med beslutningen om forandringsprocessen skabes, for offentligheden og det sygehuspersonale, som ikke har været direkte involverede i interviews, ekspertgrupper mv. Man kan derfor stille spørgsmål ved, om Sygehusledelsen og politikerne har skabt sig den fornødne legitimitet og ejerskab til den videre implementering hos offentligheden, den øvrige ledelse og hos medarbejderne. Jeg vurderer ikke, man har arbejdet målbevidst med bevidsthedsstrategien, hverken eksternt med henblik på at få problembevidstheden og dagsordenen løftet op på den relevante beslutningsarena, eller internt i organisationen med henblik på at bane vejen for en reel implementering. En leder for en afdelingsledelse forklarer dette med, at ændringerne ikke har påvirket den kliniske hverdag endnu:

"Der er ikke været de store påvirkninger i afsnittene, altså driftsafdelingerne... ..de har ikke været voldsomt påvirket endnu. Det foregår længere oppe, så der har ikke været modstand – de trækker på skulderen, da det ikke påvirker deres dagligdag og endnu ikke har indvirkning på deres dagligdag".

Jeg vurderer, at ledelsen og politikerne derfor bør iscenesætte eksempelvis informations- og kommunikationskampagner internt og eksternt for at flytte problembevidstheden og for at skabe forståelse for de nye løsninger samt give et realistisk og troværdigt billede af, hvad fusionsprocessen indebærer. Dette er også med tanke for, at sygehuset med de mange specialiseringer og personalegrupper har behov for særlig fokus på kommunikationsområdet for at få tilstrækkelig opbakning til at gennemføre de radikale ændringer. Som minimum mener jeg derfor, at der eksternt og internt bør kommunikeres klart ud om vision og strategi, samt rationale bag den nye struktur for at styre den kommende integrationsproces – jf. senere afsnit 4.1.3 om rationale og legitimitetsdannelse samt afsnit 4.2.2 om "kommunikation af ændringsvisionen". Samtidig foreslås, at ledelsen kommunikerer status og planer for de kommende delimplementeringer. Disse kan eksempelvis løbende meldes ud på intranettet og via MED udvalgene^{1 38}, som skal have en mere aktiv og klar rolle i kommunikationen til medarbejderne, da disse udvalg fungerer som bindeled mellem ledelse og det øvrige personale. Jeg har forespurgt personer fra planlægningsafdelingen, om man har vurderet

¹ MED udvalg står for medindflydelse og medbestemmelse og består af udvalg med ligelig repræsentation fra ledelse (arbejdsgiver) og medarbejdere (arbejdstagere). Tillidsrepræsentanten er den centrale medarbejderrepræsentant. Medindflydelse og medbestemmelse indebærer gensidig pligt til at informere om og drøfte alle forhold af betydning for arbejds-, personale-, samarbejds- og arbejdsmiljøforhold. I region Nordjylland findes der både hovedudvalg, Center MED udvalg og Lokal MED udvalg.

kommunikationsstrategi for løbende nyheder på intranettet vedrørende organisationsændringerne, men svaret var, at det var blevet nævnt men på nuværende tidspunkt ikke med i beslutningerne. Således kan der være risiko for, at der på grund af mangelfuld kommunikation vil opstå dels manglende eller forskellig forståelse af ændringsprocessen, dels modstand mod forandring og ligefrem krise- og fusionssyndrom hos de ansatte forud for integrationen³⁹. Dette kan få konsekvenser for den efterfølgende interne implementering, hvilket vil blive behandlet i senere afsnit om legitimeringsstrategiens konsekvenser.

4.1.3 Centerstrukturen – legitimering i et konfliktfyldt felt

Princippet omkring centerdannelse består i at samle beslægtede patientgrupper og specialer i samme organisatoriske enhed - et center. Med udbygning af centerdannelsen i Aalborg forventer politikere og Sygehusledelse ifølge Muusmann-rapporten at skabe nogle dynamiske fagorganisationer, hvor medarbejderne og behandlingen, den faglige udvikling, tværfaglig forskning etc., kan profitere af at være bragt sammen i nye fagmiljøer. De faglige miljøer mener man kan skabe energi og kvalitet. Der argumenteres for, at princippet er kendt i store dele af verden og er således en anerkendt model for organisering af behandling og pleje på sygehusene. Hovedargumentet er samlet set et bedre ”span of control” i forhold til en klassisk organisering i selvstændige specialebaserede afdelinger, idet strukturen er mere simpel. Der henvises til, at der er flere eksempler på succes med centerdannelse i Danmark, eksempelvis på Rigshospitalet, som det mest markante eksempel herpå. Samtidig henvises til studier og samtaler med eksperter i UK og USA, hvor der gives indtryk af, at centerorganisering bør være det bærende organisationsprincip i sygehusdrift, og at denne grundstruktur i en organisation, der fungerer patientforløbsorienteret, udgør den rette organisatoriske sammenstilling. Ydermere argumenteres for, at der i centerbaserede organisationer med et større antal specialer i hvert center er mulighed for, at der dannes faglige fællesskaber for specialer/diagnoser dækkende en eller flere patientforløbsgrupper. Den organisatoriske konstruktion mener man således i en række sammenhænge gensidigt er understøttende for det gode patientforløb⁴⁰. Det mener jeg i virkeligheden kan give en forskningskultur i ”bredde” men uden den større faglige dybde.

Udbygningen af centerstrukturen med fokus på patientforløb bliver således lanceret af Sygehusledelse og politikere i regionen som brud med lægefaglig specialisering som sygehusets overordnede struktureringskriterium. Gruppering i centre, der er baseret på eksisterende og ønskede

fremtidige samarbejdsmønstre omkring patientbehandling, forskning og udvikling repræsenterer et forsøg på at introducere en ny helhedstænkning i forhold til en særdeles kompleks organisation. Men disse argumenter blandes også med delargumenter, jf. Muusmann-rapporten, omkring en rationalisering af ledelsesstrukturen på linje med den divisionaliserede organisationsform. Dermed mener jeg, der anvendes rationaleerfaringer fra industrien, hvor formålet hovedsageligt er et administrativt-økonomisk rationale. Dette vil jeg uddybe nærmere i kommende afsnit, som vil omhandle analyse af de forskellige institutionaliserede aktørers rationaler for den nye centerstruktur i forsøget på at erhverve omverdenens legitimitet i forandringsprocessen.

Som tidligere nævnt indgår sygehuset i et felt af både et regulatorisk og normativt pres, jf. Klausens vektorer for stat, marked og civilt samfund. Staten, politikerne og regionerne spiller en afgørende rolle i forhold til det regulatoriske pres (vægt på statsvektor), mens det normative pres udøves af stærke professionelle, brugere, borgere og medier (vægt på civile samfundsvektor). Dette indebærer forekomst af flere forskellige rationaler omkring sygehusets strukturering og opgaveløsning, da disse afspejler forskellige opfattelser af, hvordan sygehuset bør organiseres, og hvordan dets funktion kan evalueres. Disse forskellige rationaler danner hver især baggrund for mulige strategiske valg og symbolske markeringer i en sygehusledelses forsøg på at erhverve omverdenens legitimitet. Således vil målene for sygehuset også være præget af uklare, vage, flertydige og konfliktfyldte mål, som ofte er ustabile over tid, hvilket jeg i den kommende analyse vil illustrere.

I analysen sondres mellem tre rationaler: et lægefaglige rationale, et administrativt-økonomisk rationale og brugerrationalet, som er specificeret nærmere i figuren længere nede⁴¹. Jeg vil fokusere på politikere og administratorer, som bærere af primært det administrativt-økonomiske rationale, medier og den brede offentlighed som udtryk for patientrationalet, og lægerne som den mest centrale og i relation til centerstrukturen, mest kritiske faggruppe, repræsenterende det lægefaglige rationale – velvidende at lægerne også kan repræsentere et administrativt-økonomiske rationale og ”overmande” det politiske niveau i særlige tilfælde. Eksempelvis er der tidligere set forandringsprocesser på Aalborg Sygehus, hvor forandringerne blev ”styret” af lægernes ønsker og behov, og hvor lægerne påtog sig et administrativt-økonomisk rationale for i sidste ende at tilgodese deres faglige interesser. Her tænker jeg blandt andet på oprettelsen af de funktionsbærende enheder i 2002, hvor lægerne i ortopædien valgte en tilpasningsstrategi og selv udfærdigede et projektforslag for at imødekomme ønsket om funktionsbærende enheder fra politikerne, og for samtidig selv at have medindflydelse på egen fremtid. Idéen blev solgt til politikerne – ”et forhandlingsspil”, som godkendte forslaget

november 2002. Rapporten ”Beskrivelsen af sektoren Ortopædkirurgi i Nordjylland” var udfærdiget af blandt andet fagspecialister med udgangspunkt i anæstesi/ortopædkirurgi-interesser, idet forslaget bestod i at skabe en sektor for ortopædi og en sektor for anæstesi på tværs af de funktionsbærende enheder. Rapporten var en videreudviklet version fra et tilsvarende udspil i 1998. Man anvendte derfor i høj grad den magt, de argumenter og evner for det politiske spil, som var afgørende for at skabe sig legitimitet og gennemføre en plan efter fagspecialisternes eget ønske⁴². Baggrunden var blandt andet, at der forud havde været meget kritik af kvalitetsproblemer på det ortopædkirurgiske område. Samtidig var fagspecialisterne grundlæggende positiv overfor idéen om funktionsbærende enheder, idet de var opmærksomme på, hvor sårbare små specialer var, og at de gerne ville samarbejde sygehusene imellem. Samtidig var de dybt skeptiske over for tanker om at etablere funktionsbærende enheder, der dækkede hele Nordjylland. Begrundelsen var først og fremmest, at man forudså vanskeligheder med den daglige koordination mellem forskellige enheder, hvis det skulle ske via centrale amtslige enheder.

De tre rationaler, der skelnes mellem i analysen, er specificeret nedenfor:

Figur: Rationaler omkring opgaveløsning og strukturering

	Lægefagligt Rationale	Administrativt-økonomisk rationale	Bruger/Patient-rationale
Regulative og normative repræsentanter	Professionelle organisationer, f.eks. lægeforeningen, lokale lægeråd.	Direktionen, politikere, hospitalsøkonomer og –administratorer, konsulenter	Politikere, Patientorganisationer, og medier
Centrale organisatoriske aktører	Læger	Administrative ledere	Patienter
Primære organisatoriske opgaver	Patientbehandling, forskning, og uddannelse	Effektiv og efficient opgaveløsning	Patientbehandling, -pleje og servicering
Ressourcesyn	Ressourcer skal tilpasses opgaver	Opgaver skal tilpasses ressourcer	Ressourcer skal tilpasses borgerbehov
Strukturens funktion i forhold til daglig praksis	Strukturen bør afspejle lægefaglig specialisering og være et ”middel” som understøtter denne specialisering	Strukturen bør afspejle et hierarki og et relativt lille span of control. Strukturen bør afspejle økonomiske styringsbehov	Strukturen bør understøtte hensigtsmæssige patientforløb og ydelse af service
Strukturens fordeling af magt og indflydelse	Høj grad af lægelig indflydelse. Flad struktur, fagbureaukrati. Professorer og lægefagligt kompetente som ledere	Høj grad af administrativ indflydelse. Hierarki, divisionalisering, økonomistyring. Administratorer som ledere	Høj grad af patientindflydelse og -information. Strukturen bygget op om patienten. Ledelsesposter besættes med folk der er serviceorienterede
Positive symbolske markeringer	Fortællinger om rigtig lægelig behandling. Fortællinger om høj faglig kvalitet og internationalt niveau	Fortællinger om administrativt orden. Fortællinger om styr på økonomien. Ubemærkethed.	Fortællinger om gode behandlings- og plejeforløb. Fortællinger om god service og information. Fortællinger om omsorg.

Kilde: Borum, 2003, s 72.

Som nævnt øverst i dette analyseafsnit anvendes udadtil argumenter for centerstrukturen i Aalborg som middel til primært at fremme et bedre patientforløb (brugerrationale) og sekundært som mulig ramme for lægefaglig forsknings- og udviklingsaktivitet, idet der i Muusmann-rapporten er lagt op til, at man vil forlade de nuværende ledelses- og funktionsprincipper - ”den specialebaserede organisering” over tid (lægefagligt rationale). Men samtidig anvendes argumenter omkring en nødvendig rationalisering af ledelsesstrukturen med henvisning til erfaringer fra andre lande og supplerende Erik Juhl-udvalget rapport⁴³ om strukturen i fremtidens sygehus (administrativt-økonomisk rationale). En kombination af de tre rationaler ser derfor i første omgang ud til at være incitamentet for den nye organisationsstruktur, til trods for at man tydeligvis i rapporten ikke har udtænkt en plan for, hvordan et mere veltilrettelagt patientforløb kan og bør opbygges. En kilde fra en afsnitsledelse oplever baggrunden for beslutningen således:

”Vi har ikke fået at vide, hvad strategifokus er, og jeg tror baggrunden for at ændre i strukturen er et ønske om at rationalisere og bespare, og så fra politisk side et ønske om at patienten skal være i centrum, og så lyder det jo også attraktivt, at man med en centerstruktur kan få patienten i centrum – det vil politikerne jo gerne høre. Patientforløb har vi i forvejen og jeg tror ikke, det bliver bedre med en udbygning af centerstrukturen”.

En anden leder fra en afsnitsleder oplever det tilsvarende:

”Man har prioriteret noget administrativt, og så noget økonomisk, men ikke umiddelbart noget lægefagligt rationale. Patientforløb og samarbejde er vigtigt, men jeg tror ikke umiddelbart centerstrukturen kan hjælpe med det – men hvilke konsekvenser det kan have fremad har jeg svært ved lige at se”.

Derudover argumenteres for, at der i det seneste budgetforlig kræves en del besparelser, hvori der indgår en række strukturelle ændringer på sygehuset, bl.a. i form af beslutning om at nedlægge de tre tværgående sektorer⁴⁴, hvilket peger på økonomisk tilpasning og dermed anvendelse af et administrativt-økonomisk rationale. Yderligere skal også nævnes, at der i forbindelse med en ny forenklet ledelsesstruktur er lagt op til ændring af praksis med udnævnelse af ledere på grundlag af videnskabelige kvalifikationer. Det er vurderingen, at det er nødvendigt at tilføre ledelsesorganisationen ny inspiration og kompetencer udefra for at imødekomme fremtidens udfordringer⁴⁵. Det strider mod det lægefaglige speciale og sigter mod et administrativt-økonomisk rationale. En uddybning af, hvad jeg vurderer, der vil være behov for af fremtidige ledelseskompeter, vil jeg komme mere ind på i senere afsnit 4.2 ”Den interne forandringsproces”.

Jeg anser indførelsen af det nye centerkoncept som anvendelse af hovedsageligt et administrativt-økonomisk rationale, hvor man som sygehusledelse udadtil forsøger at legitimere ændringerne med anvendelsen af det lægefaglige rationale og brugerrationalet i form af argumenter for styrkelse af de faglige miljøer og hensigtsmæssige patientforløb. Jeg vurderer derfor, at tilknytningen af den nye struktur til det administrativt-økonomiske rationale er tydelig. En afsnitsleder supplerer denne opfattelse med følgende:

”Det administrativt-økonomiske er styrende, og så har man brugt de andre rationaler til at legitimere processen. Det lyder jo vældig flot, at det er patientrationalet, som skal være styrende – og det tror jeg ikke på”.

Den traditionelle professionsbaserede ledelse, som jeg vurderer, der nu tages afstand fra, har tidligere omfattet tre hovedelementer: en dominerende lægefaglig rationalitet i forhold til organisationsstrukturen, placering af lægefagligt højt kvalificerede personer i ledelsesstillinger samt faglige og politiske netværk med henblik på sikring og fordeling af bevillinger ud fra en lægefaglig argumentation. Organisationsstrukturen har indtil nu været ensbetydende med gruppering efter traditionelle, lægefaglige kriterier (onkologi, pædiatri, ortopædkirurgi, organ osv.) og få hierarkiske niveauer. Ledelsesstrukturen har været, at afdelingerne blev ledet af en læge, assisteret af/kombineret med en oversygeplejerske, og endelig har den strategiske top traditionelt haft en svag position i forhold til lægelige råd og netværk. Jeg vurderer, at udbygningen af centerstrukturen sigter mod at ændre dette forhold og at styrke det administrativt-økonomiske rationale gennem to operationer. Den ene er at indskrænke Sygehusledelsens ”span of control” – altså antallet af enheder, der refererer direkte til Sygehusledelsen. Direkte kontakt med ca. 35 afdelinger, som eksisterer på sygehuset i dag, mener jeg overstiger enhver ledelsesmæssig kapacitet, og besværliggør ledelsens mulighed for at træffe strategiske beslutninger på grund af mange interessenter. Den anden er, at etablering og udbygning af centrene indebærer en gruppering af enheder, hvor kriterierne sjældent er entydige. Som jeg ser det, vil man anvende to grupperingskriterier: naturlige grupperinger omkring patientforløb og samling af fælles faciliteter med henblik på bedre økonomisk udnyttelse af ressourcer. Jeg vurderer derfor igen, at der således bliver anvendt forskellige grupperingskriterier og rationaler, som både er administrativt/økonomiske og patientorienterede i karakter, jf. figur s. 44, og som begge udtrykker et markant brud med det lægefaglige struktureringsprincip. Dette medfører en risiko for, hvis man bryder de faglige miljøer i specialerne, at man samtidig bryder med de rimelig konsistente forskningsmiljøer og miljøer for faglig udvikling. Det er således ikke blot lægernes magt, man bryder med, men lægernes viden og mulighed for videns udvikling. Sygehusledelsen og politikerne tilstræber derfor efter min vurdering at legitimere beslutningen i forhold til et

administrativt-økonomisk rationale og patientrationalet, mens det lægefaglige rationale udfordres, men samtidig delvist forsøges imødegået ved at den fremtidige øverste ledelse af centrene (centercheferne) er læger⁴⁶. Nedenstående citater understøtter opfattelsen af, at det er de to rationaler, som prioriteres. En afdelingsleder udtaler:

"Det er hensigtsmæssige patientforløb, som er det overordnede rationale, og det lægefaglige rationale ligger lidt i det med patientforløb.....men man diskuterer at lægge flere fagmiljøer sammen, for centerdannelsen er jo en samling af fagmiljøer. Så man vil lave en slags klynger. Men økonomien kommer man ikke udenom.....".

Et andet citat fra en afsnitsleder understøtter dette:

"Det handler om øget effektivisering, og at man vil have mere for pengene, og man vil have et enklere ledelsessystem – det er det jeg anser som værende udgangspunktet".

Netop at besætte centerchef posterne med læger er interessant, idet man anvender den faggruppe, der behersker organisationens kernekompetence. I modsætning hertil viger man i andre højteknologiske virksomheder ikke tilbage for at lade generalister besætte lederposter på dette niveau, idet man ikke længere udelukkende anvender personer med faglige kvalifikationer, men også ledelsesmæssige kvalifikationer. På den måde kan man konkludere, at lægerne og lægerationalet forsøges imødekommet på sygehuset – måske for at undgå konflikt og dekobling, jf. mere herom i kommende afsnit 4.1.4. Det strider samtidig mod den officielle udmelding om, at der er behov for nye ledelsesmæssige kompetencer udefra, jf. Muusmann-rapporten. Altså ses der igen en konflikt i forhold til, hvad der officielt meldes ud, og hvad man gør. Jeg mener dette illustrerer, at legitimiteten i forhold den politiske omverden er af så stor betydning, at man siger noget og gør noget andet, og dermed stiller flere tilfredse, og alligevel sikrer legitimiteten til omverdenen.

En del af arbejdet med at planlægge den nye organisation anvendes med hjælp fra eksterne konsulenter fra konsulentfirmaet Muusmann/4Improve. Det er Sygehusledelsen, som i samarbejde med konsulenterne har udarbejdet analysen af den kommende struktur, og det er også Sygehusledelsen, som skal stå for planlægningen af den videre implementering. Engagering af eksterne konsulenter har ifølge mine kilder fra en leder i en af afdelingsledelserne på sygehuset medført diskussioner om anvendelsen af konsulenter, hvilket jeg vurderer, er en understregning af et administrativt-økonomisk rationale. Konsulenterne er administrativt og økonomisk skolede og importerer ledelses- og organisationsmodeller fra den private sektor i form af centerstrukturen som et

eksempel på New Public Management⁴⁷, den divisionaliserede form fra den private sektor, jf. Mintzberg, eller modeller fra organisationer, som man betragter som forbilleder, eksempelvis Rigshospitalet. At Muusmann-rapporten og Sygehusledelsen samtidig i processen legitimerer den kommende struktur ved at referere til industrien og til erfaringer fra hospitaler i Danmark og andre lande, (jf. tidligere afsnit), vurderer jeg er et middel til at opnå ekstern legitimitet, idet det signalerer forandring og modernitet. Sygehusledelsen forsøger dermed at imødekomme det eksterne pres fra omverdenen gennem en fokusering på det administrativt-økonomiske rationale.

I forhold til brugerrationalet omkring patientbehandling, er det ikke planlagt, hvordan forløbene helt konkret skal gennemføres i praksis – der henvises i Muusmann-rapporten udelukkende til, at dette vil blive konkretiseret yderligere. Således optræder patienterne fortsat kun som input til sygehusets produktionssystem og uden nogen basis for mere direkte engagement i og indflydelse på sygehusets restrukturering, hvilket er meget interessant, idet patientforløbene er basis for den nye model. Patienterne tildeles hverken nogen ny organisatorisk position, forankring inden for den udbyggede centerstruktur eller mulighed for ressourcekontrol, og indtil andet er nøjere planlagt, oplever patienterne formentlig fortsat de samme organisatoriske rutiner og procedurer. Dette mener jeg er problematisk, idet konsekvensen af så overfladisk stillingtagen kan medføre, at organisatoriske aktører, som bærere af dette rationale kan miste interessen for at arbejde på at relatere patientforløbene til centerstrukturen. Men forklaringen kan måske henføres til, at det i praksis vil være meget svært med det forventede pakkeforløb for patienter, idet op imod 70 % af patienterne indenfor eksempelvis ortopædkirurgi og abdominalkirurgi er akut behandling, som af selvsamme grund ikke kan planlægges⁴⁸.

Således mener jeg overordnet, at rationaletilskrivningen overvejende koncentrerer sig om at legitimere udbygning af centerstrukturen i forhold til repræsentanter for ét af de tre rationaler, det administrativt-økonomiske rationale. At dette rationale tilgodeses i så høj grad, vurderer jeg kan være ensbetydende med at sende centerstrukturen ind i et konfliktfelt, idet konfrontationen med den nuværende arketype – sygehusets professionelle fagbureaukrati, gør både magtkampe og sammenstød mellem de forskellige fortolkninger uundgåelige. Det kan på denne baggrund heller ikke overraske, at der i dagspressen er læger, som forsøger at genvinde kontrol i forhold til den nye struktur ved at melde ”bål og brand” og indbyde politikerne til debat og argumentation⁴⁹. Netop lægernes kritiske holdning og de øvrige mulige konsekvenser med at legitimere ændringsprocessen ud fra ét bestemt rationale, vil blive behandlet yderligere i næste afsnit.

4.1.4 Legitimerings strategien samt mulige årsager og konsekvenser for ændringsprocessen.

Sygehusledelsens prioritering af det administrativt-økonomiske rationale mener jeg kan få afgørende følger for den organisatoriske ændringsproces, idet de aktører, der bærer de rationaler, som ikke prioriteres i ændringsprocessen, hverken vil have energi eller anledning til at gå ind og være en aktiv medspiller i processen, når modsatrettede rationaler i så høj grad bliver tilgodeset og fremhævet symbolsk. Det forventede manglende engagement og eventuel modstand mod forandring, eksempelvis fra lægerne i forhold til strukturen, hænger sammen med, at centerstrukturen som tidligere nævnt udfordrer det lægefaglige rationale mht. specialisering som struktureringsprincip – og det professionelle bureaukrati som organisatorisk arketype, hvor lægernes traditionelle professionelle autonomi trues. Professionen står i en situation, hvor den både må forholde sig til ændrede ydre betingelser og en øget intern differentiering. Samtidig kan der på basis af en analyse af organisatoriske aktørers vurderinger⁵⁰ ikke påvises nogen sammenhæng - hverken positiv eller negativ - mellem centerstrukturen og varetagelsen af sygehusets kerneopgaver inden for det lægefaglige rationale, forskning, uddannelse og behandling, eller med brugerrationalet, patientbehandling og pleje. Man kan måske derfor ligefrem risikere, at centerstrukturen dekobles fra organisationens kerneopgaver.

At centerstrukturen samtidig, efter min vurdering, ikke tydeligt sammenkobles med brugerrationalet og dermed patientbehandling og -pleje, jf. ovenstående afsnit, er dette en konflikt i forhold til det officielle formål med den nye struktur, hvor det gode patientforløb som pakkeforløb er kernen. Begge disse rationaleprioriteringer fra Sygehusledelsens og politikernes side, mener jeg, er en risikofyldt og konfliktskabende strategi i forhold til et professionsdomineret organisatorisk felt, men den foretagne prioritering kan måske forklares ud fra flere elementer. For det første ved hjælp af det givne magtforhold mellem Sygehusledelse og politikere/stat. Man kan forestille sig, at hvis der opstår kriser og konflikter i forhold til den økonomiske situation, jf. krav i forhold til Budgetforliget 2010, vil den mest magtfulde aktør – politikerne i Region Nordjylland/Staten/Aalborg Kommune afskedige Sygehusledelsen, hvis ikke de følger det administrativt-økonomiske rationale. Samtidig repræsenterer regionspolitikere den væsentligste ressourcetildeler, og den eksterne legitimitet i forhold til omverdenspres fra politikere vil derfor naturligt bevares med prioritering af det administrativt-økonomiske rationale, og sekundært brugerrationalet. For det andet kan man også

forestille sig, at det administrativt-økonomiske rationale er et resultat af anarki og tilfældigheder, idet de over tid skiftende politiske aktører i beslutningsprocessen (regionspolitikere) har forskellige politisk orienteringer og varierende interesser i forhold til beslutningen om forandringer på Aalborg Sygehus og de øvrige sygehuse i regionen. Dette også som konsekvens af, at implementeringsprocessen formentlig vil have flere års varighed, og at de vekslende aktører vil være åbne over for påvirkning fra andre igangværende reformprocesser eller politiske dagsordener. Dette er også i overensstemmelse med teorien, jf. Klausen, at sygehuset netop er påvirket af de mange legitime aktørers flertydige, konfliktfyldte og ustabile mål, hvilket vil præge enhver beslutningsproces. Således er et muligt scenarie, at det primære rationale i forhold til at skabe sig legitimitet, kan bære præg af de egeninteresser, som på nuværende tidspunkt er i spil hos de dominerende politiske parter. Eksempelvis kan man forestille sig, at et nykonstitueret regionsråd kan have en udfordring med nogle af de sygehuse i Region Nordjylland, som har en besværlig geografi og demografi, og som minimum vil kræve en acceptabel økonomi for at have sin eksistensberettigelse. Det vil derfor være naturligt for sådan et regionsråd, at vægte et administrativt-økonomisk rationale højt. Et citat fra interviewet med en leder fra en af afdelingsledelserne illustrerer meget godt, hvordan egeninteresser kan være baggrund for beslutningen om en ny organisations- og ledelsesstruktur, idet vedkommende ser beslutningen som en symbolsk markering:

"Jamen jeg ser det som symbolske markeringer, og jeg ser det også som personlige markeringer. Vi har ny sygehusdirektør og relativt ny sygehusledelse.....".

I den kommende implementeringsproces, som jeg mener, kan være præget af konflikter som følge af, at kommunikationen mellem fagprofessionelle og administratorer er informationsfattig, ensidig, lukket og problemfyldt, vil der være risiko for at processen får lov til at udvikle sig til en regulær magtkamp, hvor parterne ikke ønsker at sætte sig ind i modpartens ønsker og hvor vidensudveksling og problemløsning ophører med at fungere. I stedet for at udnytte sygehusets ekspertise og intellektuelle kapacitet, vil alle parter blive tabere, specielt patienterne, hospitalet og samfundet.

Da jeg dermed forudser risiko for et konfliktfyldt forløb omkring implementeringsprocessen ved at tilskrive den nye struktur ét rationale, som konfronteres med en organisatorisk arketype – det professionelle bureaukrati, vil der efter min mening være særlige ledelsesmæssige udfordringer i den kommende proces, da centercheferne vil stå i et krydspres mellem to grupperinger. Dette kræver særlige lederegenskaber og indsigt, hvilket følgende citat illustrerer - en lægelig leder udtaler:

”... ...det er også noget med i øjeblikket, så er man som klinikchef inde i en allerhelvedes besværlig situation fordi på den ene side, så har man en hundredårig lang tradition for, hvordan overlæger gebærder sig, frihedsgrader og hvordan de bliver ledt eller ikke ledt og på den anden side, så har vi et politisk administrativt system, som nu pludselig vil have enormt styr på, hvad de her læger, går og laver, og så bliver du sat ind som klinikchef lige midt i det der helvedes brændepunkt og skal prøve på at forlige tingene og få begge sider til at være tilfreds og få tingene til at fungere samtidig... ...”.⁵¹

Det er således meget tydeligt, at der er krydsende pres af krav, hensyn og rationaler på spil på samme tid, og det er netop de indbyrdes modstridende rationaler i og omkring organisationen og konsekvenserne heraf, som er et af de helt fundamentale grundvilkår for ledelse i det offentlige og ledelse af forandringsprocessen på Aalborg Sygehus. Dette er også et af de vilkår, som adskiller ledelse i f.eks. private organisationer og ledelse på et sygehus i forandring⁵², og det aktualiserer forskellige behov i forhold til den ledelsesmæssige dimension, nemlig lederegenskaber, lederkvalifikationer og lederroller. Dette kræver ledere, som er andet end fagpersoner og kolleger og en nærmere uddybning af denne ledelsesudfordring og håndtering af dette krydspres vil blive behandlet senere i opgaven under afsnittet om ledelse.

4.1.5 Markedsstyring som ekstern strategi

Sygehuset er under stadig forandring, og der implementeres til stadighed nye organisatoriske strukturer, nye ledelsesformer, filosofier mv. Man kan eksempelvis forsøge at forstå disse ændringer ud fra en klassifikation af New Public Management, men man kan også let blive fanget i den tilhørende problemstilling, nemlig om dette er identisk med yderligere markedsorientering.

Aalborg Sygehus anvender begreber, som ”modernisering af ledelsen” og ”organisationsform”, ”omstilling”, ”fornyelse”, ”brugerorientering” i form af patientforløb, hvilket er brede og upræcise begreber, men som samtidig signalerer en retning, hvori ændringerne skal gå, og den konsekvente anvendelse af positivt ladede ord kan umiddelbart gøre det meget vanskeligt for sygehuset som offentlig organisation at være modstander. Det kan tolkes som en måde at føre politik, og det typiske ved disse begreber er en moderniseringsbølge, hvis væsentligste træk er orienteringen mod den enkelte borger i rollen som forbruger af offentlige ydelser, kombineret med import af managementstrategier fra den private sektor samt udlicitering/privatisering af offentlige ydelser.

Centerstrukturen, som man har valgt at udbygge på Aalborg Sygehus, er et konkret eksempel på New Public Management (NPM), og som omtalt ovenfor en samlebetegnelse for et forsøg på at modernisere sygehuset ved at importere ledelses- og organisationsmodeller fra den private sektor eller fra organisationer, som man betragter som forbilleder - eksempelvis Rigshospitalet og Odense Universitets Hospital. Dermed anvendes også et nyt styringsrationale, hvor formålet netop er at etablere selvstående enheder, som kan styres økonomisk og vurderes på de opnåede resultater. New Public Management, herunder hvordan det anvendes som styringsrationale, vil blive uddybet i separat afsnit, som kan læses i bilag 3.

4.2. Den interne ændringsproces

4.2.1 Omverdenens indflydelse på den interne ændringsproces

Forandring i bureaukratiet sker ikke alene via hierarkiet, men initieres som tidligere omtalt ofte udefra via samspillet med omverdenen i organisatoriske felter eller ved direkte påvirkning fra overordnede politisk-økonomiske strukturer. Således er omverdenens indflydelse, impulser og forløb afgørende for, at den interne ændringsproces sættes i gang, hvordan dens forløb påvirkes udefra, og at mulighederne for at føre ændringerne ud i livet bl.a. afhænger af omverdenen.

Gennemførelse af ændringerne kræver valg af ændringsstrategi⁵³ og herunder især, hvilken grad af deltagelse, der ønskes. Regionsrådet/Sygehusledelsen kan vælge en høj grad af deltagerstyring og derved opnå et større engagement og større chance for at ændringer bliver gennemført ud i de yderste led, men til gengæld er der risiko for ødelæggende uenigheder, udvidelser og ændringer af projektets indhold med manglende sammenhæng og tidsmæssig udsættelse til følge. Der kan også rejses en massiv aktiv modstand mod projektet i takt med den større indsigt. Regionsrådet/Sygehusledelsen kan modsat også vælge en topstyret strategi og derved tilsyneladende bevare sammenhæng og tidsplan, men med risiko for at projektet alligevel ikke kan gennemføres på grund af passiv modstand, eller fordi de ansatte ikke forstår ideen med ændringerne. Ændringsprojektet vil dermed kobles fra den faktiske ydelsesproduktion og medfører ingen eller kun begrænsede ændringer men kan alligevel fremstå som gennemført uden egentlig at være det. Teorien har påpeget dette fænomen og anvendt betegnelsen ”hypokratiske organisationer” for organisationer, der udadtil fremstår med stærke ændringsvillige ledelser, der gennemfører mange ændringsprojekter vel vidende, at det er

meget begrænset, hvilke faktiske ændringer der gennemføres i de udførende led⁵⁴. Formålet i sådanne situationer er overordnede myndigheder og politikeres behov for at kunne fremvise resultater på kort sigt og dermed skabe legitimitet overfor øvrige interessenter.

Som tidligere omtalt har den første delfase af forandringsprocessen på Aalborg Sygehus allerede fundet sted med udbygningen af forhenværende centerdannelse fra januar 2011. Dette er udført med kort varsel – kun 3 måneder efter beslutningen blev offentliggjort, og blev initieret af Sygehusledelsen og Regionsrådet med inddragelse af eksterne konsulenter. Samtidig blev der ikke udarbejdet detailplan eller kommunikeret en implementeringsplan for de kommende justeringer af centerstrukturen, patientforløb eller modernisering af ledelsesniveauet. I den første ad hoc-fase har der således været tale om hurtige og omfattende ændringer, fra beslutningen blev offentliggjort, til udbygningen var en realitet. Dvs. netop i den situation/fase, hvor der har været størst behov for de ansattes konstruktive medvirken og erkendelse, har man valgt en hurtig top down-strategi, hvor toppolitikerne har været involveret i udsendelse af signaler om, hvad der skal ændres og i hvilken retning. Som ovenfor omtalt giver det stor risici for, at de faktiske ændringer ikke opleves i de udførende led – og i forhold til Aalborg Sygehus er de udførende led de fagprofessionelles arbejde med patienterne, hvilket er paradoksalt når formålet med den nye struktur netop er ”aktivitet ud i de udførende led” i form af ”sammenhængende patientforløb” og ”kvalitet uden unødigt ventetid”⁵⁵.

En kilde fra afsnitsledelsen har i en uformel telefonsamtale bekræftet oplevelsen af, at den foreløbige udbygning af centerstrukturen pr. 1. januar ikke har medført faktiske ændringer i klinikken, og at det derfor umiddelbart godt kan betragtes som en top down-besluttet ændring, som primært fremstår som gennemført på papiret. De egentlige ændringer består i ændrede arbejdsgange og nye kommandoveje, når behovet for kontakt med de tidligere støttebase i form af eksempelvis HR og andre administratorer nu er flyttet i andet regi. Samtidig er der heller ikke gjort noget for at inddrage og engagere medarbejderne i processen ved eksempelvis at byde ”de fusionerede afdelinger velkommen” - på både klinik- eller ledelsesniveau i form af eksempelvis skriftlig eller mundtlig kommunikation. Man kender således hverken navne eller ansigter på nye samarbejdspartnere – og ”de fusionerede” ser jeg derfor ikke blive prioriteret. Det mener jeg er en meget vigtig signalværdi, som kan påvirke implementeringen af de foranstående forandringer negativt – og det kræver noget af en opgave for ledelsen på center, afdelings- og afsnitsniveau at følge op på sådan en ”start”.

Karakteristisk for denne top down-beslutning i forandringsprocessen på Aalborg Sygehus, mener jeg er en dominans af den teknisk-rationelle forandringsstrategi, der har domineret det meste af dette århundrede⁵⁶. Fordi man i toppen af hierarkiet har besluttet, hvilke forandringer, der er ønskede, og det derfor pålægges afdelinger og medarbejdere at følge ændringerne. Strategien mener jeg karikerer en organisationsforståelse, hvor det antages, at medarbejderne i alle situationer følger de formelle beskrivelser for deres stilling og generelt accepterer autoritet. Denne organisationsforståelse må betragtes som forholdsvis unuanceret, og det er derfor ikke nogen overraskelse, at den tekniske rationelle forandringsstrategi, jf. tidligere tekst, kan medføre væsentlige udfordringer for implementeringen af de nuværende og kommende forandringer og justeringer. For mig at se er der stor risiko for, at der udarbejdes teknisk set rationelle regelsæt og beskrivelser, men medarbejderne på de enkelte afdelinger bliver ofte ved med at gøre, som de altid har gjort, og det er opfattelsen, at det, de plejer at gøre er langt bedre.

Ledelsen, interne forandringsagenter såvel som de medarbejdere, der bliver involverede i ændringerne er derfor sat på en hård prøve, når opgaven med den fremtidige implementering bliver gennemførelse, opfølgning og ”eftervirkninger” af en top down-strategi, som allerede er en realitet. Hvordan skal man agere som forandringsagent i en foranderlig verden? Hvordan kan man som medarbejder vurdere, om man skal engagere sig i, eller modarbejde projekter man inddrages i? Hvilke muligheder har man som leder for selv at igangsætte disse ændringsprojekter, som indgår i den store forandringsproces? Disse uafklarende spørgsmål, sammenholdt med at de officielle ændringsformål for Aalborg Sygehus er upræcise, organisationen er kompleks, samt de store kulturforskelle blandt professionerne, og at de anvendte metoder og rationalers konsekvenser ikke er helt gennemskuelige, gør at den fortsatte interne strategi- og forandringsproces på sygehuset kan blive præget af megen eksperimenteren, revision af mål eller opdagelse af nye, medens processen gennemføres. Samtidig kan der være risiko for dekobling af projektet allerede inden de kommende forandringer er en realitet.

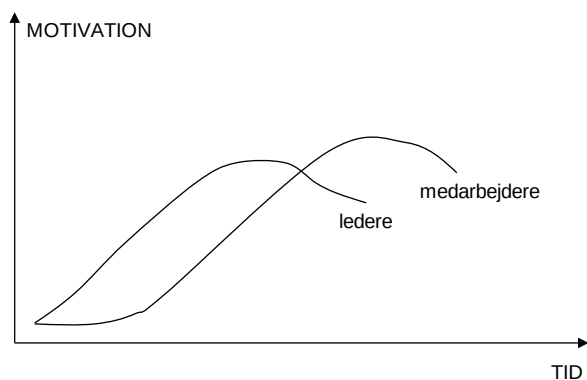
4.2.2. Forandringsledelse af den interne strategi- og ændringsproces.

Gennemførelsen af den eksterne top down-styrede ændringsstrategi vil som omtalt påvirke forløbet af den interne ændringsproces, som analytisk kan beskrives i faser, der logisk følger hinanden, og

som der skal arbejdes med for at sikre en succesfuld ændringsproces. Både Jerald Hage⁵⁷ og John P. Kotter⁵⁸ har hver deres bud på disse faseinddelinger. Fælles for de to er, at det er forandringsagenterne, der holder sammen på processen i en organisationsændring, og i forhold til Aalborg Sygehus vil det være både Sygehusledelse, Centerchefer, Afdelings- og Afsnitsledelser, som vil have et hovedansvar.

Ændringer i organisationen kan tilrettelægges ud fra flere forskellige modeller/ændringsstrategier (jf. ovenstående), og ofte vil der være behov for at inddrage elementer fra hver af disse modeller. Fælles for modellerne er modstand mod forandring, og at udviklingsfaserne for aktørerne forløber forskudt tidsmæssigt, hvilket fremgår af nedenstående.

Figur: Kurve over forskudte tidsmæssige udviklingsfaser for ledelse og medarbejdere i forandringsprocesser



Kilde: Møller Pedersen, 2005, side 198

Ifølge Hage er der fire faser, som han mener, der skal gennemløbes, og som han benævner: *Unfreezing eller Evaluering, Initiativ, Gennemførelsesfase og Rutiniseringsfase*:

Figur: Hages fasemodel for organisationsforandring



Kilde: Kragh Jespersen, 1996, side 126

Den første fase, som er *unfreezing* eller *evaluating* fordi det er en forudsætning for forandringsprocessens videre forløb, at der erkendes et behov for ændringer. Det er ikke nok, at eksterne parter såsom Regionsrådet synes, at der er et behov - det skal opdages og erkendes i organisationen, helst af aktører, der har vilje og magt til at føre processen videre. I forhold til ovenstående valg af den top down-styrede ændringsstrategi på Aalborg Sygehus, fremmer strategien således ikke erkendelsen af ændringerne. Prioriteringen af denne fase vil ofte mangle, og medarbejderne vil typisk fortsætte med at gøre, som de plejer. I forhold til tidligere analyse af legitimeringsprocessen, er det også i overensstemmelse med min vurdering af, at Regionsrådet og Sygehusledelsen ikke har prioriteret den interne legitimeringsproces tilstrækkeligt og dermed erkendelsen af behovet for forandringen. Men i virkeligheden er det typisk for sygehuset som offentlig bureaukrati, at man har svært ved at erkende behovet for ændringer, alene fordi der ikke er enighed om, hvilke forhold, der skal lægges vægt på ved deres arbejde, jf. tidligere beskrivelse og analyse af sygehuset, som befinder sig i et krydspres af rationaler på tværs af de forskellige fagprofessioner/kulturer. Der eksisterer kun sjældent entydige og anerkendte målestokke, som kan anvendes, når organisationen skal vurdere sin egen indsats, og ofte må der arbejdes med direkte modstridende formål/rationaler. Med den slags modstridende formål eller rationaler er det ikke overraskende, at ændringssignalerne bliver tvetydige, og at det kan være svært, at opnå internt enighed om behovet for ændring.

Hvis behovet for ændring er erkendt, bliver næste fase en *initiativfase*, hvor problemet afgrænses nærmere, analyseres og mulige løsninger foreslås. Sygehuset som bureaukrati er som regel dårlige til denne fase og mange ændringsinitiativer dør allerede på dette stadium, eller analysen resulterer i mindre ændringsforslag indenfor de eksisterende rammer. Det er måske også derfor, at Aalborg Sygehus vælger at importere analyser udefra ved anvendelse af eksterne konsulenter fra Muusmann/4Improve. Jeg vurderer, at Aalborg Sygehus netop befinder sig i denne fase – til trods for manglende problemerkendelse i forrige fase. I hele 2011 arbejdes der på at analysere problemområder og planlægge samt beskrive patientforløbsmodeller før den endelige plan for de videre forandringer implementeres i ”*gennemførelsesfasen*”, som er næste fase. Gennemførelse af de kommende ændringer kræver valg af ændringsstrategi og herunder især hvilken grad af deltagelse, der ønskes. I forhold til Aalborg Sygehus har forandringsprocessen, som nævnt indtil videre været præget af en top down-ændringsstrategi med kun ringe medinddragelse og deltagelse, idet der har været manglende kommunikation og involvering af både ledere og medarbejdere og med kun symbolsk involvering i form af ”innovationsdage” mv.

Sidste fase i ændringsforløbet er *rutiniseringsfasen*, hvor ændringerne ophører og organisationen går ind i den rutinemæssige hverdag. Sygehuset som bureaukrati er ofte god til at rutinisere ændringer og sørge for, at der bliver sammenhæng i løsningerne. Måske kan dette tilskrives, at sygehuset i virkeligheden befinder sig i et konstant forandringspres, fordi det er en offentlig organisation i en institutionel omverden, jf. Klausens beskrivelse af vægtningen af de tre vektorer.

John P. Kotter^J har modsat Hage opstillet otte trin, som bør gennemføres i forbindelse med ethvert større, gennemgribende forandringstiltag. Der er tale om en sekventiel model, da det ifølge Kotter ikke er hensigtsmæssigt at springe nogen af trinene over, og problemer på et trin vil føre til problemer i de efterfølgende trin.

1. *Etablering af en oplevelse af nødvendighed*
2. *Oprettelse af styrende koalition*
3. *Udvikling af vision og strategi*
4. *Kommunikation af ændringsvisionen*
5. *Styrkelse af medarbejdernes kompetence*
6. *Generering af kortsigtede gevinster*
7. *Konsolidering af resultater og produktion af mere ændring*
8. *Forankring af nye fremgangsmåder i kulturen.*

Kotters model vil blive gennemgået og analyseret mere grundigt og systematisk i forhold til den kommende implementeringsproces af den nye organisations- og ledelsesstruktur på Aalborg Sygehus. Da der fortsat er mange uklarheder omkring problembeskrivelse, analyse og de endelige implementeringsforslag, vil jeg så vidt muligt fokusere på nogle af de indsatsområder, som jeg anser for vigtige og kan vurdere på i den kommende implementeringsproces. Dette vil løbende blive holdt op imod Hages fase-model.

Ændringsprocessen i Aalborg må ifølge Kotter etableres via en *oplevelse af nødvendighed*⁵⁹, hvilket Hage også nævner. Dette for at erkende et behov for ændringerne, som en forudsætning for at medarbejderne og den øvrige ledelse tager ejerskab og del i ændringsprocessen. Som tidligere nævnt

^J John P. Kotters 8-trinsmodel for forandringsledelse er en af de mest kendte og anvendte teorier om forandringsledelse. John P. Kotter er forhenværende professor i ledelse ved Harvard Business School og opfattes som en af de største autoriteter på området. Han har fået en lang række priser og udnævnelser for bøger såvel som artikler. Han er især kendt for sine tanker om forandringsledelse. Han skrev i 1995 en artikel til Harvard Business Review med titlen "Leading Change". Why Transformation Efforts Fail", der året efter blev til bogen "Leading Change"(kilde: Kotter, 1999, s. 231).

under afsnit med Klausens ”bevidsthedsstrategi”, mener jeg ikke, denne del er prioriteret forud for beslutningen om ændringsprocessen – hverken den ændring, der er udført pr. jan 2011, men heller ikke de fremtidige ændringer. To uafhængige afsnitsledere udtaler sig om dette:

”Det oplever jeg man overhovedet ikke har prioriteret, men hvis politikerne har prioriteret det, så er det ikke slået igennem. Jeg har ikke på nogen måde fået luftet bare lidt af, hvorfor dette her skulle foregå. Så oplevelsen af nødvendighed og ejer skab har jeg slet ikke fået”.

”Jeg synes ikke man har gjort særlig meget oppefra. Muusmann-rapporten er blevet offentliggjort – og resultaterne af den overbeviser mig ikke om, at denne type reorganisering, er det rigtige. Der er også rigtig mange subjektive opfattelser og meninger i Muusmann-rapporten, som ligger til grund for beslutningen, og det bekymrer mig”

Arbejdet med at sikre sig oplevelsen af nødvendighed hos sygehuspersonalet samt at sikre lokalt ejerskab af forandringsprojektet står i stærk modvægt til den teknisk-rationelle top down-styrede forandringsstrategi, som der umiddelbart er lagt op til, hvilket jeg mener i sig selv kan give et krydspres for ledelsen at håndtere i implementeringen, men kan også forklare, hvorfor ”oplevelsen af nødvendighed” ikke er skabt hos ledere og medarbejdere.

Etablering af en oplevelse af nødvendighed for at sikre ejerskab, mener jeg, netop er vigtig i en sygehuskultur præget af meget autonomi og selvbestemmelse blandt fagprofessionerne, jf. senere afsnit. I dette tilfælde med Aalborg Sygehus kan en måde at etablere oplevelsen af nødvendighed være, at Sygehusledelsen i samarbejde med den øvrige ledelse får synliggjort de problemområder, som er eksisterende i nuværende struktur, eksempelvis vedrørende:

- *Ledelsen:* Regionen står over for en stor udfordring med hensyn til at rekruttere kompetente ledere m.v. som følge af pensionering
- *Kvalitet:* kobling og den fremadrettede sammenhæng mellem sygehussektor og praksissektor, produktivitetsniveauet, manglende koordinering og gennemsigtighed i strukturen
- *Styring:* utilstrækkelig styring og ”tab” af penge, krav om specialisering fra Regeringen og dermed pres på at etablere større enheder, samt etableringen af et nyt storsygehus i Aalborg lægger pres på den samlede strukturdiskussion
- *Ventetider og patienttilfredshed,* samt den behandlingsmæssige kvalitet i nationale målinger
- *Medarbejdere:* problemer med rekruttering og fastholdelse indenfor nogle specialeområder og voldsomme udgifter til vikarer samt dårligt arbejdsmiljø, trivsel og stress (overbelagte afdelinger, udrændt personale mv.)

Det er desuden vigtigt, at Sygehusledelsen viser, at der lokalt bakkes op om projektet, så både ledere og medarbejdere betragter projektet som deres og tager ejerskab. Kun på den måde er det muligt at gennemføre ændringerne. For at sikre ejerskabet mener jeg blandt andet, at medarbejderne skal medinddrages i arbejdet med løsningsforslagene, eksempelvis i form af medarbejderrepræsentant grupper. På den måde kan man forsøge at sikre, at forandringerne faktisk bliver gennemført. Blandt andet kan man inddrage personale på tværs af fagprofessioner i de projektgrupper, som allerede nu arbejder med at definere fremtidige patientforløb. En afsnitsleder understøtter denne holdning:

”... .. vi er i gang med en anden forandringsproces på afdelingen, da vi er ved at tage nogle funktioner ud fra afdelingen. Vi skal gøre det på en måde med medinddragelse og medindflydelse ved at informere og iværksætte nogle arbejdsgrupper – ting som gør at vi får folk med i processen og får det bedste resultat. Det bedste svar, får vi jo fra folk, som er vant til at arbejde med det”.

Det diagnostiske center, som man netop har etableret for at sikre bedre patientforløb og færre uhensigtsmæssige indlæggelser skal evalueres, justeres og evt. udbygges. Her kunne det være passende at inddrage medarbejdere i processen og i den eksisterende arbejdsgruppe. Indtil videre har det kun været udvalgte ledende overlæger og centerchefer, som har været inddraget i arbejdsgrupper/ekspertgrupper. Det kræver selvfølgelig, at det er medarbejdere, som både har de rette kompetencer og interesser – altså ildsjæle, som kan se en idé i behovet for forandringer og som har nogle ideer til en plan, der indebærer fordele for patienterne. Politikerne vil med lovende argumenter måske også komme til at se mere positivt på at bevilge ekstra penge, fordi de oveni får noget bedre – og det økonomiske incitament vil i sig selv give oplevelsen af nødvendighed hos medarbejderne.

Styregruppen/ekspertgruppen med medarbejdere og ledere kan betragtes som *en styrende koalition*⁶⁰, eller ildsjæle, der kan koordinere, initiere og understøtte processen omkring eksempelvis patientforløb, flytning af lokationer og nye arbejdsgange. Ildsjælene er essentielle for translationen af nye ideer og tiltag til kolleger og dermed succesfuld implementering, men samtidig er ildsjælene oftest medarbejdere, som har brug for udtalt autonomi og råderum. Det er derfor ofte personer, som ledelsen bevidst giver ansvarsområder og kompetenceudvikling. Ifølge Kotter er fire karakteristika væsentlige i styregruppen eller blandt ildsjælene. Den første er stillingsindflydelse, hvor en passende repræsentation af nøglepersoner skal indgå, samt personer med den nødvendige faglige ekspertise og personer, som kan se nye løsningsmodeller og er visionære. Det tredje karakteristika er troværdighed, idet det fremmer processen, at gruppen har et godt ry og er respekteret i

organisationen. Det fjerde er lederskab, idet formulering af budskaberne, opsætning af mål og problemløsning er afgørende for gennemførelse af de kommende ændringer. Ifølge Kotter er lederskabet meget vigtigt, idet en vellykket forandring er 70 til 90 procent lederskab og kun 10 til 30 procent ledelse⁶¹. Her er det særligt vigtigt at evne at oversætte politiske oplæg eller ledelsesoplæg til noget, kolleger kan genkende.

Næste fase i Kotters model indebærer, at der *udvikles visioner og strategi*⁶², som både vil give et billede af fremtiden og beskrive, hvordan sygehuset kommer derhen. Visionen skal fortælle, hvad man vil, og hvad målet med ændringsprocessen er. Dette kan sammenlignes med det Hage kalder *initiativfasen*, idet det er her, han mener problemet afgrænses, analyseres og mulige løsninger foreslås, altså hvor ændringsbehovet analyseres og forslagene til gennemførelse frembringes. Regionsrådet/Sygehusledelsen har formuleret visionen for de kommende ændringer med hjælp fra konsulenterne i Muusmann-rapporten: *tre prioriterede spor - justering af nuværende centerdannelse, patientforløbs-modeller samt forslag om modernisering af den kliniske ledelse*. Men de overordnede mål mener jeg må specificeres nærmere, hvilket også er den analyseproces, man nuværende er i gang med. Eksempelvis mener jeg målet med *patientforløbsmodeller* kan specificeres nærmere og kan tage udgangspunkt i patientfokusering, f.eks. ved at fastlægge mål for ventetid, kontinuitet og koordinering. Det kan være at fastlægge, at der skal udarbejdes og iværksættes en undersøgelses-, pleje- og behandlingsplan for patienten i forbindelse inden for de første timer efter indlæggelsen, ligesom man allerede har fastlagt for patienterne i det Diagnostiske center (en udvalgt gruppe af patientforløb, jf. fodnote c), hvor patienten med en mistænkt alvorlig sygdom skal tilses inden for 3 hverdage, og udredningen skal være afsluttet inden for yderligere 10 hverdage. Derudover kan planen indeholde en estimeret tid for forventet udskrivelse, og om nødvendigt skal der være taget kontakt til hjemmesygeplejen. Til at koordinere patientforløbene og sikre, at de rent faktisk forløber hensigtsmæssigt, og at de specificerede mål opfyldes, vil anvendelsen af ”forløbskoordinatorer” på de enkelte afsnit være hensigtsmæssigt. I forvejen har man allerede stor succes med forløbskoordinatorer for planlagte ”pakkeforløb”.

For at visionen kan være opnåelig, mener jeg den må være gennemførlig, hvilket betyder, at der i strategien må tages højde for, hvad der praktisk kan lade sig gøre. I strategi planen må det afdækkes, hvilke rammer, ressourcer og kompetencer, der skal etableres. Der må indsamles data om opgaven, der skal løses, f.eks. hvor mange patienter drejer det sig om? Hvilke problemer og behov har disse

patienter? Hvem skal inddrages i ændringsprocessen? Strategien må operationaliseres i en handlingsplan, som også beskriver de forskellige patientforløb, herunder de kliniske retningslinjer for alle involverede faggrupper.

Som supplement til og grundlag for de opstillede visioner, mener jeg, at Regionsrådet/Sygehusledelsen også bør udarbejde et fremtidsscenarium, hvori der indgår et argumenteret og muligt fremtidsbillede, hvor faktorer og forhold i omverdenen analyseres og inddrages. De forhold og kræfter, der driver denne forandringssituation bør afdækkes. Eksempelvis mener jeg, det er relevant at inddrage de forventede politiske reformer/tiltag, den teknologiske udvikling, demografiske, økonomiske og faglige udvikling, og at det er relevant at medtage disse overvejelser i forhold til det kommende nye storsygehus i Aalborg Øst, da hovedtanken er at den nye færdige struktur direkte kan overføres til det kommende nye sygehus.

Et andet eksempel på specificering af målene, mener jeg, kan være med udgangspunkt i *medarbejderfokusering* ved at henlægge så mange opgaver som muligt til dagtimerne – mere end der gøres i forvejen, da det vil skåne medarbejderne. Derudover kan målene for *produktivitetsfokusering* uddybes, idet man må overveje beredskabet, som er billigst i dagtimerne – også mere end der gøres i forvejen. I det fremlagte budget og budgetforlig for sygehuset 2011 indgik besparelser, der er med til at danne baggrund for den nye struktur, og hvor der indgik en række strukturelle ændringer og besparelser for sygehuset til følge – den ny ”organisations- og ledelsesstruktur”. Derfor må det være relevant at inddrage det økonomiske aspekt i specificering af målene. Hvis speciallæge, radiograf, bioanalytiker og andre ikke skal tilkaldes om aftenen og natten, medmindre patientens kliniske tilstand kræver det, kan det betyde store besparelser. Samtidig tror jeg, man kan opnå besparelser ved at kigge mere langsigtet på ressourcebehovet og personalesituationen og reducere anvendelsen af dyre vikarer og dermed kortsigtede løsninger. Eksempelvis har det været nævnt i dagspressen (uden at jeg kender den konkrete sag), at en kirurgisk overlæge ”hyres” fast ind og gennem en længere periode på 2 år modtager 30.000 kr. om dagen i stedet for fastansættelse.

I tilfælde af at ovenstående eksempel (og evt. andre tilsvarende eksempler) ikke kan forsvares ud fra et økonomisk perspektiv, skal der selvfølgelig tages action og ændres på proceduren for handling og adfærd. Men man skal også betragte den langsigtede situation. Baggrunden kan måske netop

forsvares ud fra en sygehusøkonomisk forklaringsmodel, hvor det både kan være økonomisk rigtigt og forsvarligt, at man hyrer en dygtig og dyr kirurg ind, som på længere sigt giver god mening. Det kan være i kraft af lægens kompetencer, som man på sigt ønsker at bevare i form af en aftale om senere fastansættelse, eller det kan være for at udvikle kompetencerne på sygehuset, fordi lægens operationer giver supervision til andre mindre erfarne kirurger. Alternativt kan årsagen være, at man med den ordning har mulighed for at imødekomme de aftaler med regionen, der ligger i afregningsstrukturen/DRG-systemet^K.

Opgaven for ledelsen er ifølge min vurdering at håndtere sådanne konkrete ”personsager”, så det i pressen og overfor omgivelserne kan forsvares og gøres anstændigt. I sådan et tilfælde må ledelsen indgå i en ”presse-officer-rolle” og håndtere en mulig pressesituation. Det kan eventuelt være nødvendigt at udtale sig neutralt om sagen, eventuelt kan der være behov for, at ledelsen bliver uddannelsesmæssigt rustet til at varetage sådanne sager ved at gennemføre et ”pressekursus”.

*Kommunikation af ændringsvisionen*⁶³ er ifølge Kotter en forudsætning for at få alle med – jf. en afsnitsleders opfattelse af kommunikationen i forbindelse med fusionen af sektorerne med den øvrige centerstruktur:

”Nu er der gået tre måneder siden fusionen, og jeg har ikke fået øje på Aalborg Sygehus endnu – jeg er ikke blevet inviteret til informationsmøder eller kommunikationsmøder endnu – og det tror jeg i virkeligheden kan motivere mig mest”.

Etablering og udbygning af en eksisterende centerstruktur med fokus på patientforløb kan umiddelbart se ud som en ændringsproces, der kun foregår i de kliniske afdelinger. Følger man en patients forløb, viser der sig imidlertid et helt andet billede. Patienten starter måske i den primære sektor hos hjemmeplejen eller hos den praktiserende læge, på skadestuen eller akutmodtagelsen. Patienten transporteres måske af redningstjenesten til sygehuset, eller på sygehuset af portøren. Undersøgelser udføres af bioanalytikere, radiografer og radiologer. Køkkenet leverer mad,

^K Det centrale i afregningssystemet/DRG-systemets metode er en sortering af patienter, hvor 12.000 forskellige diagnoser organiseres i omkring 588 sygdomsgrupper, inden for hvilke patienterne har nogenlunde ensartede sygdoms- og behandlingsmønstre. For hver sygdomsgruppe beregnes en DRG-takst, der er den økonomiske gennemsnitsudgift pr. patient. Den angiver dels prisen, som en region kan kræve for behandling af patienter fra andre regioner og anvendes også til honorering af meraktiviteter og i forbindelse med aktivitetsfinansierede budgetter. (kilde: <http://www.sum.dk/Sundhed/DRG-systemet.aspx>).

forsyningsafdelingen leverer linned og utensilier. Administrationen udarbejder budgetter og følger op på aktivitet og økonomi. Alle faggrupper påvirkes af ændringerne og bør derfor også inddrages i kommunikationen af ændringsvisionen. For at få budskabet kommunikeret til organisationen, mener jeg, det kan være hensigtsmæssigt at inddrage nogle af nøglepersonerne i den styrende koalition. På den måde får man deres perspektiv tilgodeset, men man får i høj grad også visionen og planen kommunikeret ud i organisationen. At få dette kommunikeret ud til flere tusinde mennesker, som der her er tale om, er vanskeligt og tidskrævende. Der er imidlertid visse regler og systemer, jeg mener, der kan anvendes:

- *Visionen skal være klar og enkel og kunne forstås af alle*
- *Visionen skal have en klar sammenhæng med visionen*
- *Nøglepersoner skal være parate til at vise vejen ved deres adfærd*
- *Visionen skal kommunikeres i etablerede mødefora, ledermøder, samarbejdsudvalgsmøder, personalemøder osv.*

I kommunikationsstrategien mener jeg, at der bør lægges vægt på dialog, jf. også tidligere afsnit vedrørende Klausens teori om brug af bevidsthedsstrategi. Dels for at give mulighed for at visionen diskuteres og sprogliggøres på forskellig vis, og dels for at flere synsvinkler kan inddrages i beslutningsprocessen. Det vil påvirke den enkelte medarbejders ejerskab til visionen i positiv retning, jf. tidligere om ejerskab. I denne proces, mener jeg, det er afgørende at få inddraget samarbejdsudvalgene (MED-udvalg), jf. fodnote I side 42, som laterale ressourcepersoner på tværs i organisationen. Ændringen påvirker medarbejdernes arbejdsforhold, og derfor skal samarbejdsudvalgene inddrages. Udvalgets medlemmer kan på denne måde også fungere som ambassadører for ændringsprocessen.

Ledende medarbejdere har et ansvar som rollemodeller, der i tilfældet med udbygning af centerstrukturen kan vise sig ved, at de bevidst synliggør, at de opsatte mål tages alvorligt og efterleves. Adfærd kommunikerer og har således stor betydning, men det kræver selvfølgelig, at både centerchefer, afdelings- og afsnitsledelser klædes på med informationer fra den øverste ledelse til at kunne viderebringe budskaberne. Ifølge tidligere beskrivelse er netop information og kommunikation nogle af de områder, som har været mangelfuldt behandlet indtil videre, så jeg mener, der er god grund til at prioritere dette i det videre arbejde, jf. nedenstående citat fra en afsnitsleder:

".....der er blevet informeret hvordan sammenlægningen pr. 1. jan skulle være, men det er stadig uklart, hvorfor sammenlægningen og den nye struktur skal etableres, bortset fra at Muusmann-rapporten har

anbefalet det. Der har været holdt møder i overlægeråd regi, og jeg tror også lægekredsforeningen har inviteret til møde. Men inddraget i beslutningsprocessen, det er vi ikke.....”.

*Styrkelse af medarbejdernes kompetencer*⁶⁴ er også vigtig i forhold til, hvordan medarbejdere og ledere bliver i stand til at gennemføre ændringerne. Målet må være, at opnå den ønskede adfærd gennem en bearbejdelse af ledernes, og derigennem medarbejdernes, tankesæt (mindset). Det er min vurdering, at der skal fokus på en række faktorer for at fremme den ønskede adfærd på sygehuset. Uddannelse af primært ledere spiller en væsentlig rolle i den forbindelse. Dels kan lederne gennem uddannelse opnå en større forståelse for sammenhængen og samarbejdet i organisationen samt opnå større forståelse for opgaven i at lede en kompleks og politisk styret organisation, som er præget af løbende forandringer. I forbindelse med efteruddannelse er det vigtigt at sikre sig positionen mellem den generelle og faglige leder, idet de fagprofessionelle må tilegne sig generelle lederkvalifikationer gennem videre- og efteruddannelse, hvorved de kan bevæge sig væk fra den klassiske leder med en anden faglig profil end den oprindelige lægelige fagprofession – jf. mere herom i senere afsnit. Dette betyder, at ledernes kompetencer skal klarlægges, og den nødvendige styrkelse af disse kompetencer skal iværksættes. Lederne på sygehuset skal tilbydes lederuddannelse på master- og diplomniveau, de skal tilbydes lederevalueringer, og de skal generelt kompetenceudvikles. I arbejdet med lederudvikling foreslår jeg lederevalueringer, coaching, dialog med kolleger samt kurser. En afdelingsleder understøtter denne holdning til uddannelse/opkvalificering i den ”nye organisation”:

”En af de store opgaver, det er at kvalificere ledere via uddannelse, kompetenceudvikling og forskning til at håndtere deres ledelsesopgave. Og en af de vigtigste, er at afdelingsledere kan håndtere ledelse ud i afdelingerne – som driftsledere. Som afdelingsledelse er det det mere det økonomiske rationale og så leadership, som er gældende”.

”.....at opkvalificere ledere til noget master eller diplom – altså de generelle ledelseskompetencer. Men jeg tænker også på vigtigheden af dygtige personer”.

Som det fremgår af ovenstående citat, skal det også overvejes, om medarbejdergruppen har de nødvendige grundlæggende kompetencer. Er der det rette blandingsforhold af fagprofessioner ansat? Skal der eksempelvis være flere eller færre sygeplejersker, og er der behov for flere fast tilknyttede speciallæger? Disse spørgsmål kan kun besvares ved at analysere organisationens problemer og behov, og hvilke kompetencer, der er behov for at visionen og målet med forandringsprocessen kan opnås. Det drejer sig ikke kun om rent faglige kompetencer, men også om holdninger og evne til at samarbejde. Her kan det også være formålstjenligt at anvende værdibaseret ledelse. Dvs. at man

identificerer, hvilke værdier der skal være bærende for den nye organisation. Værdierne skal afspejles i handleplanerne for det daglige arbejde og i ledernes adfærd overfor personalet samt personalets adfærd over for patienterne. For at dette skal lykkes, mener jeg, det vil være formålstjenligt, at ledelsen gennemgår en fælles kompetenceudvikling, som tager sigte på at uddanne ledelsen og deres medarbejdere til at indfri kravene i strategien. På den måde signalerer ledelsen gennem uddannelse, at organisationen betragter den enkelte leder og medarbejder som vigtige ressourcer i det samlede spil. Lederne og medarbejderne vil derigennem opnå en forståelse for, at den enkeltes indsats gør en forskel, hvilket jeg mener netop er det tankesæt, som er målet for at fremme en succesfuld implementering af den ny organisationsstruktur på sygehuset.

Uddannelse af både ledere og medarbejdere kan foregå dels gennem uddannelse og oplæring, dels gennem yderligere uformel uddannelse, så som sidemandsoplæring og læring på jobbet, som begge anvendes i praksis. Fordelen ved den uformelle uddannelse er primært, at den i høj grad kan foregå samtidig med det daglige arbejde og uden at tilsidesætte det daglige arbejde i samme grad, som den formelle uddannelse. Netop denne fordel kan samtidig udgøre den væsentligste ulempe ved denne uddannelsesform, idet det ofte kan være vanskeligt, at bevare fokus på uddannelse eller oplæring, hvis man samtidig skal udføre sit daglige arbejde. Af samme årsag mener jeg, at det er vigtigt ikke at negligere den formelle uddannelse. Dels kan den formelle uddannelse i højere grad fastholde fokus i uddannelsesforløbet, da ledelsen og medarbejderne kan hellige sig uddannelse i en periode. Dels udtrykker den formelle uddannelse i langt højere grad end den uformelle, at uddannelsesbehovet tages seriøst, og at man er villig til at ofre den nødvendige uddannelse. Jeg mener derfor, at det er vigtigt at finde den rette balance mellem formel og uformel uddannelse. Det er også vigtigt, at Sygehusledelsen formår at fastholde fokus på uddannelse af de øvrige ledere, og at de øvrige ledere formår at holde fokus på uddannelse af medarbejdere, idet det i høj grad formodes at være dem, der skal sikre at behovet for uddannelse bliver indarbejdet som en naturlig del af tankesættet i den nye organisation.

Også i forbindelse med ansættelse af nye medarbejdere mener jeg, at man kan foretage hensigtsmæssige justeringer og være mere åbne overfor nye kompetencer. Man er eksempelvis i professionerne skolet med, at videreuddannelse indenfor eget ”skolesystem” er at foretrække. Det er eksempelvis ikke så almindeligt, at læger og sygeplejersker efteruddanner sig på universitetet, medmindre de varetager ledende positioner. Således ser man sjældent almindelige speciallæger og

sygeplejersker studere eksempelvis HD, og når de gør, vælger de ”sygehusnære” uddannelser som netop MPA(Master of Public Administration) og MPH(Master of Public Health), og DLS(Diplomuddannelse), som alle er efteruddannelse med udgangspunkt i erfaringer og praksis fra sundhedssektoren/den offentlige sektor. Dette medfører, at de bliver i det eksisterende tankesæt, hvorimod ledere og medarbejdere, som studerer HD, vil opnå en uddannelse med et andet tankesæt rettet mod både den offentlige sektor og private organisationer. For sygehuset kan det medføre, at organisationens medarbejdere ikke udvikler det tankesæt, som jeg vurderer vigtig for en organisation i en omskiftelig verden med stigende krydspres, forandringstiltag og markedslignende institutionelle vilkår.

Foruden uddannelse af eksisterende medarbejdere og ledere mener jeg, at rekruttering af de rette ledere og medarbejdere kan få stor betydning for, i hvor høj grad man kan ændre tankesættet hos ledere og medarbejdere på sygehuset. Man har i mange år primært været fokuseret på faglige egenskaber i forbindelse med ansættelse af nye medarbejdere, jf. mere herom under kulturafrnittet. Organisationen har primært været fokuseret på medarbejdere, som varetager det job, de er ansat til at varetage uden at stille spørgsmålstejn ved, hvordan eller hvorfor ting gøres, eller om man kan gøre tingene bedre/anderledes. Det er en af de kulturelle traditioner, som desværre ofte ses i offentlige fagbureaukratier. Det er min vurdering, at denne type medarbejdere sjældent er forandringsorienterede og sjældent har fokus på andet end deres egen ”celle”. Jeg mener, at man ved i højere grad at fokusere på medarbejdere og ledere med den ønskede helhedsforståelse og det rette tankesæt kan lette en holdningsændring, idet disse medarbejdere og ledere bevidst og ubevidst vil påvirke kollegaerne i den ønskede retning, hvilket er særlig vigtigt forud og under den kommende implementering af forandringerne. I den henseende er det også relevant at rekruttere ledere ”udefra” fra et andet sygehus og med en anden kultur. Jeg mener kulturarbejdet i den nye organisation kan have gavn af ledere med en ”fremmed” kultur for nuværende organisation/kultur, idet de ofte vil se på organisationen/kulturen med nye øjne. Dog er det en forudsætning, at disse ledere hentes inden for samme fagområde, som de skal være ledere indenfor, idet jeg ellers ser nogle kulturkonflikter i samarbejdet mellem lederne og de fagprofessionelle, jf. kulturafrsnit side 71. Eksempelvis vurderer jeg, at en centerchef med kirurgisk baggrund, har optimalt lægefagligt tilhørsforhold med afdelinger indenfor eksempelvis et ”kirurgisk center”.

Det har i perioder været vanskeligt, at tiltrække medarbejdere til nogle specialeområder på Aalborg Sygehus, hvorfor det ikke umiddelbart har været muligt at være selektiv ved alle ansættelser. Situationen er i den seneste tid blevet en ganske anden. Man har nu let ved at skaffe kvalificeret arbejdskraft, idet der er et overudbud af specielt sygeplejersker, som konsekvens af, at der de sidste halvandet år har været ansættelsesstop, opsigelser samt omplacering af medarbejdere. Jeg mener, at sygehuset bør udnytte dette til i højere grad at udvælge medarbejdere med det rette tankesæt, inden der igen bliver efterspørgsel efter medarbejderne, og i rette tid forud og under en forandringsproces. Samtidig mener jeg, at det er en forkert holdning, at det er et krav at opsagte medarbejdere skal omplaceres, og at andre afdelinger således er nødsaget til at ansætte disse medarbejdere i stedet for udefrakommende, som evt. er mere kvalificeret til jobbet.

Også blandt lederne mener jeg, det er vigtigt med fornyelse. Der er i sygehusvæsenet og på Aalborg Sygehus tradition for, at ledere besidder samme job i mange år. I mange tilfælde er lederne næsten garanteret, at de kan blive siddende i lederjobbet, så længe de ønsker det, når blot de når de resultatmæssige mål. Dette kan let blive en sovepude, som hæmmer ledernes fokus på udvikling, og som kan være en barriere og skabe modstand i forandringsprocessen. Jeg mener derfor med fordel, man kan gøre tiltag som at sikre lederne et incitament for kontinuerligt at udvikle sig selv og medarbejderne i afdelingerne. På trods af, at der ikke har været megen tradition for belønningssystemer i et ofte stramt sygehusbudget, anser jeg belønningssystemer som et muligt element til at opnå motiverede medarbejdere og dermed en "win-win" situation på længere sigt. Belønning er blandt andet også et af de ledelsesværktøjer under New Public Management (NPM), som i mange tilfælde er et centralt element i resultatkontrakterne, og som i mange sammenhænge bliver betragtet som et særdeles vigtigt redskab til at motivere medarbejdere. Dette er indførelsen af NyLøn-systemet på sygehuset et eksempel på (bortset fra at puljerne næsten er symbolsk små).^L

Alternativt kan Sygehusledelsen fokusere mere på udskiftning og rotering af ledere for at sikre, at den enkelte leder ikke går i stå. Dette synspunkt vurderer jeg bør prioriteres højt set i lyset af, at strategi- og ledelsesopgaven har ændret sig, og at der i forbindelse med den kommende forandringsproces nu stilles krav om fokus på sygehuset i et markedsperspektiv. Som tidligere

^L NyLøn består af fire elementer: grundløn, funktionsløn, kvalifikationsløn og resultatløn, som forhandles individuelt og lokalt på arbejdspladserne. Pr 1. april 2010 var der i kommunerne afsat 1,25 % af lønsummen til lokal forhandling og pr 1. april 2010 var der i regionerne afsat 0,8 % af lønsummen til lokal forhandling. Udmøntningsgarantien omfatter dog ikke ansatte på cheflønsaftalen (kilde: <http://ida.dk/ansat/loen/offansat/Sider/offentligansat.aspx>).

nævnt, jf. Klausens teori, skal forandringsprocessen ses som et eksempel på en forandringsproces med mere fokus på ”markedsvektoren” og ”traditionel strategi”.

Noget af det, der motiverer medarbejdere, er at se resultaterne af deres indsats. Derfor må lederne lægge vægt på *generering af kortsigtede gevinster*⁶⁵. Det er vigtigt at afdække og synliggøre resultaterne. Dette kan gøres ved, at der samtidig med implementeringen iværksættes et kvalitetsopfølgningsprogram, som fortæller om målene i visionen nås. Ændrer eksempelvis patientforløbene sig ved udbygning af centerstrukturen og opsplitning af specialerne m.v., så patienttilfredsheden bliver bedre, og flere patienter kan behandles på kortere tid med tilfredsstillende klinisk kvalitet? En afsnitsleder understreger, hvordan synligheden af resultaterne motiverer:

”Noget der er vigtigt, er at vise de resultater, som personalet godt kan lide at se. Det er høj patienttilfredshed qua det arbejde de har lavet – altså anerkendelse ned på det niveau, hvor arbejdet med patienterne er. Så håber jeg vi som ledere er rollemodeller for denne proces”.

Spørgsmål om patientforløb og patienttilfredshed er vanskelige at besvare på kort sigt, specielt fordi mange akutte patienttyper ikke kan indgå i de særlige ”patientforløbsmodeller” med planlagte patientforløb, og derfor kan variere meget i behandlingsforløb. Derfor er de også svære at kvantificere og måle, men der kan opstilles delmål, som relativt hurtigt kan opnås. Indlæggelsestiden og tiden, der går indtil undersøgelses-, pleje og behandlingsplan er iværksat, kan måles. Man kan ringe til patienterne nogle dage efter udskrivelsen og undersøge, om de har været tilfredse med forløbet. Dette kan gøres ud fra et struktureret spørgeskema på samme måde, som anvendes i ”Den landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser”^M. Man kan også kort tid efter indlæggelsesforløbet spørge hjemmeplejen og de praktiserende læger, hvad de synes om ændringen. Etablering af kvalitetsopfølgning fra starten af forandringsprocessen har også den fordel, at ændringerne kan tilpasses løbende, forhåbentlig med det resultat, at ændringsprocessen bliver en proces over tid med successive forbedringer af kvaliteten. Dette vurderer jeg samtidig i

^M Danske Regioner og Regionssundhedsdirektørkredsen har besluttet at foretage en årlig landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser blandt indlagte og ambulante patienter på landets offentlige sygehuse samt patienter, som har været behandlet på et privathospital efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg. Formålet er, at gennemføre undersøgelsen som en spørgeskemaundersøgelse og har til formål at bidrage med input og identificere indsatsområder i arbejdet med kvalitetsforbedringer (kilde: <http://www.aalborgsygehus.m.dk/Fakta+og+tal/Nyheder/Nyhed>).

overensstemmelse med sygehusets overordnede ”Kvalitetsstrategi”^N, hvor indsatsområderne bl.a. er kvalitet ift. patientoplevelser.

Næste fase vil kræve en stor ledelsesopgave. Det drejer sig om at *konsolidere resultater og producere mere forandring*⁶⁶. En organisatorisk ændring må altid være organisationens projekt og ikke enkeltpersoners. Den viden, der opbygges, må implementeres i organisationen og blive til organisatorisk kompetence. En almindelig reaktion oven på en ændringsproces er – lad os nu få ro, ikke flere ændringer lige nu. Denne holdning øger imidlertid risikoen for tilbageslag.

For at undgå tilbageslag skal der fra ledelsens side arbejdes på *forankring af nye fremgangsmåder i kulturen*⁶⁷ og dermed skabelse af den rette adfærd. Ifølge Kotter kan dette kun gøres ved handlinger og ved en vellykket ændringsproces. Sygehuskulturen er præget af stærke fagprofessioner med funktionsopdeling og stor autonomi og dermed ret til at definere arbejdsopgaven, jf. kommende afsnit om kultur. Samtidig er en hierarkisk orden fremherskende. Etablering og udbygning af centerstrukturen udfordrer begge dele. De personer, som planlægger de kommende ændringer og tiltag, og som måske er ansvarlige for tilrettelæggelse af patientforløbsmodellerne, og dermed foreskriver de handlinger, der skal udføres, hvornår og af hvem de skal udføres, udfordrer både autonomien og hierarkiet. For at medarbejderne accepterer ændringerne, må der derfor være synlige resultater. Når disse begynder at vise sig, vil det være vanskeligere for modstanderne at fastholde den gamle kultur. Dette leder mig frem til næste afsnit om kulturens betydning for ændringsprocessen og sygehuskulturen som en barriere for forandring samt uddybning af *forankringen af forandringerne gennem kulturændring*.

4.2.3 Kulturens betydning for ændringsprocessen

Kulturen kan som sagt være en barriere for forandring, hvilket hænger sammen med de stærke fagprofessioner og at flere kulturer mødes, samt at kulturerne ikke nødvendigvis passer godt sammen hvorfor der ikke skabes et ”cultural fit”. Det betyder også, at det ”kulturarbejde”, der gøres i

^N Kvalitetsstrategien for Aalborg Sygehus skal ses som en konkretisering af sygehusets samlede strategiplan, der fastsætter, at sygehuset skal sikre høj kvalitet i alle ydelser gennem dokumentation, løbende opfølgning og evaluering. I kvalitetsstrategien indgår målsætninger og indsats indenfor: den patientoplevede kvalitet, den organisatoriske kvalitet og den faglige kvalitet (kilde: <http://www.aalborgsygehus.rm.dk/NR/rdonlyres/7372E5FA-75F4-4E78-8B15-7637659D23E3/0/KvalitetsstrategiforAalborgSygehusoktober2010.pdf>).

forandringsprocessen kommer til at spille en væsentlig rolle, og at professionstilgangen spiller en central rolle i måden at forstå arbejdet på sygehuset i forandringsprocessen⁶⁸. Det har den afledte konsekvens, at det er svært at forstå forandring i et organisationskulturperspektiv på Aalborg Sygehus. Heroverfor står et sygehus under pres, under massive organisatoriske forandringer og i eksperimentering med nye roller som eksempelvis centerchefer og ”modernisering af ledelsen”. Samtidig sættes der med importen af nye modeller, som led i New Public Management, spørgsmålstegn ved sygehusets traditionelle professionsdominans, og den lægefaglige dominans er i tråd hermed vigende, jf. tidligere afsnit om det lægefaglige rationale op imod det administrativt-økonomiske rationale. Med disse forhold taget i betragtning vil ændringerne på Aalborg Sygehus formentlig tage lang tid, og det vil være nødvendigt at forankre forandringerne gennem kulturændring. Dette vil være fokusområde for nedenstående afsnit. Først vil jeg dog kort beskrive, hvordan organisationen omkring de fagprofessionelle kan beskrives for at give dybere forståelse for, hvad der er afgørende for de fagprofessionelle ledes indflydelse.

4.2.3.1. Fagbureaukratiet og de tre dominerende kulturer i sygehusvæsenet

Sygehuset er traditionelt ikke blevet opfattet som en sammenhængende virksomhed, eller som en moderne organisation, men snarere som tilhørende Mintzbergs konfigurationstype: *et professionelt bureaukрати*⁰, som består af mange forskellige faglige hierarkier, hvoraf de dominerende er lægehierarkiet, sygeplejehierarkiet og administrationshierarkiet⁶⁹. Hvert faghierarki/profession har ikke bare deres egne domæner, men også status som udførende selvstændige kulturer med hver deres værdisystem og hver deres styringslogik.

Fagbureaukratiet er kompliceret, og professionalisme og bureaukрати kan kun forenes, hvis der tages nødvendige hensyn til arbejdets karakter og til de professionelle og deres autonomikrav. Dette vanskeliggør ledelsesopgaven, da de altid vil være afhængige af fagfællers medvirken i opgaveløsningen, idet magten er knyttet til de professionelle i organisationen, hvor hver varetager sine specialiserede opgaver. Samtidig er de professionelle ledere ofte selv medlem af én af professionerne i organisationen, og deres indflydelse er derfor ofte tilknyttet andet end direkte ordre-

⁰ De centrale karakteristika hos professionelle faggrupper er: lang formel uddannelse, stærk faglig identifikation med profession og fagfæller, specialiststatus inden for et afgrænset arbejdsområde, autonomi i arbejdet, samfundsmæssig monopol på stillinger og funktioner, serviceorientering overfor patient/klient, intern kontrol med medlemmer i form af etiske regler anlagt af professionen selv (kilde: Lindén m.fl., 2002, s. 24).

og regelstyring. Indflydelsen kommer af evnen til blandt andet at tilskynde de professionelle til udvikling og nytænkning, og sikre sig, at ændringer stemmer overens med de professionelles egne interesser og værdier, da de således vil arbejde med ændringerne. Derudover lægger mange af de ledende overlæger fortsat vægt på at være meget fagligt respekterede i lægegruppen på bekostning af deres interesse/ansvar for generel ledelse, herunder økonomi, ledelse og administration⁷⁰. Se nedenstående citat fra en afsnitsleder, som understøtter, at lederne på trods af deres lederrolle fortsat gerne vil være i klinikken:

”Når man kigger rundt på vores ledere på afdelingsniveau, så er det efterhånden blevet skrivebordsledere, men med adgang i klikken i hverdagen, og de er ikke på samme faglige høje niveau, som andre i afdelingen kan levere”.

Det giver en konflikt i forhold til både at være lægefaglig leder og fagprofessionel set i forhold til også at udføre administrativ-økonomiske beslutninger fra Sygehusledelsen eller politikerne i en kommende ændringsproces. Man har samme uddannelse, baggrund, skoling og socialisering. Man tilhører samme ”broderskab” og holdningen blandt lægerne er, at alle selv vil bestemme uden begrænsninger og ledelsesindblanding⁷¹. Det er derfor blevet sværere at være eksempelvis ledende overlæge med omkring 100 medarbejdere og en personale- og budgetramme på mange millioner kroner, som ofte kræver top down-beslutninger, og som ikke nødvendigvis tager hensyn til det lægefaglige speciale. Ledelsens prioritering af arbejdet har derfor i høj grad indflydelse på ledelsen af afdelingerne og resultatet er ofte, at medarbejdere klager over, at lægechefen ikke ved, hvilke problemstillinger, der egentlig er i klinikken, og at ledelsesmæssige opgaver forsømmes.

Hvis de faglige ledere vil have succes på det generelle ledelsesmæssige felt, mener jeg på baggrund af ovenstående, at de faglige ledere må revurdere forventningerne til deres fagprofessionelle personlighed og tilhørsforhold, idet de skal varetage mange lederroller^p, jf. Mintzberg⁷². Det strider umiddelbart mod deres naturlige tilhørsforhold, idet specialerne er helt afgørende for særligt det lægefaglige tilhørsforhold, og samtidig afgørende for den status, der er knyttet til forskellige afdelinger og afsnit på sygehuset. Når de forskellige specialer hver især opfatter sig som en gruppering inden for det lægelige arbejde, betyder det at samarbejdet mellem grupperne vanskeliggøres. Det betyder, at specialetænkningen er en afgørende værdi, og jeg mener

^p Henry Mintzberg beskriver teorien om, hvad ledere laver og benytter begrebet ”rolle”, som han definerer som et organiseret sæt af adfærdsmønstre, der er knyttet til en identificerbar stilling og position (kilde: Mintzberg, 1976).

kategoriseringen kan gøre det vanskeligt at samarbejde omkring patientforløb, som involverer flere forskellige specialer. Som tidligere omtalt er udbygningen af centerstrukturen på Aalborg Sygehus, med fokus på patientforløbsmodeller og opsplitning af specialerne, derfor et brud mod den lægefaglige specialisering og den lægefaglige kultur og strukturingsprincip. Ledelsesrollen mener jeg derfor er under kraftigt ændringspres, og der er måske derfor ikke fuld afklaring omkring den hierarkiske ledelseskompetence og afvejningen af faglige versus administrativ/økonomiske opgaver. Jeg mener, konsekvensen kan være, at den nye organisations- og ledelsesstruktur kan blive oplevet som meget kontrolorienteret, men kan også afsløre problemer, såsom ledelsesmæssige uklarheder og manglende økonomisk ansvarlighed.

4.2.3.2 Kultur ifølge Schein - og forankringen af forandringerne gennem kulturændring

John P. Kotter taler om *forankringen af forandringerne* i hans otte-trins model. Overskriften i Kotters ottende trin lyder: *“Make Change stick. Be sure the changes are embedded in the very culture of the enterprise so that the new way of operating will stick”*⁷³. Med andre ord vil en forandring først være forankret, når den bliver en del af kulturen i virksomheden. Teorien påpeger dermed, at det er kulturen, Aalborg Sygehus skal arbejde med for at sikre en forankring af den fokus på adfærd og udvikling, som man ønsker af den ny organisations- og ledelsesstruktur. John P. Kotter påpeger fem punkter i hans model, som har stor indflydelse på forankringen af forandringer gennem kulturændring:

- *Kommer sidst ikke først: de fleste ændringer af normer og fællesværdier kommer i slutningen af forandringsprocessen.*
- *Afhænger af resultater: nye fremgangsmåder bundfælder sig som regel først i kulturen, når det er blevet helt tydeligt, at de fungerer og er bedre end de gamle metoder.*
- *Kræver en masse snak: uden verbal instruktion og støtte vil medarbejderne ofte kun modvilligt indrømme de nye procedurers værdi.*
- *Kan eventuelt indebære personaleomsætning: i nogle tilfælde vil den eneste vej til kulturændringer være at udskifte nøglepersoner.*
- *Gør beslutninger vedrørende forfremmelse til noget meget vigtigt: hvis kriterierne for advancement ikke bliver ændret i overensstemmelse med den nye praksis, vil den gamle kultur igen gøre sig gældende.*⁷⁴

I arbejdet med kulturændringer vil et naturligt udgangspunkt være Edgar H. Scheins betragtninger. Schein arbejder med 3 kulturniveauer: artefakter, skueværdier og grundlæggende antagelser.

Artefakterne beskrives som de synlige organisatoriske strukturer og processer, som er vanskelige at tyde. *Skueværdierne* beskrives som strategier, mål, filosofier og synlige begrundelser. De *grundlæggende underliggende antagelser* er ubevidste anskuelser, opfattelser, tanker og følelser som ultimative kilder til værdier og handlinger. Det er netop disse grundlæggende, underliggende antagelser, som skal sikre fokus på den ønskede adfærd og udvikling som en naturlig del af hverdagen på sygehuset.

Schein beskriver 3 grundlæggende kilder til kulturdannelse:

1. *Organisationsgrundlæggerens overbevisninger, værdinormer og antagelser.*
2. *De erfaringer, som gruppemedlemmerne lærer af, efterhånden som deres organisation udvikler sig.*
3. *Nye overbevisninger, værdier og antagelser, som tilføres af nye medlemmer og ledere*⁷⁵.

Idet Aalborg Sygehus er en offentlig organisation med fagprofessionelle, med mange gamle overbevisninger, værdier og antagelser, og hvor ledere og medarbejdere er opvokset i organisationen, består opgaven i forandringsprocessen at udvikle nye værdier og antagelser gennem nye ledere og gennem de ledere i organisationen, som tydeligt viser, at de ønsker forandring og samtidig har modet og viljen til at gennemføre dem i samarbejde med medarbejderne, jf. tidligere tekst. I den sammenhæng spiller motivation en afgørende rolle. Hvorledes motiveres afdelingsledelserne, afsnitsledelserne og centercheferne til at sætte fokus på udvikling af den ønskede adfærd og kultur for at sikre en succesfuld implementering i samarbejde med medarbejderne? Det vil jeg behandle yderligere i kommende afsnit.

Litteraturen indeholder en lang række motivationsteorier. Her inddrages blot Herzbergs motivationsteori til at belyse, hvordan det i forandringsprocessen er muligt at påvirke motivationen for forandringer. Herzberg var arbejdspsykolog og har baseret sin motivationsteori på omfattende undersøgelser af arbejdspladser^Q. Igennem interviews med bl.a. regnskabspersonale og ingeniører fandt han ud af, at henholdsvis tilfredshed og utilfredshed på arbejdspladsen udspringer af forskellige faktorer⁷⁶. Disse faktorer kalder Herzberg for henholdsvis *vedligeholdsfaktorer* og *motivationsfaktorer*⁷⁷.

^Q Jf. Buelens m.fl. (Third Edition) s. 191 har Herzbergs motivationsteori været udsat for kritik fordi teoristudierne tager udgangspunkt i undersøgelser af funktionærer og højt uddannede. Dette betyder, jf. kritikkerne, at der kan være uoverensstemmelse mellem, hvad der motiverer og tilfredsstiller henholdsvis blue og white collars. Ligeledes har det vist sig, at motivation og tilfredshed varierer i de enkelte lande. De enkelte landes kulturer har forskellige syn på vedligeholds- og motivationsfaktorer.

Vedligeholdsfaktorer er de faktorer, der knytter sig til rammerne omkring arbejdet. Herunder kan nævnes løn, lokaler (fysiske arbejdsforhold), psykiske/kollegiale arbejdsforhold, regler og politikker, overvågning, frynsegoder, sikkerhed/tryghed mm. Er vedligeholdsfaktorer ikke til stede i tilstrækkelig grad, kan det skabe utilfredshed. Vedligeholdsfaktorerne kan derimod ikke bidrage til tilfredshed. Hvis vedligeholdsfaktorerne ændres for at undgå utilfredshed, skaber det altså ikke tilfredshed, men blot en eliminering af utilfredshed. Altså en slags O-stilling.

Tilfredshed og arbejdsglæde skabes omvendt via motivationsfaktorerne. Disse forhold involverer arbejdets indhold såsom anerkendelse, ansvar, autonomi, udfordringer, personlig udvikling mm. Modsat vedligeholdsfaktorerne er det sådan, at hvis de forhold, der skaber tilfredshed ikke er i orden, medfører det ikke nødvendigvis utilfredshed. Man kan derved konkludere, at utilfredshed er knyttet til vedligeholdsfaktorerne, og tilfredshed er knyttet til motivationsfaktorerne. Tilfredshed er med andre ord ikke det modsatte af utilfredshed. Herzbergs analyser påpeger, at hvis en medarbejder skal motiveres på længere sigt, er det motivationsfaktorerne, der skal arbejdes med. I en langstrakt forandringsproces, som den Aalborg Sygehus har foran sig, er det derfor vigtigt at motivere medarbejdere og ledere via motivationsfaktorerne. Dette vil jeg komme mere ind på i dette afsnit.

I sidste trin i Kotters 8-trins model beskrives, at ændringen af normer og fællesværdier normalt først kommer i slutningen af forandringsprocessen, at nye fremgangsmåder først bundfælder sig i kulturen, når det er tydeligt, at de nye fremgangsmåder fungerer og er bedre end de gamle. Samtidig beskrives, at det kræver en masse verbal instruktion og støtte til medarbejderne, at få dem til at indrømme de nye processers værdi⁷⁸. Sammenholdes dette med situationen på Aalborg Sygehus og den kommende forandringsproces, vurderer jeg, at det er af største vigtighed at Sygehusledelsen i samarbejde med den øvrige ledelse gør meget ud af at sætte fokus på de nye normer og værdier, som er gældende i den ”nye organisations- og ledelsesstruktur”.

Ændringsorienteringen, som er ledernes daglige udfordringer i implementeringsprocessen, fremmes ved at erkende at praksis og handling ikke ændres uden ændringer af værdier, autoritetssystemer, identitetssystemer og rutiner. Ledelsen bør understøtte de nye normer og værdier og overfor medarbejderne i det kliniske felt understrege vigtigheden og alvoren i de nye normer og værdier. Men forud må enhver leder på sygehuset og dermed leder af en kultur/subkultur spørge sig selv, hvilke værdier og normer man signalerer via sin egen adfærd, hvilke rolle man spiller i forhold til

medarbejderne, og hvor åben man selv er over for de kommende ændringsforslag, også de ændringsforslag, der evt. er relateret til ændring af ens egen handle måde. Den evige refleksion over egen og organisatorisk praksis, mener jeg, er et af de vigtigste kendetegn for den kompetente leder.

Ifølge min vurdering er ændring af værdier og normer helt i overensstemmelse med teorien bag værdibaseret ledelse (VBL), idet VBL bygger på kulturbegrebets fremhævelse af, at værdier og meninger spiller en afgørende rolle for adfærden i organisationen, og at VBL derfor kan være et godt ledelsesværktøj til at få mennesker til at handle på bestemte måder og efter bestemte mål⁷⁹. Den diametrale modsætning er New Public Management tankesættet (NPM), som centerstrukturen i virkeligheden er et resultat af, da NPM sætter fokus på incitamenter, outputfokus og effektivitet, jf. bilag 3 for uddybende forklaring. Jeg vurderer derfor, at VBL-teorien såvel som Kotters teori, er en stærk modvægt til den teknisk-rationelle top down-styrede forandringsstrategi, hvilket igen afslører et muligt krydspres for ledelsen at håndtere i den forestående implementeringsproces.

Centercheferne, som har en mere overskuelig referenceramme og loyalitetsfølelse, sammenlignet med sygehuset som helhed, mener jeg skal arbejde meget målrettet med værdier, normer og dermed identitetsskabelse i de enkelte centre, samt sparre og coache den enkelte afdelings- og afsnitsledelse. Men samtidig er jeg opmærksom på, at i det øjeblik ledelsesfunktionen overgår til en enkelt person, som har det overordnede ansvar for en hel afdeling eller afsnit, så bliver det en udfordring at etablere en organisatorisk identitetsfølelse, som er rettet mod den konkrete klinik eller afdeling/afsnit og ikke mod faggrupperne på det givne sted.

Foruden verbal understøttelse af værdierne, er det vigtigt, at afdelings- og afsnitsledelsen bakker op om de nye værdier og normer gennem handlinger og adfærd. Eksempelvis kan man ikke sikre succesfulde patientforløb uden et personale, som ønsker at samarbejde på tværs af faggrænser og specialer. Derfor må der åbnes op for samarbejde, eksempelvis med fællesmøder og tværfaglige projektgrupper, samt sociale og faglige arrangementer på tværs (og ikke kun med egne fagfæller).

Et andet vigtigt element i forbindelse med implementeringsprocessen er synlighed og åbenhed omkring de forbedringer, som forandringerne afføder. I den forbindelse er det vigtigt, at fortælle succeshistorierne, som understøtter, at forandringerne har et formål. Disse historier kan både tage

afsæt i de ”bløde” gevinster, så som den positive udvikling i den nye struktur og en øget trivsel på afdelingerne. Derudover kan der rettes fokus på patienternes oplevelse af kvaliteten, jvf tidligere omtale af patienttilfredshedsundersøgelse, men bør også omhandle mulige succeshistorier på *artefaktniveauet* i form af øget effektivitet, eksempelvis reduceret indlæggelsestid, kortere tid inden behandlingsstart, kortere ventetider og færre fraværsdage. Synlighed og åbenhed via intervention på *værdi-niveauet* kan opnås ved kommunikation af implementeringens udviklingsfase med information via intranettet, interne nyhedsblade på sygehuset samt i dagspressen og på afdelingerne. Her kan også kommunikeres kampagner vedrørende den nye fælles mission ”patienten i centrum”. Derudover kan man gennemføre fortælling af de gode historier samt give løbende status på personalemøderne. Fordelen ved at anvende intranettet og interne og eksterne medier er, at de nye mål, værdier og normer bliver synlige, og at det således bliver lettere at implementere disse mål og værdier for nyt personale eller at vedligeholde fokus, idet omtalen således skaber en øget bevidsthed omkring forandringsprocessen.

For at opnå synlige mål og værdier er det også vigtigt at motivere lederne til at fokusere på dette, jf. tidligere afsnit. I forhold til Herzbergs teori skal dette opnås ved at udfordre og anerkende lederne og stimulere personlig udvikling hos disse. I den forbindelse, mener jeg, det er afgørende, at Sygehusledelsen i samarbejde med de øvrige ledelser formår at opstille de rette mål og anerkende de fremskridt, der opleves. Her er det samtidig vigtigt, at Sygehusledelsen viser deres holdninger og opbakning til udvikling og en ændret adfærd overfor den øvrige ledelse. Dette har de især mulighed for at give på de løbende ledermøder samt ved anvendelse af intranettet. Samtidig mener jeg, at Sygehusledelsen via medinddragelse og medindflydelse kan motivere lederne til den rette udvikling og adfærd. To ledere i afdelingsledelserne understøtter denne opfattelse:

”Hvis vi bliver inddraget, får vi en oplevelse af, at det motiverer os, og hvis vi får indflydelse eller får indtryk af, at få indflydelse, så vil vi også give ejerskab ift. den vej, vi går. Jeg må da sige, at jeg jo har været med i et seminar og ekspertgruppen – det er involvering - og vi får lidt indsigt og får mulighed for at sige, hvad vi mener – og det er vel en form for motivation”.

”Noget af det jeg selv oplever for at blive motiveret er involvering, medinddragelse og medindflydelse på processen - mere ansvar, så vokser folk og det skaber kulturændring. Vi taler meget om ”ansvarstagende medarbejdere” i vores afsnit”.

Kotter nævner udskiftning af nøglemedarbejdere som en mulighed, og i nogle tilfælde en nødvendighed for forankring af de opnåede forandringer⁸⁰. Som tidligere nævnt er der i sygehusvæsenet inklusiv Aalborg Sygehus tradition for, at ledere bestrider det samme job i mange år,

og at lederne næsten er garanteret, at de kan blive siddende i lederjobbet, så længe de ønsker, hvis blot de når de resultatmæssige mål. Mange af disse er givetvis gode forandringsagenter, som kan håndtere udvikling og de ændringer af virksomhedens normer og værdier, man ønsker at fremme. Givet organisationens størrelse og måden, hvorpå ledere oftest rekrutteres (efter anciennitet og/eller faglighed), vil der givetvis være en række mellemledere, som ikke ønsker udvikling, eller som ikke har de ledelsesmæssige egenskaber, som er nødvendige for at kunne stå i spidsen for en politisk udviklingsproces. Det er min opfattelse, at Aalborg Sygehus i nogle tilfælde vælger at se igennem fingre med en leders manglende lyst eller evne til forandringer, fordi lederen har en ”lang og tro tjeneste” på sygehuset og måske blot har et par år tilbage på arbejdsmarkedet. Det er min overbevisning, at den ”skade”, en sådan leder kan påføre et langvarigt forandringsprojekt, er væsentligt større end det nederlag personen vil lide ved en evt. omplacering. Ofte vil personen mistrives med de ændringer, vedkommende bliver tvunget til at gennemføre på trods af modvilje. Jeg mener derfor i mange tilfælde, at lederen selv har en interesse i en hensigtsmæssig omplacering eller en fornuftig fratrædelsesordning. Dette leder mig også frem til kriterierne for advancement, som bør være i overensstemmelse med værdierne i ”den nye ønskede organisation”.

Den sidste af Kotters primære budskaber, jeg her vil berøre, er netop kriterierne for advancement⁸¹. Bliver disse ikke ændret/justeret i overensstemmelse med målene og værdierne i ”den nye organisation”, vil de fremtidige og kommende ledere fastholde den ”gamle” kultur, og man vil efter forandringsprocessens afslutning gøre som man plejer⁸². I stedet bør man fokusere på en ledelse, som ovenfor nævnt ønsker udvikling og kan være med til at fremme udviklingen. Forandringer med belønningsstrukturer (rekruttering og forfremmelse) giver mulighed for intervention på *artefaktniveauet*, jf. tidligere tekst. Indtil nu har de fleste af samtlige udnævnelser på sygehusene generelt været forfremmelser af dygtige fagfolk⁸³, hvilket jeg mener signalerer en form for nedprioritering af ledelseskompetencerne og ledelsesopgaven overfor fagligheden i rollen som leder. Særligt blandt de lægelige ledere er fagligheden et centralt element i de sociale struktur- og identitetsdannelsesprocesser, og lederne refererer til fagligheden som en central del af deres ledelsesrolle⁸⁴. Dette forklarer også, hvorfor mange lægelige ledere føler sig i et krydspres, idet deres ideal både er at være i klinikken og fungere som leder⁸⁵. I mange tilfælde er personens lederevner måske ikke taget i betragtning i forbindelse med forfremmelsen, idet deres status opgøres efter faglig kompetence og autoritet accepteres på grundlag af faglig kompetence⁸⁶.

Denne praksis mener jeg langsomt er under forandring med indførelsen af de mere markedslignende vilkår, idet man taler om ”djøf-isering” af ledelsen. Men fakta er alligevel, at Sygehusledelsen på Aalborg Sygehus har valgt at ansætte samtlige nye centerchefer med en lægefaglig baggrund og dermed stærke sundhedsfaglige kvalifikationer, jf. citat fra et af stillingsopslagene som centerchefer: ”centerchefen er en professionel leder med sundhedsfaglig indsigt”⁸⁷. Min vurdering fra samtaler og interviews er, at personlig udvikling inden eller i forbindelse med intern forfremmelse meget sjældent finder sted. Man efteruddanner sig ikke, før man er blevet forfremmet eller før efteruddannelse er eneste uopfyldte krav for forfremmelse. Jeg finder det derfor vigtig, at Sygehusledelsen understreger vigtigheden af efteruddannelse ved at kræve, at interne kandidater til en vis grad efteruddanner sig i ledelsesdiscipliner for overhovedet at komme i betragtning til fremtidige lederjob. Hvis den fremtidige rekruttering af ledere i højere grad fokuserer på ledere med uddannelse i ledelse, tror jeg det vil hjælpe organisationen og understøtte til succesfuld implementering af den og de kommende forandringsprocesser. For det er sikkert, at sygehuset også fremover vil befinde sig i en institutionaliseret omverden præget af krydspres og forventninger om fortsat udvikling. En afdelingsleder understøtter denne opfattelse:

”Det kræver nye måder at være leder på, at tiden tages fra klinikken, og at man skal have andre egenskaber end bare at lede faget. Det kræver nogle personlige lederegenskaber, nogle administrative egenskaber. Men vi har øvet os nogle år i takt med den måde, man har håndteret udviklingen af ledere i min organisation(sektor). Man har sagt, lad os få lederne uddannet som ledere for medarbejdere og ikke bare ledere af faget”.

4.2.3.4. Faglighed og magtudøvelse i ændringsprocessen

Som tidligere omtalt er sygehuset et felt, hvor både centrale og decentrale aktører kan påvirke beslutningerne. I forhold til den interne ændringsproces er det interessant at belyse de professionelles magt, og hvorledes de forskellige faglige interesser kan påvirke den kommende ændringsproces. På sygehusniveau konkurrerer forskelligt funderede faglige opfattelser. Det gør sig blandt andet gældende i forbindelse med forsøget på at ændre sygehusets daglige praksis oppefra gennem den top down-styrede reformproces, som jeg mener, er gældende for Aalborg Sygehus. Samtidig kæmper professionerne med faglige argumenter i forhold til at bevare den fagprofessionelle praksis (jf. tidligere afsnit om centerstrukturens brud mod sygehusets traditionelle professionsdominans), hvilket er helt i overensstemmelse med deres professionsopfattelse. Jeg mener dette kan sammenlignes med magtudøvelse i kraft af fag, og at den kommende implementeringsproces, set udefra, vurderes at

have vanskeligheder med at trænge igennem og ændre fagprofessionel praksis. Men set fra det udførende niveau handler det om en top down-styret administrativ økonomisk-forandringsstrategi, der ikke er let at forene med faglige traditioner og identiteter, og som måske derfor vil blive nedprioriteret til fordel for velkendt professionel praksis. I den interne implementeringsproces mener jeg derfor, at der kan være risiko for, at de fagprofessionelle viser magtudøvelse i kraft af fag, og at det ikke behøver forme sig som bevidst modstand eller interessevaretagelse, men også kan vise sig hos deltagerne i kraft af delvist ubevidste faglige traditioner, der kan være meget svære at ændre. Dette er også i god overensstemmelse med professionssociologiens antagelser om, at faglige argumenter anvendes af professionerne som led i bevidste bestræbelser på at beskytte og udvide deres professionelle faglige projekter⁸⁸. Jeg ser derfor en stor udfordring og risiko for modstand i den kommende implementeringsproces, og det giver derfor god mening at forankre forandringerne gennem kulturel ændring, jf. tidligere afsnit om Kotter. Samtidig mener jeg, at der på sygehusledelsesniveau bør være mere fokus på en erkendelse af det komplicerede samspil mellem faglighed knyttet til de professionelles projekter og den hierarkisk baserede magtudøvelse, som den kommende forandringsproces er et eksempel på. Jeg mener også, at en bedre erkendelse af den intime sammenhæng mellem fag og magt på alle niveauer i den professionaliserede verden på Aalborg Sygehus kan være en nødvendig forudsætning for en mere realistisk sygehuspolitik og sygehusledelse i den endelige implementeringsproces.

4.2.4. Ledelsesopgaven

Det vigtigste i håndteringen for at undgå den ovenfor beskrevne modstand og mulig dekobling, mener jeg, er kendskabet til de forskellige aktørers argumenter og tankemåder. Man skal kunne tale både de fagprofessionelle, brugernes og magtens sprogs (dvs. i forhold til både politiske magthavere og administratorerne), og man skal være i stand til at kommunikere både internt og eksternt med henblik på at skabe dagsordener, forståelse og legitimitet. Her er det vigtigt, at man søger at iscenesætte og udvikle et fælles dynamisk forhandlingsrum med nogle fælles accepterede spilleregler, hvorigennem aktørerne på tværs af sociale grænser og subkulturer kan argumentere og konfrontere deres værdiopfattelser, handlingsregler og ændringsbehov. Betingelserne må bl.a. være, at alle relevante sundhedsfaglige værdisammenhænge bliver medtaget, f.eks. patienternes livskvalitet, helbredelsespotentialer, genindlæggelsesfrekvenser, patientomsorg, plejeetik, personale-trivsel etc. Samtidig bør lederne have fokus på motivationsaspektet, jf. tidligere afsnit, og de kulturelle modsætninger for at skabe tilslutning til forandringen. Man bør også vise en klar og

symbolsk markering i de rationaler, som man søger at realisere inden for den nye strukturs råderum, således at der er overensstemmelse med det, man melder ud, og det man gør, jf. tidligere omtale af kommunikation, hvilket er særlig vigtigt for at bevare troværdigheden og skabe samarbejde og tillidsbaserede relationer i den kommende lange implementerings proces.

Således giver det også god mening, at lederne bør uddannes og dermed udvikle deres kompetencer til at udøve generel ledelse, mere end ”faglig” ledelse i de kommende mange udfordringer. Jeg er derfor også enig i Muusmann-rapportens anbefaling om øget fokus på en ledelsesmæssig kompetenceudvikling og uddannelse for de nuværende og fremtidige ledere i organisationen. For det er sikkert, at ledernes adfærd vil få konsekvenser for de forskellige rationaler, kulturelle ændringer, dekoblinger og konflikter, og det vil kræve symbolik, konstante markeringer, personlig involvering og konsistens i den komplekse forandringsproces præget af krydspres, som sygehuset står overfor.

Lederne på Aalborg Sygehus bliver derfor nødsaget til at fokusere langt mere på ledelsesrollen, og centercheferne, som er ledere for medarbejdere fra alle faggrupper, bør specielt have fokus på de kulturelle forskelle blandt medarbejderne, som vedkommende er chef for. I det hele taget mener jeg, at lederne må forvente at skulle kæmpe hårdt for den ledelsesmæssige legitimitet i den kommende forandringsproces. Det kræver i høj grad situationsfornemmelse og evne til at anvende lederegenskaber uden at miste troværdighed. Ledelsesmagtens legitimitet vil afhænge af, hvorvidt medarbejderne vurderer chefens ledelsesmæssige handlinger er retfærdige og værdige at anerkende. Den måde, som en leder bruger sin magt på, mener jeg, vil være afgørende for, hvorledes medarbejderne fungerer og reagerer. Opfattes magten ikke som legitim, vil medarbejderne ikke leve op til de fastsatte målsætninger og ej heller være villige til at gøre en ekstra indsats. Regler, normer og værdier skal nødvendigvis være i pagt med medarbejdernes opfattelse af de samme regler, normer og værdier, jf. Scheins kulturniveauer.

Skismaet mellem faglighed og generel ledelse tror jeg ikke vil blive mindre. Fremover vil det til en vis grad være nødvendigt for eksempelvis den lægelige chef at være lægefagligt up-to-date for at kunne skabe sig en legitim ledelsesplatform. Kolleger og medarbejdere ønsker at være stolte af det, som deres afdeling producerer. Derfor tror jeg særligt lægegruppen også fremover vil ønske en leder, som man fagligt kan respektere, idet deres identitet i høj grad er bundet op på deres faglighed ved

fortsat at være klinikere (eller at have demonstreret klinisk kompetence). Men samtidig mener jeg lederen må være i stand til at forholde sig til organisatoriske helheder, økonomi, strategisk- og tværfaglig ledelse og ikke bare individuelle patientforløb, jf. forskydning af strategien mod markedsvektoren. Den anden faggruppe, sygeplejerskerne, vil formentlig vægte ledelsesaspektet væsentligt højere i rollen som leder, idet de lægger vægt på at have ”fingeren på pulsen” ved at være til stede og følge op på dagligdagens små og store problemer. Der vil derfor være mere ”plads” til at udvikle de generelle lederegenskaber og kompetencer. Det fører mig frem til, hvordan de forskellige professioners opfatter deres ledelsesopgave.

4.2.4.3 Professionernes forskellige opfattelse af ledelsesopgaven

Der er forskel på, hvordan de forskellige professioner betragter deres lederjob, hvad de lægger vægt på, hvad de finder af udfordringer, og hvilke vanskeligheder de selv ser. Forskellen, mener jeg, skal ses som et resultat af kulturforskellen blandt professionernes opfattelse af ledelsesopgaven. For læger er det utænkeligt, at andre end læger kan træffe ledelsesmæssige beslutninger, der vedrører behandlingsformer og faglige prioriteringer, og for sygeplejerskerne er det vigtigt at opnå ledelsesretten over plejeområdet⁸⁹. Der er meget, der tyder på, at både lægefaglige ledere og sygeplejefaglige ledere lægger megen vægt på, at specielt jobbet som afsnitsleder indebærer en ledelsesrolle i forhold til egen faggruppe – mere end jobbet som afdelingsleder, idet vedkommende ofte ser sig selv som ren ”driftsleder” væk fra klinikken⁹⁰. Et citat fra en lægelig afdelingsleder understøtter vigtigheden af, at blive ledet af egen faggruppe, og det andet citat illustrerer, at man som driftsleder prioriterer ledelsesopgaven højere end fagprofessionen:

”Grundlæggende så opfatter jeg fagprofessionen som vigtig blandt lægerne, fordi det er en meget fagstolt faggruppe, og det har jo vist sig, at de har meget svært ved at blive ledet af en ikke lægelig faggruppe”.

”Som fagprofessionel, så har jeg jo en kasse, som jeg er hjemme i - og som leder i lang tid, så har jeg noget ledelse, som jeg har fyldt ind i, og hvis jeg skal fylde mere ind i ledelseskassen, så vil jeg gerne det.....det er også en udvikling for mig og en del af min opgave”.

For centerchefen er det lidt anderledes, idet vedkommende er hele personalets entydige leder og derfor leder af flere professioner. Denne ledelsesfunktion har betydning for, at der er opstået et større og større skisma mellem faglig og generel ledelse i rollen som centerchef. Udfordringen for

centercheferne er derfor at kunne etablere en organisatorisk identitetsfølelse, som er rettet mod det konkrete center og ikke mod faggrupperne på den givne afdeling.

Da undersøgelser har vist, at primært afsnitsledere finder, at de lægefaglige kvalifikationer bør vægtes højt⁹¹, ser jeg en udfordring med de kommende ændringstiltag. Når afsnitslederen som klinisk frontfigur og anfører samtidig har en meget stor administrativ arbejdsbyrde som problemløser i en forandringsproces og dermed også som informationssorterer og fordeler, mener jeg, at de ledelsesmæssige betydningsfulde roller som initiativtager, forhandler og forbindelsesled bl.a. som talsmand efter min opfattelse kan blive nedprioriteret og ikke varetaget tilfredsstillende. Anførerrollen i relation til generel ledelse kan i værste tilfælde nærmest blive usynlig. Jeg mener derfor, at der kan blive behov for, at særligt afsnitsledelsen udvikler deres tankesæt om ledelse og at evnen til at variere deres ledelsesrolle både i relation til egen erkendelse og i tråd med de situationer, de udfordres ud i, udvikles. Et af succeskriterierne for lederne i den kommende forandringsproces tror jeg derfor bliver, om de er i stand til at reflektere over, vælge og balancere imellem de forskellige lederroller. Det kræver for mig at se, at lederen er i stand til at identificere den aktuelle situation. En tilgang kan eksempelvis være uhensigtsmæssig i en snæver faglig sammenhæng, mens det rent faglige argument ofte skal suppleres med eksempelvis økonomiske beregninger, når det præsenteres for det politiske administrativt-økonomiske niveau. Jeg mener derfor, at det både kræver empati, analytiske evner og fleksibilitet, med den risiko at lederen overfor medarbejderne kan forekomme omskiftelig og utroværdig i perioder af forandringsprocessen.

4.2.4.4. Vilkår og udfordringer for ledelsen i forandringsprocessen

Krydspresituationer for ledelser i offentlige organisationer er velkendte. Men kombinationen af en ændringstung organisation og skiftende institutionelle krav fra interessenter i det omgivende organisatoriske felt betyder, at krydspres kan være relativt sværere at håndtere for ledelser i vidensorganisationer som sygehuse med uklare mål og autoritetsforhold, jf. tidligere afsnit 2.1. Når ændringsimpulser som centerdannelse, patientforløbsmodeller og ”modernisering” af ledelsen opstår på Aalborg Sygehus og formidles som en top down-styret hierarkisk beslutning, mener jeg, at ledelsen bliver stillet over for en ny type ledelsesopgave. De er vant til at håndtere en del af de institutionelle påvirkninger, der besluttet og formidles hierarkisk, men strømmen af nye begreber og koncepter, som de kommende ændringer er en del af, stiller ledelsen i en situation, hvor de hele tiden

skal tage stilling til ”det nye”, som ikke virker særlig godt planlagt, og som ikke uden videre ”passer” til den professionelle organisation, samtidig med at ændringskravene ofte er modsætningsfyldte.

Ledelsesopgaven bliver derfor at fortolke eller tilpasse forandringerne for at de kan omsættes til organisatorisk praksis og anvendes i dagligdagen. Det kan eksempelvis opleves modstridende, at der er finansielle krav om årlige produktivitetsstigninger kombineret med krav om besparelser, jf. Budgetforliget 2011, kombineret med krav om øget kvalitet i form af patientforløbsmodeller – altså ”bedre service kombineret med færre ressourcer” – eller ”decentralisering kombineret med central styring”. Ledelsens reaktion kan efter min vurdering derfor være (afhængig af deres evne til modstand, deres evne til at reagere proaktivt, deres indflydelse og deres forfølgelse efter egne interesser) at tilpasse sig, at indgå kompromis, forsvare sig eller manipulere/påvirke evt. via koalitionsdannelse.

Ledelsens valg af intern strategi vil selvfølgelig afhænge af karakteren af det institutionelle pres, ledelsens afhængighed samt gevinsten ved at tilpasse sig. I dette tilfælde med Aalborg Sygehus mener jeg, at ledelsen er meget afhængig af at tilpasse sig og opnå høj legitimitet og dermed økonomisk gevinst fra politisk side. Det mest overbevisende er derfor efter min mening, at ledelsen må vælge en tilpasningsstrategi, hvor de må ”arbejde med” forandringerne, når beslutningerne er taget og dermed ”arbejde for” at implementere de kommende forandringstiltag. Strategien med at indgå kompromis eller søge indflydelse kan ledelsen anvende i processen forud for beslutningerne, da det er på dette tidspunkt, at ledelsen kan gøre en forskel i processen. Det vil for Aalborg Sygehus konkret være den ”analyseperiode”, som Aalborg Sygehus har hele 2011 til at vurdere. For der er ingen tvivl om, at beslutningernes kvalitet vil afhænge af ledelsens evner til - gennem forhandling - at nå frem til kompromisser, som de centrale aktører for forandringsprocessen motiveres for og forpligtes til, og som derfor er fremadrettede. Nedenstående citat, udtalt af en leder fra en afdelingsledelse, understreger dette:

”Når beslutningen er taget.....vi er jo et politisk ledet system, så er det min opgave at implementere det, og det er der forskellige måder at gøre på, men man kan i hvert fald ikke gå modsat”.

Håndteringen af at finde fællesnævner i form af kompromisser, der kan samle den nødvendige opbakning, stiller ifølge min vurdering krav til konfliktledelse, der formår at udnytte aktuelle og potentielle konflikter konstruktivt. Det forudsætter evnen til at nyttiggøre den energi og det engagement, som er bundet i mange konfliktsituationer. Denne evne vokser ikke nødvendigvis ud af en bestemt faglig baggrund. Den ledelse, der evner dette, tror jeg vil lykkes med de kommende forandringer og implementering heraf. Den ledelse, der ikke evner dette, vil ikke lykkes, selvom den har den formelle magt og den ”rigtige” faglige baggrund.

Netop på grund af kompleksiteten på sygehuset er magten ikke alene knyttet til positionen, men er også knyttet til netværk på tværs af det formelle ledelseshieraki, f.eks. gruppen af overlæger, gruppen af afdelingssygeplejersker og gruppen af oversygeplejersker, hvor de fælles interesser er opgaver og arbejdsvilkår. Dermed er magten snarere afhængig af lederens personlige egenskaber end af den faglige uddannelsesmæssige baggrund. Ledelse i den kommende forandringsproces kræver derfor ifølge min vurdering leadership, og den dygtige forandringsleder ved også at netværk ikke er stabile, men ændrer sig afhængig af nye alliancer, f.eks. baseret på ændret lovgivning, nye reformtiltag, nye tilhørsforhold og interesser.

Over for medarbejderne må ledelsens strategi og magtposition også anvendes, sådan at indflydelsen knyttes til evnen til at løse opgaver som 1) at forhandle løsninger, når de professionelle er uenige, eksempelvis omkring arbejdsfordeling, prioritering og ressourcetildeling i forandringsprocessen 2) at understøtte de professionelles arbejde gennem støtte i afdelingerne og resourceanskaffelse samt markere, hvilken standard man ønsker og ikke ønsker ved bl.a. at være ude i klinikkens dagligdag og 3) at tilskynde de professionelle til at være nytænkende og hjælpe med at få ”det nye” i gang, jf. tidligere afsnit om kulturbearbejdning. I forhold til ressourcetildeling og resourceanskaffelse mener jeg, at dette er særdeles vigtigt, fordi de professionelles medvirken er så afgørende for hele implementeringen, og fordi det er ødelæggende for engagementet, hvis der konstant ændres i det ressourcemæssige grundlag med kort varsel.

4.2.4.6. Ledelsesopgaven i forhold til ændrede grundvilkår og nyt strategifokus

Når der som tidligere nævnt sker en forskydning af grundvilkårene på Aalborg Sygehus, som følge af indførelse af konkurrencelignende NPM-inspirerede reformtiltag (jf. afsnit 4.1.5) og som konsekvens af reorganiseringer med udbygning af centerstrukturen, vil der som tidligere nævnt ske forskydning af strategien, således at behovet for mere traditionel strategi opstår. Fra at sygehuset i udpræget grad har været udbudsstyret, sker der en forskydning mod mere efterspørgselsstyring, i og med der med de liberalistiske reformer indbygges konkurrencelignende tilstande gennem etablering af udbud og udliciteringer, kontraktstyring, frit forbrugsvalg, ventelistegarantier mm. – de såkaldte New Public Management (NPM) inspirerede former (se uddybning i bilag 3).

Det stiller således også andre krav til ledelsen, idet de må have fornemmelse for, på hvilken måde organisationen i almindelighed markerer sig på i markedet, og hvordan det enkelte produkt og den enkelte serviceydelse klarer sig i markedet (aktivitet, operationer, kvalitet af indlæggelse/behandling, brugertilfredshed) – målt ved f.eks. patienttilfredshedsundersøgelser. Således stilles der krav om nye kompetencer i form af lederegenskaber, lederkvalifikationer og lederroller, jf. nedenstående figur:

Figur: Nye grundvilkår skaber krav til strategi og ledelse

Omverdenen	Grundvilkår	Strategi	Ledelse
Institutionel	kultur og identitet krydspres, fokus på etik m.v.	værdiorienteret strategi ↓	krav om nye lederegenskaber ↘
Teknisk	turbulens, usikker- hed, krav om mar- kedsorientering	traditionel strategi ↗	krav om nye lederqualifikationer ↗
Politisk	kamp om legitimitet og politiske dagsordner	strategi på politiske markeder ↖	krav om nye lederroller ↖

Kilde: Klausen, 2001, s. 136

De normative vektorer i figuren indikerer, hvad der lægges vægt på i de forskellige sammenhænge. Det, der drejer sig om lederegenskaberne, om at sikre etik, et godt internt arbejdsmiljø og gode

personlige kontakter internt og eksternt hører til under civilsamfundslogikken og styrker denne vektor. Alligevel er det meget tydeligt, både hvad angår lederroller og lederegenskaber, at der er krydsende pres af krav, hensyn og rationaler på spil, og at det derved er det, der gør det så meget mere kompliceret at være leder i det offentlige, og at disse helt legitimt er til stede samtidig. En afdelingsleder giver sit bud på, hvordan strategifokus opleves, og hvordan det påvirker ledelsesopgaven:

"Økonomien spiller en meget stor rolle, og strategifokus er at skabe output med høj kvalitet for færrest mulige penge, altså at flytte ressourcer hen, hvor opgaven skal løses og færrest mulige ressourcer til at lede og administrere det". Strategifokus gør, at ledelser på alle niveauer bliver afhængige af, at kunne tænke anderledes i sin organisation, for at imødekomme det krydspres, som vi er en del af. Da er det utroligt vigtigt – også i forhold til politikere – at kunne tale sammen og arbejde fornuftigt og hensigtsmæssigt med patientforløb. Her tror jeg leadership arbejdet er vigtigt – at vi kan få folk til at se arbejdsglæde og motivation bl.a. ved at få organiseret arbejdet bedre".

Det nye ved lederegenskaberne i relation til den kommende forandringsproces, er f.eks. et krav om paradoksledelse, dvs. at man fra situation til situation skal være henholdsvis blød og hård, lyttende og talende, gå foran og følge efter, tage hensyn til den enkelte og til helheden, til lovmæssig forvaltning og til situationen etc. Det siger sig selv, at det kræver særlige egenskaber at kunne praktisere paradoksledelse uden at miste troværdighed. Det nye i forhold til lederrollen handler om intuition og om at fokusere på de politiske omgivelser (og arbejde med bevidsthedsstrategi og politisk strategi). Det nye i forhold til ledelseskvalifikationer i den kommende forandringsproces er især, at ledelsen skal til at erhverve sig kvalifikationer med henblik på at være mere handlings- og målorienteret, dvs. mere klassisk strategisk med særlig fokus på markedsvektoren, jf. tidligere tekst, illustreret ved nedenstående citat fra en leder i en afdelingsledelse:

"Det er ikke sikkert mine kvalifikationer er på plads, hvis der kommer store ændringer. Det kan være hvis der kommer meget økonomistyring, at jeg bliver nødt til at opkvalificere mine kompetencer".

Fejlkompeter hos ledelsen og i øvrigt hos de fagprofessionelle, mener jeg, kan dreje sig om, at ledelsen er bærere af arbejdsrutiner, forestillinger og kulturelle værdier, som ikke understøtter markedsorienteringen. Dette understreger endnu engang vigtigheden af, at understøtte den rigtige adfærd for at skabe kulturintegration, jf. tidligere afsnit 4.2.3.2 om Schein og Kotter. Hvis de fagprofessionelle f.eks. ikke er lydhøre og serviceminded over for patienternes og brugernes krav og behov, og hvis de ikke er indstillede på at ændre væsentlige forhold af hensyn til økonomien og konkurrenceevnen, mener jeg, at det er et nødvendigt fokusområde for ledelsen. Dette kan ske

gennem markedslogikkens egne midler såsom selektive lønincitamenter, hvilket måske ikke er særligt realistisk i forhold til et sygehusbudget under pres, men det kan også ske gennem øvrige motivationseffekter såsom at se resultaterne af deres indsats, jf. tidligere afsnit 4.2.2 om ”generering af kortsigtede gevinster”. Samtidig kan medarbejderne gøres bevidste om nødvendigheden af at ændre på arbejdsrutiner/vaner for at optimere og evt. reducere omkostninger, og dermed undgå opsigelse af personale eller afgivelse af funktioner, hvilket jeg mener, vil påvirke motivationen for ændret adfærd.

5. Konklusion

På baggrund af analyse af den eksterne og interne forandringsproces på Aalborg Sygehus – en politisk styret organisation, har jeg fået kendskab til de processer, vilkår og forhold, som tydeliggør hvilke rationaler og legitimeringsprocesser, som er gældende ved beslutningen om en ny ledelses- og organisationsstruktur på Aalborg Sygehus, samt hvilke problemstillinger dette medfører. Samtidig har jeg fundet frem til, hvad der påvirker den interne forandringsproces, og hvilke ledelsesmæssige vilkår og udfordringer, som er gældende i forhold til de forestående forandringer og implementeringen heraf, samt givet løsningsforslag til forandringsprocessen.

Sygehuset befinder sig i et krydspres af rationaler, og rationalet for den nye organisations- og ledelsesstruktur skal hovedsageligt tilskrives et administrativt-økonomisk rationale. Legitimiteten heraf forsøges erhvervet gennem anvendelse af brugerrationalet samt et lægefaglige rationale. Risikoen for anvendelsen af primært et administrativt-økonomisk rationale kan være konflikt og dekobling i implementeringen – med store ledelsesmæssige udfordringer til følge.

Den største ledelsesmæssige opgave består i at håndtere den interne forandringsproces som forandringsagenter. Det gælder ifølge John P. Kotter om at gennemføre den interne ændringsproces, som analytisk kan beskrives i en 8-trins fasemodel, som skal gennemløbes for at sikre en succesfuld ændringsproces. Modellen er i stærk modvægt til den teknisk-rationelle top down-styrede forandringsstrategi, som der umiddelbart er lagt op til fra politisk side, hvilket afslører et muligt krydspres for ledelsen at håndtere i den forestående implementering.

Aalborg Sygehus er en offentlig organisation med mange stærke og forskellige fagprofessioner samt mange gamle og indgroede overbevisninger, værdier og antagelser. For at opnå en succesfuld forandringsproces, er det derfor essentielt at have fokus på kulturforandring, gennem udvikling af nye værdier og antagelser. Det er derfor også vigtigt, at forandringen er hele sygehusets projekt. I den sammenhæng er kommunikation om visionen væsentligt, ligesom involvering af medarbejdere og ledelse på tværs af faggrænser er et vigtigt element. Derudover anbefales, som følge af forskydning af strategien mod mere traditionel strategi/markedsstrategi, at der udvikles nye lederegenskaber, lederkvalifikationer og lederroller i retning af mere generelle ledelsesegenskaber.

Den overordnede konklusion er opnået med udgangspunkt i de enkelte afsnit i projektet, hvilket fremgår af nedenstående delkonklusioner.

Sygehuset i et krydspres - og som fusionsarena

Sygehuset indgår i et felt af både et regulativ og normativt pres. Dette indebærer forekomst af flere forskellige rationaler omkring sygehusets strukturering og opgaveløsning. Disse forskellige rationaler danner hver især baggrund for mulige strategiske valg, forhandlingsstrategier, legitimitetsstrategier og symbolske markeringer i en sygehusledelses forsøg på at erhverve omverdenens legitimitet.

En forandring, som den Aalborg Sygehus befinder sig i, er derfor en kompliceret ændringsproces med mange legitime interne såvel som eksterne interesser. Bevidsthedsstrategi i det offentlige er derfor en af de vigtigste arenaer, hvor sygehuset kan italesætte legitimiteten. Jeg vurderer ikke, at Sygehusledelsen har arbejdet målbevidst med bevidsthedsstrategien, da der ikke er prioriteret ”oplevelsen af nødvendighed” samt ”kommunikation af ændringsvisionen”. Der kan derfor stilles spørgsmål ved, om Sygehusledelsen og politikerne har skabt sig den fornødne legitimitet og ejerskab til den videre implementering

Centerstrukturen – legitimering i et konfliktfyldt felt

Med udbygning af centerdannelsen i Aalborg forventer man at skabe nogle dynamiske fagorganisationer, hvor medarbejderne og behandlingen, den faglige udvikling, tværfaglig forskning etc. kan profitere af at være bragt sammen i nye fagmiljøer. Ydermere argumenteres for, at den organisatoriske konstruktion i en række sammenhænge gensidigt er understøttende for det gode patientforløb.

Jeg anser indførelsen af det nye centerkoncept som anvendelsen af hovedsageligt et administrativt-økonomisk speciale, men hvor man udadtil forsøger at legitimere ændringerne med anvendelse af et lægerationale samt brugerrationale i form af argumenter for styrkelse af det faglige miljø og hensigtsmæssige patientforløb.

Legitimeringsstrategien samt mulige årsager og konsekvenser for ændringsprocessen.

At tilgodesee et administrativt-økonomisk rationale i så høj grad, som tilfældet er, vurderer jeg kan være ensbetydende med at sende centerstrukturen ind i et konfliktfyldt felt, fordi konfrontationen med nuværende arketyper – sygehusets professionelle bureaukrati, gør både magtkampe og sammenstød mellem de forskellige fortolkninger uundgåelige. Det må derfor forventes, at der i forhold til sygehusets højt institutionaliserede praksis vil være en tendens til manglende kobling mellem den nye struktur og praksis. Sygehusledelsens prioritering af et økonomisk-administrative rationale vurderes derfor at få afgørende følger for den organisatoriske ændringsproces, idet de aktører, der bærer de rationaler, som ikke prioriteres i ændringsprocessen, hverken vil have energi eller anledning til at gå ind og være en aktiv medspiller i processen, når et modsatrettet rationale i så høj grad tilgodeses og fremhæves symbolsk. Det vil derfor kræve særlige lederegenskaber og indsigt at opnå commitment og sikre succes i en lang implementeringsperiode.

Omverdenens indflydelse på den interne ændringsproces.

I første delfase af forandringsprocessen på Aalborg Sygehus – udbygningen af forhenværende centerdannelse fra januar 2011 - har der været tale om hurtige og omfattende ændringer fra beslutningen blev offentliggjort til udbygningen var en realitet. Karakteristisk for denne top down-

beslutning i forandringsprocessen på Aalborg Sygehus er en dominans af den teknisk-rationelle forandringsstrategi, som kan give problemer for implementeringen af de nuværende og kommende forandringer og justeringer. Ledelsen, interne forandringsagenter såvel som de medarbejdere, der bliver involverede i ændringerne, er derfor sat på en hård prøve, når opgaven med den fremtidige implementering bliver gennemførelse, opfølgning og mulig dekobling af en top down-strategi, som allerede er en realitet.

Forandringsledelse af den interne strategi- og forandringsproces.

Gennemførelsen af den interne ændringsproces kan beskrives i faser, der logisk følger hinanden, og som der skal arbejdes med for at sikre en succesfuld ændringsproces. Både Jerald Hage⁹² og John P. Kotter⁹³ har hver deres bud på disse faseinddelinger. Teorien er en stærk modvægt til den teknisk-rationelle top down-styrede forandringsstrategi, som der umiddelbart er lagt op til ved den forestående forandring på Aalborg Sygehus.

Ændringsprocessen på Aalborg Sygehus skal ifølge Kotter etableres via en *oplevelse af nødvendighed*, hvilket Hage også nævner. Dette for at erkende et behov for ændringerne, som forudsætning for at medarbejderne og den øvrige ledelse tager ejerskab og del i ændringsprocessen. For at sikre ejerskabet mener jeg, at medarbejderne blandt andet skal inddrages i arbejdet med løsningsforslagene. Blandt andet kan man inddrage personale på tværs af fagprofessionerne - *en styrende koalition*, der kan koordinere og initiere processen. Derudover må der *udvikles visioner og strategi*, eksempelvis kan målet med patientforløbsmodeller specificeres. Samtidig skal *ændringsvisionen kommunikeres*. Ledende medarbejdere har i denne forbindelse et ansvar som rollemodeller, hvilket naturligvis kræver, at både centerchefer, afdelings- og afsnitsledelse klædes på med informationer fra Sygehusledelsen til at kunne viderebringe budskaberne.

Styrkelse af medarbejdernes kompetencer er også vigtige i forhold til, hvordan medarbejdere og ledere bliver i stand til at gennemføre ændringerne. Her kan fokuseres på en række faktorer, herunder uddannelse af eksisterende medarbejdere og rekruttering af de rette nye ledere og medarbejdere. Der kan også etableres incitament for kontinuerlig udvikling via belønningssystemer, medinddragelse og medindflydelse, samt *generering af kortsigtede gevinster*. Dette kan gøres ved, at der samtidig med

implementeringen iværksættes et kvalitetsopfølgningsprogram, opstilles delmål, og måling af indlæggelsestid og tiden indtil undersøgelses-, pleje og behandlingsplan er iværksat. Næste store ledelsesopgave drejer sig om at *konsolidere resultater og producere mere forandring*. En organisatorisk ændring skal altid være organisationens projekt og ikke enkeltpersoners, og samtidig skal der fra ledelsens side arbejdes på *forankring af nye fremgangsmåder i kulturen*.

Kulturens betydning for ændringsprocessen.

Kulturen kan være en barriere for forandringerne på Aalborg Sygehus, hvilket hænger sammen med de stærke fagprofessioner, med mange gamle overbevisninger, værdier og antagelser, hvor ledere og medarbejdere er opvokset i organisationen. Samtidig mødes flere kulturer, som ikke nødvendigvis passer godt sammen – der er således ikke et ”cultural fit”. Det betyder også, at det ”kulturarbejde”, der skal gøres i forandringsprocessen kommer til at spille en væsentlig rolle, og at professionstilgangen har en central rolle i måden at forstå arbejdet på sygehuset. Opgaven i forandringsprocessen består derfor i, at Sygehusledelsen i samarbejde med den øvrige ledelse på afdelings- og afsnitsniveau må udvikle og give opbakning til nye værdier og antagelser gennem nye ledere og gennem de ledere i organisationen, som tydeligt viser, at de ønsker forandring og samtidig har modet og viljen til at gennemføre dem i samarbejde med medarbejderne. I den sammenhæng spiller motivation, uddannelse og forfremmelse en afgørende rolle.

Ledelsesopgaven

Sygehusledelsen bør vise en klar og symbolsk markering i de rationaler, som man søger at realisere inden for den nye strukturs råderum, således at der er overensstemmelse med det, man melder ud, og det man gør.

Da sygehuset befinder sig i en situation præget af forskydning af strategien mod den tekniske omverden (markedsvektoren) i form af traditionel/markedsstrategi, stiller det krav til ledelsen om, hvorledes organisationen i almindelighed markerer sig i markedet (mere handlings- og målorienteret), og hvordan det enkelte produkt og den enkelte serviceydelse klarer sig i markedet (aktivitet, operationer, kvaliteten af indlæggelse/behandling, brugertilfredshed) - målt i form af f.eks. patienttilfredshedsundersøgelser. Der stilles krav til nye kompetencer i form af lederegenskaber,

lederkvalifikationer og lederroller, således at man fra situation til situation skal være henholdsvis blød og hård, lyttende og talende, gå foran og følge efter, tage hensyn til den enkelte og til helheden, til lovmæssig forvaltning og til situationen. Samtidig bør lederne uddannes og dermed udvikles til at udøve højere grad af generel ledelse.

6. Bilag 1

6.1 Invitation til interview

Nedenstående brev er sendt til de fire interviewpersoner i forbindelse med invitation til interview:

Kære

Du inviteres hermed til at deltage i et individuelt interview som led i mit hovedopgaveforløb på HD-studiet (organisation og ledelse) – interviewet vil være af ca. 30 min. varighed.

Hovedopgaven omhandler ”*Aalborg Sygehus i en forandringsproces - en politisk styret organisation*”.

Jeg har en baggrund som sygeplejerske, og har tidligere arbejdet på sygehuset. Mit primære formål med projektet er at analysere den interne og eksterne forandringsproces omkring den nuværende og forestående omstrukturering af organisations- og ledelsesstrukturen på Aalborg Sygehus.

Jeg har valgt at invitere fem ledere, som tilsammen repræsenterer forskellige faggrupper og niveauer i ledelseshierarkiet. Min forventning er, at følgende personer indvilger i at deltage: centerchef, afdelingsledelse med oversygeplejerske og ledende overlæge, afsnitsledelse med afdelingssygeplejerske og overlæge.

Interviewet vil så vidt muligt blive afholdt uge 13 (tirsdag-fredag), alternativt uge 14.

Såfremt du accepterer at deltage i interviewet, må du gerne hurtigst muligt melde tilbage vedrørende et passende tidspunkt.

Interviewet vil være i form af et semistruktureret interview. Dette forstået ved, at spørgsmålene stilles ud fra en på forhånd udarbejdet interviewguide med spørgsmål samt en række temaer som ønskes afdækket.

Alle interviews er anonyme men optages på diktafon, da det giver mulighed for efterfølgende at kunne transskribere interviewene og dermed mulighed for at arbejde med de nøjagtige detaljer og indhold.

Af vedhæftede filer kan du se:

- Uddybende materiale vedrørende formålet med projektet, samt projektets problemformulering.
- Den fulde interviewguide med forklarende afsnit, samt primære og sekundære spørgsmål.
- Liste med prioriterede spørgsmål, uden forklarende afsnit. Sekundære spørgsmål anvendes kun ved overskydende tid.

Jeg ser frem til at høre fra dig, og håber meget, at du finder projektet og din deltagelse interessant.

Med venlig hilsen

Christina Larsen

6.2 Formål med projektet – vedhæftet interviewguide og invitation

Nedenstående formål er anvendt som vedhæftet bilag på ” invitation til interview”:

Formål med projektet ”Aalborg Sygehus i en forandringsproces – en politisk styret organisation”

Projektet omhandler Aalborg Sygehus og de organisationsændringer sygehuset står overfor at skulle implementere i 2012. Implementering af nye arbejdsgange i sygehusvæsenet kan være overordentligt svært og medfører ofte store ledelsesmæssige udfordringer. I denne hovedopgave sættes fokus på forandringen forud for den kommende implementeringsproces – indførelsen af patientforløb, modernisering af ledelsesstrukturen samt udbygning og justering af centerdannelsen på Aalborg Sygehus.

Sammenholdt med den træghed, som ofte karakteriserer implementeringen af nye organisatoriske tiltag, er udviklingen og implementeringen af den kommende ny ledelses- og organisationsstruktur på Aalborg Sygehus et typisk eksempel på en langstrakt ændringsproces, som har præget sygehusene de seneste år.

Jeg vil med fokus på den eksterne ændringsproces blive bevidst om de politiske processer og dermed analysere de problemstillinger, der er gældende, når man forsøger at skabe legitimitet i en professionsdomineret sygehusverden i forandring - samtidig med at man sætter spørgsmålstegn ved sygehusets traditionelle professionsdominans i udbygningen af centerstrukturen. Derudover vil jeg undersøge rationalet og dermed baggrunden for at anvende centerstrukturen og nedlægge specialerne - er det for at bryde med lægers opfattede magt? Eller er det på grund af ønsket om velfungerende patientforløb? Eller er det noget helt andet, som er gældende?

I analysen af den interne ændringsproces vil formålet være at afklare, hvilke forhold, som er vigtige for ledelsen at forholde sig til og håndtere som forandringsagenter forud for implementeringen. I den sammenhæng vil der indgå de ledelsesmæssige udfordringer og forhold, som vedrører kulturelle forskelle, der er i en professionsdomineret verden. Desuden vil indgå, hvordan den eksterne strategi påvirker ændringsstrategien internt.

Projektets problemformulering er:

Hvilke politiske processer, herunder rationaler og legitimeringsprocesser styrer beslutningen om ny ledelses- og organisationsstruktur på Aalborg Sygehus, og hvilke ledelsesmæssige udfordringer og indsatsområder er afgørende i forhold til de forestående forandringer og implementeringen heraf?

Til belysning af problemformuleringen har jeg identificeret følgende centrale spørgsmål, som hver især bidrager med besvarelsen.

- Hvilke rationaler ligger bag beslutningen om ny organisations- og ledelsesstruktur, og hvilke problemstillinger giver valg af rationaler i forhold til legitimiteten?
- Hvilke legitimeringsprocesser er gældende, og hvilke konsekvenser kan legitimeringsstrategien have for den kommende implementering?
- Hvad påvirker den interne forandringsproces, og hvilke ledelsesmæssige udfordringer og indsatsområder ser jeg i den kommende forandringsproces?

6.3 Interviewguide

Den overordnede interviewguide

Denne interviewguide indeholder de overordnede primære spørgsmål med tilhørende forklarende afsnit. De primære spørgsmål, vil evt. blive uddybet med supplerende sekundære spørgsmål, hvis der er overskydende tid. Alle interviewpersoner stilles de samme spørgsmål.

Spørgsmål

Fusionsbeslutningen - strategifokus er ved at ændre sig.

Strategifokus er ved at ændre sig på sygehusene generelt som følge af øget markedsorientering/konkurrence/udlicitering – og mindre monopollignende tilstande og dermed øgede forventninger til offentlige serviceudbud, herunder krav om flere valgmuligheder. Dette har påvirket Aalborg sygehus til nye måder at håndtere ledelsesmæssige og organisatoriske opgaver, fra regelstyring til rammestyring og øget decentralisering.

Primære spørgsmål:

- *Hvordan ser du strategifokus påvirker de kommende ændringstiltag – og hermed din ledelsesmæssige opgave?*
- *I hvilket omfang ser du beslutningen om den ny organisations- og ledelsesstruktur præget af kompromisser, symbolske markeringer, tilfældigheder i beslutningsprocessen?*

Sekundære spørgsmål (kun ved overskydende tid):

- *I hvilket omfang lever Sygehusledelsens styring op til forskrifterne for fusionsprojekter: bl.a. planlægning, hurtig udmelding med en præcis deadline, forcering eller medarbejderinvolvering, klare beslutninger om integrationsområder og -niveauer?*
- *Hvad oplever du strategifokus er i nuværende/kommende ændringsproces?*

Forskydning af de forskellige grundvilkår.

Ændringer i de forskellige grundvilkår i den institutionelle, tekniske og politiske omverden rummer mulighed for udvikling og satsning på forskellige strategier. Dette stiller krav til ledelsen om udviklingen af nye lederegenskaber, kvalifikationer og roller.

Primært spørgsmål:

- *Det kan være en udfordring at være leder i en omskiftelig organisation som sygehuset, særligt for de ledere, som udover at være ledere også har identiteten bundet meget op på deres fagprofession – hvordan oplever du det?*

Sekundært spørgsmål (kun ved overskydende tid):

- *Hvad er din opfattelse og vurdering af kravene til at være leder i "den fremtidige organisation"?*

Bevidstheden og kommunikationen om beslutningstagningen og ændringsvisionen.

Når man først kan se meningen med beslutningen om forandringsprocessen – den ny organisations- og ledelsesstruktur på Aalborg Sygehus, så arbejder man også på det, og det er vigtigt for at få alle med. Her er det vigtigt, at ledelsen og medarbejdere kan fortolke, forstå og kommunikere, hvad det er organisationen står for (identitet og image – dvs. selvbillede og måde, den betragtes på af andre), hvad organisationen står over for (situationen), og hvad organisationen må gøre (de vedtagne strategier) på en meningsfuld og forståelige måde – både internt og eksternt. Det drejer sig ikke kun om at sætte ord på, men er også et spørgsmål om, hvordan denne italesættelse finder sted. Det er derfor afgørende, at Sygehusledelsen og politikerne i regionen prioriterer denne del i forbindelse med beslutningen om ændringerne, og at det sker forud for implementeringen.

Primært spørgsmål:

- *Hvordan er du og dine medarbejdere blevet informeret og inddraget i de nyligt udførte (januar 2011) og forestående forandringer, og hvordan blev ændringerne kommunikeret?*

Sekundære spørgsmål til ovenstående (kun ved overskydende tid):

- *Hvordan er du og dine medarbejdere blevet informeret og inddraget omkring indhold og de tidsmæssige rammer?*
- *Hvordan oplever du kommunikationsadfærden generelt (dialogen, forhandlingen og kommunikationen) om forandringsprocessen?*
 - *Hvilke afklaringer bidrager Sygehusledelsens kommunikation med?*
- *Hvad oplever du, at Sygehusledelsens opmærksomhed ift. forandringen er rettet mod? (organisationens "hårde aspekter" som strukturering og patienter vs. "bløde aspekter" som kultur).*

Styrkelse af ledernes og medarbejdernes kompetencer.

Styrkelse af ledernes og medarbejdernes kompetencer er vigtige i forhold til, hvordan medarbejdere og ledere bliver i stand til at opnå visioner og mål for den planlagte forandringsproces og gennemføre ændringerne.

Sekundært spørgsmål (kun ved overskydende tid):

- *Hvordan og hvad oplever du, der prioriteres af uddannelse til både ledere og medarbejdere forud for forandringsprocessen – både i forhold til de generelle lederkvalifikationer, faglige kvalifikationer samt holdninger og evne til samarbejde?*

Rationaler omkring opgaveløsning og strukturering i den nye centerdannelse.

Udbygningen af centerstrukturen med fokus på patientforløb bliver lanceret af sygehusledelse og politikere i regionen som brud med lægefaglig specialisering som sygehusets overordnede struktureringskriterium og gruppering i centre, der er baseret på eksisterende og ønskede fremtidige samarbejds mønstre omkring patientbehandling, forskning og udvikling.

Primært spørgsmål:

- *Hvilke rationaler (lægerationale, adm./økonomisk rationale, patientrationale) oplever du prioriteret i den nye struktur med centerdannelse, og hvad ser du det kan have af konsekvenser for den kommende implementeringsproces?*

Ledelsesopgaven i den kommende implementeringsproces.

Der er krydsende pres af krav, hensyn og rationaler på spil på samme tid, og det er netop de indbyrdes modstridende rationaler i og omkring organisationen og konsekvenserne heraf, som er et af de helt fundamentale grundvilkår for ledelse i det offentlige og ledelse af en forandringsproces som på Aalborg Sygehus. Dette er også et af de vilkår, som adskiller ledelse i f.eks. private organisationer overfor ledelse på et sygehus i forandring, og det aktualiserer forskellige behov i forhold til den ledelsesmæssige dimension, nemlig vedrørende lederegenskaber, lederkvalifikationer og lederroller.

Primært spørgsmål:

- *Hvad oplever du er din opgave som leder i forhold til at håndtere den kommende implementeringsproces?*

Udbygning af centerstrukturen – ændringer i klinikken.

Den første ad-hoc fase af forandringsprocessen på Aalborg Sygehus har allerede fundet sted med udbygningen af forhenværende centerdannelse fra januar 2011. Dette er udført med kort varsel – kun tre måneder efter beslutningen blev offentliggjort, og den har været initieret af Sygehusledelsen og Regionsrådet med inddragelse af eksterne konsulenter.

Sekundære spørgsmål (kun ved overskydende tid):

- *Hvad oplever du, der er gjort for at inddrage og engagere "de nye integrerede" (integrerede i centerstrukturen pr. januar 2011) medarbejdere i "strukturen" indtil videre? Og hvordan tror du det påvirker din fremtidige ledelsesopgave i den kommende implementeringsproces?*

Oplevelsen af nødvendighed.

Ændringsprocessen må ifølge teorien etableres via en *oplevelse af nødvendighed* for at erkende et behov for ændringerne, som forudsætning for at medarbejderne og øvrige ledelse tager ejerskab og del i den forestående ændringsproces.

Primært spørgsmål:

- *Hvordan har du oplevet, at man har prioriteret "oplevelsen af nødvendighed" for at erkende et behov for ændringerne hos medarbejdere og ledelse – og dermed sikre sig "ejerskab" af processen?*

Sekundært spørgsmål (kun ved overskydende tid):

- *Hvordan bliver medarbejdere og ledere inddraget i udarbejdelsen af løsningsforslag, og i eksempelvis dannelsen af styregrupper samt projekt- og arbejdsgrupper?*

Udvikling af visioner og strategi.

Visionen skal fortælle, hvad man vil, og hvad målet med ændringsprocessen er. Regionsrådet/Sygehusledelsen har formuleret visionen for de kommende ændringer med hjælp fra konsulenterne i Muusmann-rapporten: tre prioriterede spor - justering af nuværende centerdannelse, patientforløbs-modeller samt forslag om modernisering af den kliniske ledelse.

For at visionen kan være effektiv, må den være gennemførlig, hvilket betyder, at der i strategien må tages højde for, hvad der praktisk kan lade sig gøre. I den strategiske plan må det afdækkes, hvilke rammer, ressourcer og kompetencer, der skal etableres. Der må indsamles data om opgaven, der skal løses, f.eks.: Hvor mange patienter drejer det sig om? Hvilke problemer og behov har disse patienter? Hvem skal inddrages i ændringsprocessen?

Sekundære spørgsmål (kun ved overskydende tid):

- *Hvordan oplever du indtil videre strategien operationaliseret - og hvordan er du som leder evt. involveret i denne proces?*
- *Har du set en/ flere handlingsplaner, som eksempelvis beskriver de forskellige patientforløb, herunder de kliniske retningslinjer for alle involverede faggrupper?*

Generering af kortsigtede gevinster.

Noget af det, der motiverer medarbejdere i en forandringsproces er at se resultaterne af deres indsats ved at afdække og synliggøre resultaterne.

Primært spørgsmål:

- *Hvordan ser du på det, og kan du forestille dig en måde, hvorpå man kan synliggøre kortsigtede resultater overfor ledere og medarbejdere?(f.eks. bedre patientforløb ved måling af: patienttilfredshed, flere patienter behandles på kortere tid, indlæggelsestid, tiden der går indtil undersøgelses-, pleje og behandlingsplan er iværksat).*

Konsolidere resultater og forankre nye fremgangsmåder i kulturen.

En organisatorisk ændring må altid være organisationens projekt og ikke enkeltpersoners. Den viden, der opbygges, må implementeres i organisationen og blive til organisatorisk kompetence. En almindelig reaktion oven på en ændringsproces er – lad os nu få ro, ikke flere ændringer lige nu. Derfor er denne fase derfor en stor ledelsesopgave.

Samtidig kan kulturen være en barriere for forandring, hvilket hænger sammen med de stærke fagprofessioner og at flere kulturer mødes, samt at kulturerne ikke nødvendigvis passer godt sammen – ”cultural fit”. Det betyder også, at ”kulturarbejdet” i forandringsprocessen kommer til at spille en væsentlig rolle, og at professionstilgangen spiller en central rolle i måden at forstå arbejdet på sygehuset i forandringsprocessen.

Med disse forhold taget i betragtning er det ikke underligt, at ændringerne på Aalborg Sygehus formentlig vil tage lang tid, og at det vil være nødvendigt at forankre forandringerne gennem kulturændring, blandt andet ved at motivere og sætte fokus på værdier og normer.

Primært spørgsmål:

- *Hvorledes oplever du, at de enkelte ledere motiveres til at sætte fokus på en udvikling af den ønskede adfærd og kultur for at sikre en succesfuld implementering i samarbejdet med medarbejderne?*

Sekundært spørgsmål (kun ved overskydende tid):

- *Hvordan mener du det er muligt at sikre en succesfuld implementering?*

7. Bilag 2

7.1 Interview 1

Nedenstående interview er uddrag af det fulde interview og anses som det væsentligste i svarene.

Personlige oplysninger:

Funktion: Ledende overlæge.

Spørgsmål:

Fusionsbeslutningen - strategifokus er ved at ændre sig.

Strategifokus er ved at ændre sig på sygehusene generelt som følge af mere markedsorientering/konkurrence/udlicitering – og mindre monopollignende tilstande og dermed øgede forventninger til offentlige serviceudbud, herunder krav om flere valgmuligheder. Dette har påvirket Aalborg sygehus til nye måder at håndtere ledelsesmæssige og organisatoriske opgaver, fra regelstyring til rammestyring og øget decentralisering.

Primære spørgsmål:

- *I hvilken omfang ser du beslutningen om den ny organisations- og ledelsesstruktur præget af kompromisser, symbolske markeringer, tilfældigheder i beslutningsprocessen?*

Svar: "Jamen jeg ser det som symbolske markeringer, og jeg ser det også som personlige markeringer....vi har ny sygehusdirektør og relativt ny sygehusledelse".

- *Hvordan ser du strategifokus påvirker de kommende ændringstiltag – og hermed din ledelsesmæssige opgave?*

Svar: "Jeg forventer, der kommer til at ske en ændring mod mere forløbsledelse og mere managementledelse frem for leadership... ..og så vil en stor del af det, hvor jeg har min styrke forsvinde.....".

Forskydning af de forskellige grundvilkår.

Ændringer i de forskellige grundvilkår i den institutionelle, tekniske og politiske omverden rummer mulighed for udvikling og satsning på forskellige strategier. Dette stiller krav til ledelsen om udviklingen af nye lederegenskaber, kvalifikationer og roller.

Primært spørgsmål:

- *Det kan være en udfordring at være leder i en omskiftelig organisation som sygehuset, særligt for de ledere, som udover at være leder også har identiteten bundet meget op på deres fagprofession – hvordan oplever du det?*

Svar: ”Grundlæggende så opfatter jeg fagprofessionen som vigtig blandt lægerne, fordi det er en meget fagstolt faggruppe, og det har jo vist sig, at de har meget svært ved at blive ledet af en ikke-lægelig faggruppe”.

”Som fagprofessionel, så har jeg jo en kasse, som jeg er hjemme i og som leder i lang tid, så har jeg noget ledelse, som jeg har fyldt ind i, og hvis jeg skal fylde mere ind i ledelseskassen, så vil jeg gerne det.....det er også en udvikling for mig og en del af min opgave”.

”Det er ikke sikkert mine kvalifikationer er på plads, hvis der kommer store ændringer. Det kan være, hvis der kommer meget økonomistyring, at jeg bliver nødt til at opkvalificere mine kompetencer”.

Bevidstheden og kommunikationen om beslutningstagningen og ændringsvisionen.

Når man først kan se meningen med beslutningen om forandringsprocessen – den ny organisations- og ledelsesstruktur på Aalborg Sygehus, så arbejder man også på det, og det er vigtigt for at få alle med. Her er det vigtigt, at ledelsen og medarbejdere kan fortolke, forstå og kommunikere, hvad det er organisationen står for (identitet og image – dvs. selvbillede og måde, den betragtes på af andre), hvad organisationen står over for (situationen), og hvad organisationen må gøre (de vedtagne strategier) på en meningsfuld og forståelige måde – både internt og eksternt. Det drejer sig ikke kun om at sætte ord på, men er også et spørgsmål om, hvordan denne italesættelse finder sted. Det er derfor afgørende, at Sygehusledelsen og politikerne i regionen prioriterer denne del i forbindelse med beslutningen om ændringerne og forud for implementeringen.

Primært spørgsmål:

- *Hvordan er du og dine medarbejdere blevet informeret og inddraget i de nyligt udførte (januar 2011) og forestående forandringer, og hvordan blev ændringerne kommunikeret?*

Svar: ”Omkring omstrukturering og ledelsesdelen, så har der været seminar, hvor jeg har været involveret som afdelingsledelse, og der har været nogle møderækker og nogle ekspertdage – jeg har været med i intensivdelen og én mere, og nogle møder, hvor vi som ekspertgruppe er blevet interviewet. Så man kan sige vi har været informeret, og i kraft af det også orienteret om, hvordan det faglige fællesskab skal være”.

Rationaler omkring opgaveløsning og strukturering i den nye centerdannelse.

Udbygningen af centerstrukturen med fokus på patientforløb bliver lanceret af sygehusledelse og politikere i regionen som brud med lægefaglig specialisering som sygehusets overordnede struktureringskriterium og gruppering i centre, der er baseret på eksisterende og ønskede fremtidige samarbejds mønstre omkring patientbehandling, forskning og udvikling.

Primært spørgsmål:

- Hvilke rationaler (lægerationale, adm./økonomisk rationale, patientrationale) oplever du prioriteret i den nye struktur med centerdannelse, og hvad ser du det kan have af konsekvenser for den kommende implementeringsproces?

Svar: "Det er hensigtsmæssige patientforløb, som er det overordnede rationale, og det lægefaglige rationale ligger lidt i det med patientforløb.....men man diskuterer at lægge flere fagmiljøer sammen, for centerdannelsen er jo en samling af fagmiljøer. Så man vil lave en slags klynger. Men økonomien kommer man ikke udenom".

Ledelsesopgaven i den kommende implementeringsproces.

Der er krydsende pres af krav, hensyn og rationaler på spil på samme tid, og det er netop de indbyrdes modstridende rationaler i og omkring organisationen og konsekvenserne heraf, som er et af de helt fundamentale grundvilkår for ledelse i det offentlige og ledelse af en forandringsproces som på Aalborg Sygehus. Dette er også et af de vilkår, som adskiller ledelse i f.eks. private organisationer overfor ledelse på et sygehus i forandring, og det aktualiserer forskellige behov i forhold til den ledelsesmæssige dimension, nemlig vedrørende lederegenskaber, lederkvalifikationer og lederroller.

Primært spørgsmål:

- Hvad oplever du er din opgave som leder i forhold til at håndtere den kommende implementeringsproces?

Svar: "Når beslutningen er taget.....vi er jo et politisk ledet system, så er det min opgave at implementere det, og det er der forskellige måder at gøre på, men man kan i hvert fald ikke gå modsat".

Oplevelsen af nødvendighed.

Ændringsprocessen må ifølge teorien etableres via en *oplevelse af nødvendighed* for at erkende et behov for ændringerne, som forudsætning for at medarbejderne og øvrige ledelse tager ejerskab og del i den forestående ændringsproces.

Primært spørgsmål:

- Hvordan har du oplevet, at man har prioriteret "oplevelsen af nødvendighed" for at erkende et behov for ændringerne hos medarbejdere og ledelse – og dermed sikre sig "ejerskab" af processen?

Svar: "Der er ikke været de store påvirkninger i afsnittene, altså driftsafdelingerne..... Det foregår længere oppe, så der har ikke været modstand – de siger tak for informationen og trækker på skulderen, da det ikke påvirker deres dagligdag og endnu ikke har indvirkning på deres dagligdag".

Generering af kortsigtede gevinster.

Noget af det, der motiverer medarbejdere i en forandringsproces er at se resultaterne af deres indsats ved at afdække og synliggøre resultaterne.

Primært spørgsmål:

- *Hvordan ser du på det og kan du forestille dig en måde, hvorpå man kan synliggøre kortsigtede resultater overfor ledere og medarbejdere?(eks. bedre patientforløb ved måling af: patienttilfredshed, flere patienter behandles på kortere tid, indlæggelsestid, tiden der går indtil undersøgelses-, pleje og behandlingsplan er iværksat).*

Svar: "Hvis vi bliver inddraget, får vi en oplevelse af at det motiverer os, og hvis vi får indflydelse eller får indtryk af, at få indflydelse, så vil vi også give ejerskab ift. den vej, vi går. Jeg må da sige, at jeg jo har været med i et seminar og ekspertgruppen – det er involvering, og vi får lidt indsigt og får mulighed for at sige, hvad vi mener – og det er vel en form for motivation".

Konsolidere resultater og forankre nye fremgangsmåder i kulturen.

En organisatorisk ændring må altid være organisationens projekt og ikke enkeltpersoners. Den viden, der opbygges, må implementeres i organisationen og blive til organisatorisk kompetence. En almindelig reaktion oven på en ændringsproces er – lad os nu få ro, ikke flere ændringer lige nu. Derfor er denne fase derfor en stor ledelsesopgave.

Samtidig kan kulturen være en barriere for forandring, hvilket hænger sammen med de stærke fagprofessioner og at flere kulturer mødes, samt at kulturerne ikke nødvendigvis passer godt sammen – "cultural fit". Det betyder også, at "kulturarbejdet" i forandringsprocessen kommer til at spille en væsentlig rolle og at professionstilgangen spiller en central rolle i måden at forstå arbejdet på sygehuset i forandringsprocessen.

Med disse forhold taget i betragtning er det ikke underligt, at ændringerne på Aalborg Sygehus formentlig vil tage lang tid, og at det vil være nødvendigt at forankre forandringerne gennem kulturændring, blandt andet ved at motivere og sætte fokus på værdier og normer.

Primært spørgsmål:

- *Hvorledes oplever du, at de enkelte ledere motiveres til at sætte fokus på en udvikling af den ønskede adfærd og kultur for at sikre en succesfuld implementering i samarbejdet med medarbejderne?*

Svar: "Jeg var en af de første til at melde mig til at arrangere en temadag, som hed "ledelse og samarbejde i det nye center", og en af de pinde, som var overskriften var – "overlevelse indtil vi flytter". Vi er jo en sammenbragt familie og spørgsmålet er så, hvor meget arbejde skal vi lægge i at arbejde mod en fælles kultur – kan det betale sig, når det er max. et år – indtil strukturen bliver ændret eller endelig. Jeg vil gerne arbejde meget tungt med kulturen, når og hvis strukturen er på plads, men så længe strukturen er midlertidig i 2011, vil det ikke give mening. Så temadagen skal dreje sig om, hvilke vilkår vi er i, og hvordan skal kommunikation og samarbejde være".

7.2 Interview 2

Interview: Overlæge, afdsnitsledelse

Nedenstående interview er uddrag af det fulde interview og anses som det væsentligste i svarene.

Spørgsmål:

Fusionsbeslutningen - strategifokus er ved at ændre sig.

Strategifokus er ved at ændre sig på sygehusene generelt som følge af mere markedsorientering/konkurrence/udlicitering – og mindre monopollignende tilstande og dermed øgede forventninger til offentlige serviceudbud, herunder krav om flere valgmuligheder. Dette har påvirket Aalborg sygehus til nye måder at håndtere ledelsesmæssige og organisatoriske opgaver, fra regelstyring til rammestyring og øget decentralisering.

Primære spørgsmål:

- *I hvilken omfang ser du beslutningen om den ny organisations- og ledelsesstruktur præget af kompromisser, symbolske markeringer, tilfældigheder i beslutningsprocessen?*

Svar: "Beslutningen er helt klart præget af kompromisser eller kompromisløshed, og i høj grad tilfældigheder. Og med det mener jeg, at spørgsmålene fra Muusmann-rapporten (som vi jo alle skulle svare på), var så vagt formuleret, at de fleste svar blev givet i "ved-ikke-rubrikken", og jeg ved, at der på nogle af spørgsmålene kun blev svaret med 12%".

Svar: "...der har forud beslutningen været snak med sektorchefen, men ikke med medarbejderne, hvilket jeg synes er tankevækkende, at man kan konkludere på ledelsesstrukturen, hvor man ikke har snakket med medarbejdere eller mellemledere".

- *Hvordan ser du strategifokus påvirker de kommende ændringstiltag – og hermed din ledelsesmæssige opgave?*

Svar: "Vi har ikke fået at vide, hvad strategifokus er. Jeg tror baggrunden for at ændre i strukturen er et ønske om at rationalisere og bespare og så fra politisk side et ønske om at patienten skal være i centrum, og så lyder det jo også attraktivt, at man med en centerstruktur kan få patienten i centrum – det vil politikerne jo gerne høre. Patientforløb har vi i forvejen, og jeg tror ikke, det bliver bedre med en udbygning af centerstrukturen".

Forskydning af de forskellige grundvilkår.

Ændringer i de forskellige grundvilkår i den institutionelle, tekniske og politiske omverden rummer mulighed for udvikling og satsning på forskellige strategier. Dette stiller krav til ledelsen om udviklingen af nye lederegenskaber, kvalifikationer og roller.

Primært spørgsmål:

- *Det kan være en udfordring at være leder i en omskiftelig organisation som sygehuset, særligt for de ledere, som udover at være ledere også har identiteten bundet meget op på deres fagprofession – hvordan oplever du det?*

Svar: ”Som afdsnitsleder mener jeg der er plads til begge dele, men går du et skridt op, så tror jeg ikke, der er plads til det. Selvfølgelig er de også fagligt dygtige, men de er jo ikke førende på deres område. Sjovt nok så kigger man typisk rundt på afdelingen, når man skal finde en leder, og så tager man den, som er fagligt dygtig, men det er jo nogle andre ting, han skal være dygtig til”.

”Når man kigger rundt på vores ledere på afdelingsniveau, så er det efterhånden blevet skrivebordsledere, men med adgang i klikken i hverdagen, og de er ikke på samme lægefaglige høje niveau, som andre i afdelingen kan levere”.

Bevidstheden og kommunikationen om beslutningstagningen og ændringsvisionen.

Når man først kan se meningen med beslutningen om forandringsprocessen – den ny organisations- og ledelsesstruktur på Aalborg Sygehus, så arbejder man også på det, og det er vigtigt for at få alle med. Her er det vigtigt, at ledelsen og medarbejdere kan fortolke, forstå og kommunikere, hvad det er organisationen står for (identitet og image – dvs. selvbillede og måde, den betragtes på af andre), hvad organisationen står over for (situationen), og hvad organisationen må gøre (de vedtagne strategier) på en meningsfuld og forståelige måde – både internt og eksternt. Det drejer sig ikke kun om at sætte ord på, men er også et spørgsmål om, hvordan denne italesættelse finder sted. Det er derfor afgørende, at Sygehusledelsen og politikerne i regionen prioriterer denne del i forbindelse med beslutningen om ændringerne og forud for implementeringen.

Primært spørgsmål:

- *Hvordan er du og dine medarbejdere blevet informeret og inddraget i de nyligt udførte (januar 2011) og forestående forandringer, og hvordan blev ændringerne kommunikeret?*

Svar: ”.....der er blevet informeret hvordan sammenlægningen pr. 1. jan skulle være, men det er stadig uklart, hvorfor sammenlægningen og den nye struktur skal etableres, bortset fra at Muusmann-rapporten har anbefalet det. Der har været holdt møder i overlægeråd regi, og jeg tror også lægekredsforeningen har inviteret til møde. Men inddraget i beslutningsprocessen, det er vi ikke”.

Rationaler omkring opgaveløsning og strukturering i den nye centerdannelse.

Udbygningen af centerstrukturen med fokus på patientforløb bliver lanceret af sygehusledelse og politikere i regionen som brud med lægefaglig specialisering som sygehusets overordnede struktureringskriterium og gruppering i centre, der er baseret på eksisterende og ønskede fremtidige samarbejds mønstre omkring patientbehandling, forskning og udvikling.

Primært spørgsmål:

- Hvilke rationaler (lægerationale, adm./økonomisk rationale, patientrationale) oplever du prioriteret i den nye struktur med centerdannelse, og hvad ser du det kan have af konsekvenser for den kommende implementeringsproces?

Svar: ”Man har prioriteret noget administrativt, og så noget økonomisk, men ikke umiddelbart noget lægefagligt rationale. Patientforløb og samarbejde er vigtigt, men jeg tror ikke umiddelbart centerstrukturen kan hjælpe med det – men hvilke konsekvenser det kan have fremad har jeg svært ved lige at se”.

Ledelsesopgaven i den kommende implementeringsproces.

Der er krydsende pres af krav, hensyn og rationaler på spil på samme tid, og det er netop de indbyrdes modstridende rationaler i og omkring organisationen og konsekvenserne heraf, som er et af de helt fundamentale grundvilkår for ledelse i det offentlige og ledelse af en forandringsproces som på Aalborg Sygehus. Dette er også et af de vilkår, som adskiller ledelse i f.eks. private organisationer overfor ledelse på et sygehus i forandring, og det aktualiserer forskellige behov i forhold til den ledelsesmæssige dimension, nemlig vedrørende lederegenskaber, lederkvalifikationer og lederroller.

Primært spørgsmål:

- Hvad oplever du er din opgave som leder i forhold til at håndtere den kommende implementeringsproces?

Svar: ”Min egentlige ledelsesopgave i hverdagen er i forvejen en udfordring, men at få en kommende løsning af strukturen implementeret kan være et problem. Men som leder må jeg enten støtte den beslutning, som er vedtaget, eller lade være med at være leder. Men det kan godt være svært at få sådan en beslutning gennemført, hvis ikke det virker fornuftigt”.

Oplevelsen af nødvendighed.

Ændringsprocessen må ifølge teorien etableres via en oplevelse af nødvendighed for at erkende et behov for ændringerne, som forudsætning for at medarbejderne og øvrige ledelse tager ejerskab og del i den forestående ændringsproces.

Primært spørgsmål:

- Hvordan har du oplevet, at man har prioriteret ”oplevelsen af nødvendighed” for at erkende et behov for ændringerne hos medarbejdere og ledelse – og dermed sikre sig ”ejerskab” af processen?

Svar: ”Det oplever jeg, man overhovedet ikke har prioriteret..... men hvis politikerne har prioriteret det, så er det ikke slået igennem. Jeg har ikke på nogen måde fået luftet bare lidt af, hvorfor dette skulle foregå. Så oplevelse af nødvendighed og ejerskab har jeg slet ikke fået”.

Generering af kortsigtede gevinster.

Noget af det, der motiverer medarbejdere i en forandringsproces er at se resultaterne af deres indsats ved at afdække og synliggøre resultaterne.

Primært spørgsmål:

- *Hvordan ser du på det og kan du forestille dig en måde, hvorpå man kan synliggøre kortsigtede resultater overfor ledere og medarbejdere?(f.eks. bedre patientforløb ved måling af: patienttilfredshed, flere patienter behandles på kortere tid, indlæggelsestid, tiden der går indtil undersøgelses-, pleje og behandlingsplan er iværksat).*

Svar: ”Det vi har set indtil videre har ikke ændret på nogen behandlingsforløb. Så omstruktureringen, tror jeg ikke, kommer til at indvirke på patientforløb, hverken med indlæggelsestid mv. Men jeg har lige udfyldt en tilfredshedsundersøgelse, hvilket jeg tror, er en god måde at undersøge medarbejdertilfredshed. Men jeg er ikke sikker på, at det er det, som politikerne er mest interesserede i – jeg tror de er mere interesserede i patienttilfredshed og cost-benefit – altså hvordan får de mest for pengene”.

”Jeg vil selv gøre noget for at motivere medarbejderne på min egen afd. – uafhængigt af strukturen – det kan være måling af liggetid, smertegrad, antal patienter. pr. dag, antal patienter pr. sygeplejerske samt ventetider”.

Konsolidere resultater og forankre nye fremgangsmåder i kulturen.

En organisatorisk ændring må altid være organisationens projekt og ikke enkeltpersoners. Den viden, der opbygges, må implementeres i organisationen og blive til organisatorisk kompetence. En almindelig reaktion oven på en ændringsproces er – lad os nu få ro, ikke flere ændringer lige nu. Derfor er denne fase derfor en stor ledelsesopgave.

Samtidig kan kulturen være en barriere for forandring, hvilket hænger sammen med de stærke fagprofessioner og at flere kulturer mødes, samt at kulturerne ikke nødvendigvis passer godt sammen – ”cultural fit”. Det betyder også, at ”kulturarbejdet” i forandringsprocessen kommer til at spille en væsentlig rolle og at professionstilgangen spiller en central rolle i måden at forstå arbejdet på sygehuset i forandringsprocessen.

Med disse forhold taget i betragtning er det ikke underligt, at ændringerne på Aalborg Sygehus formentlig vil tage lang tid, og at det vil være nødvendigt at forankre forandringerne gennem kulturændring, blandt andet ved at motivere og sætte fokus på værdier og normer.

Primært spørgsmål:

- *Hvorledes oplever du, at de enkelte ledere motiveres til at sætte fokus på en udvikling af den ønskede adfærd og kultur for at sikre en succesfuld implementering i samarbejdet med medarbejderne?*

Svar: ”Det er svært at svare på, fordi vi ikke ved hvad der skal laves om – hvordan omstruktureringen skal ske. Men vi er i gang med en anden forandringsproces på afdelingen, da vi er ved at tage nogle funktioner ud fra afdelingen. Vi skal gøre det på en måde med medinddragelse og medindflydelse ved at informere og iværksætte nogle arbejdsgrupper –

ting som gør at vi får folk med i processen og får det bedste resultat. Det bedste svar får vi jo fra folk, som er vant til at arbejde med det”.

7.3 Interview 3

Interview: Oversygeplejerske, afdelingsledelse

Nedenstående interview er uddrag af det fulde interview og anses som det væsentligste i svarene.

Spørgsmål:

Fusionsbeslutningen - strategifokus er ved at ændre sig.

Strategifokus er ved at ændre sig på sygehusene generelt som følge af mere markedsorientering/konkurrence/udlicitering – og mindre monopollignende tilstande og dermed øgede forventninger til offentlige serviceudbud, herunder krav om flere valgmuligheder. Dette har påvirket Aalborg sygehus til nye måder at håndtere ledelsesmæssige og organisatoriske opgaver, fra regelstyring til rammestyring og øget decentralisering.

Primære spørgsmål:

- *Hvordan ser du strategifokus påvirker de kommende ændringstiltag – og hermed din ledelsesmæssige opgave?*

Svar: "Økonomien spiller en meget stor rolle, og strategifokus er at skabe output med høj kvalitet for færrest mulige penge, altså at flytte ressourcer hen, hvor opgaven skal løses og færrest mulige ressourcer til at lede og administrere det".

Svar: "Strategifokus, som jeg ser det, er en klinisk fokus, hvor hele leadership kan blive nedtonet hvis ikke nogle får øje på, at vi er en uddannelsesorganisation og udviklingsorganisation, samtidig med vi er en driftsorganisation".

Svar: "Strategifokus gør, at ledelser på alle niveauer bliver afhængige af at kunne tænke anderledes i sin organisation, for at imødekomme det krydspres, som vi er en del af. Da er det utroligt vigtigt – også i forhold til politikere - at kunne tale sammen og arbejde fornuftigt og hensigtsmæssigt med patientforløb. Her tror jeg leadership arbejdet er vigtigt – at vi kan få folk til at se arbejdsglæde og motivation bl.a. ved at få organiseret arbejdet bedre".

- *I hvilket omfang ser du beslutningen om den ny organisations- og ledelsesstruktur præget af kompromisser), symbolske markeringer, tilfældigheder i beslutningsprocessen?*

Svar: "Sundhedsvæsenet skal slankes, så der ligger nogle overordnede politiske beslutninger bag. Så kigger man på, hvad har man gjort andre steder, og kan den model bruges her – med hensyntagen til, hvad er det vi skal levere i Regionen".

Forskydning af de forskellige grundvilkår.

Ændringer i de forskellige grundvilkår i den institutionelle, tekniske og politiske omverden rummer mulighed for udvikling og satsning på forskellige strategier. Dette stiller krav til ledelsen om udviklingen af nye lederegenskaber, kvalifikationer og roller.

Primært spørgsmål:

- *Det kan være en udfordring at være leder i en omskiftelig organisation som sygehuset, særligt for de ledere, som udover at være ledere også har identiteten bundet meget op på deres fagprofession – hvordan oplever du det?*

Svar: "Det at være leder med den fagprofession man har, vil sige, at tværfagligheden i ledelse er vigtigt – for mig er det det samarbejdet med den ledende overlæge. Det er ledelse, som er vores profession mere end sygeplejerske eller lægeprofession. Men vi ved godt, at vi har vores faglige styrke inden for vores eget faglige felt. Jeg ved godt, at der f.eks. for læger er vigtig at blive ledet af egen fagprofession".

Bevidstheden og kommunikationen om beslutningstagningen og ændringsvisionen

Når man først kan se meningen med beslutningen om forandringsprocessen – den ny organisations- og ledelsesstruktur på Aalborg Sygehus, så arbejder man også på det, og det er vigtigt for at få alle med. Her er det vigtigt, at ledelsen og medarbejdere kan fortolke, forstå og kommunikere, hvad det er organisationen står for (identitet og image – dvs. selvbillede og måde, den betragtes på af andre), hvad organisationen står over for (situationen), og hvad organisationen må gøre (de vedtagne strategier) på en meningsfuld og forståelig måde – både internt og eksternt. Det drejer sig ikke kun om at sætte ord på, men er også et spørgsmål om, hvordan denne italesættelse finder sted. Det er derfor afgørende, at Sygehusledelsen og politikerne i regionen prioriterer denne del i forbindelse med beslutningen om ændringerne og forud for implementeringen.

Primært spørgsmål:

- *Hvordan er du og dine medarbejdere blevet informeret og inddraget i de nyligt udførte (januar 2011) og forestående forandringer, og hvordan blev ændringerne kommunikeret?*

Svar: "Vores sektorledelse blev orienteret – hvordan vi kom til at se ud i den nye organisation, kunne de ikke sige – da der var behov for et større analysearbejde. Vi har selvfølgelig givet udtryk for, at vi ønsker at give vores mening til kende – og nu venter vi på, hvornår de kommer og spørger os om vores input".

Svar: "Vi har meldt ud på afsnitsmøder til vores afsnitsledere, og så har de meldt klart ud igen videre. Der er ingen tvivl om, at der kan være meget filter på og meget værdiladning når informationerne gives, så det er vigtigt både at være ærlig og loyal overfor sin organisation, når tingene meldes ud".

Rationaler omkring opgaveløsning og strukturering i den nye centerdannelse.

Udbygningen af centerstrukturen med fokus på patientforløb bliver lanceret af sygehusledelse og politikere i regionen som brud med lægefaglig specialisering som sygehusets overordnede struktureringskriterium og gruppering i centre, der er baseret på eksisterende og ønskede fremtidige samarbejdsmønstre omkring patientbehandling, forskning og udvikling.

Primært spørgsmål:

- *Hvilke rationaler (lægerationale, adm./økonomisk rationale, patientrationale) oplever du prioriteret i den nye struktur med centerdannelse, og hvad ser du det kan have af konsekvenser for den kommende implementeringsproces?*

Svar: "Vi er kommet ind i samlet fælles center, hvor vi er fælles fagligt stærke, og hvor det drejer sig om, at vi kan levere de bedste ydelser for patienterne. Jeg ser ikke et rationale mere dominerende.....det er alle tre".

Svar: "Rent ledelsesmæssigt er der andre veje, vi skal kommunikere i det nye, så vi skal lige finde vores ben i det her".

Ledelsesopgaven i den kommende implementeringsproces.

Der er krydsende pres af krav, hensyn og rationaler på spil på samme tid, og det er netop de indbyrdes modstridende rationaler i og omkring organisationen og konsekvenserne heraf, som er et af de helt fundamentale grundvilkår for ledelse i det offentlige og ledelse af en forandringsproces som på Aalborg Sygehus. Dette er også et af de vilkår, som adskiller ledelse i f.eks. private organisationer overfor ledelse på et sygehus i forandring, og det aktualiserer forskellige behov i forhold til den ledelsesmæssige dimension, nemlig vedrørende lederegenskaber, lederkvalifikationer og lederroller.

Primært spørgsmål:

- *Hvad oplever du er din opgave som leder i forhold til at håndtere den kommende implementeringsproces?*

Svar: "En af de store opgaver, det er at kvalificere ledere via uddannelse, kompetenceudvikling og forskning til at håndtere deres ledelsesopgave. Og en af de vigtigste, er at afdelingsledere kan håndtere ledelse ud i afdelingerne – som driftsledere. Som afdelingsledelse er det mere det økonomiske rationale og så leadership, som er gældende".

Svar: ".....at opkvalificere ledere til noget master eller diplom – altså de generelle lederegenskaber. Men jeg tænker også på vigtigheden af dygtige personaler".

Oplevelsen af nødvendighed.

Ændringsprocessen må ifølge teorien etableres via en oplevelse af nødvendighed for at erkende et behov for ændringerne, som forudsætning for at medarbejderne og øvrige ledelse tager ejerskab og del i den forestående ændringsproces.

Primært spørgsmål:

- *Hvordan har du oplevet, at man har prioriteret "oplevelsen af nødvendighed" for at erkende et behov for ændringerne hos medarbejdere og ledelse – og dermed sikre sig "ejerskab" af processen?*

Svar: "I forhold til de enkelte medarbejdere, så har det været vigtigt med nogle medarbejdere, som fortsat arbejder på nogle gode patientforløb. På ledelsesniveauet har det været vigtigt, at de tager ejerskab. Opgaven som leder er at formidle og at gå i front og være loyal. Over for medarbejderne kan det vises ved at fortælle om de grundvilkår vi har og må arbejde efter – f.eks. nu er det ikke denne opgave, som skal løses, men en anden og så give medarbejderne kompetencerne til at løse den nye opgave".

Generering af kortsigtede gevinster.

Noget af det, der motiverer medarbejdere i en forandringsproces er at se resultaterne af deres indsats ved at afdække og synliggøre resultaterne.

Primært spørgsmål:

- *Hvordan ser du på det og kan du forestille dig en måde, hvorpå man kan synliggøre kortsigtede resultater overfor ledere og medarbejdere?(f.eks. bedre patientforløb ved måling af: patienttilfredshed, flere patienter behandles på kortere tid, indlæggelsestid, tiden der går indtil undersøgelses-, pleje og behandlingsplan er iværksat).*

Svar: "Noget af det, der er vigtigt, er at vise de resultater, som personalet godt kan lide at se. Det er høj patienttilfredshed qua det arbejde de har lavet – altså anerkendelse ned på det niveau, hvor arbejdet med patienterne er. Så håber jeg, vi som ledere er rollemodeller for denne proces".

Konsolidere resultater og forankre nye fremgangsmåder i kulturen.

En organisatorisk ændring må altid være organisationens projekt og ikke enkeltpersoners. Den viden, der opbygges, må implementeres i organisationen og blive til organisatorisk kompetence. En almindelig reaktion oven på en ændringsproces er – lad os nu få ro, ikke flere ændringer lige nu. Derfor er denne fase derfor en stor ledelsesopgave.

Samtidig kan kulturen være en barriere for forandring, hvilket hænger sammen med de stærke fagprofessioner og at flere kulturer mødes, samt at kulturerne ikke nødvendigvis passer godt sammen – "cultural fit". Det betyder også, at "kulturarbejdet" i forandringsprocessen kommer til at spille en væsentlig rolle og at professionstilgangen spiller en central rolle i måden at forstå arbejdet på sygehuset i forandringsprocessen.

Med disse forhold taget i betragtning er det ikke underligt, at ændringerne på Aalborg Sygehus formentlig vil tage lang tid, og at det vil være nødvendigt at forankre forandringerne gennem kulturændring, blandt andet ved at motivere og sætte fokus på værdier og normer.

Primært spørgsmål:

- *Hvorledes oplever du, at de enkelte ledere motiveres til at sætte fokus på en udvikling af den ønskede adfærd og kultur for at sikre en succesfuld implementering i samarbejdet med medarbejderne?*

Svar: "Noget af det jeg selv oplever for at blive motiveret er involvering, medinddragelse og medindflydelse i processen - mere ansvar, så vokser folk og det skaber kulturændring. Vi taler meget om "ansvarstagende medarbejdere" i vores afsnit".

7.4 Interview 4

Interview: Afdelingssygeplejerske, afdelingsledelse

Nedenstående interview er uddrag af det fulde interview og anses som det væsentligste i svarene.

Spørgsmål:

Fusionsbeslutningen - strategifokus er ved at ændre sig.

Strategifokus er ved at ændre sig på sygehusene generelt som følge af mere markedsorientering/konkurrence/udlicitering – og mindre monopollignende tilstande og dermed øgede forventninger til offentlige serviceudbud, herunder krav om flere valgmuligheder. Dette har påvirket Aalborg sygehus til nye måder at håndtere ledelsesmæssige og organisatoriske opgaver, fra regelstyring til rammestyring og øget decentralisering.

Primære spørgsmål:

- *I hvilken omfang ser du beslutningen om den ny organisations- og ledelsesstruktur præget af kompromisser, symbolske markeringer, tilfældigheder i beslutningsprocessen?*

Svar: "Det handler om øget effektivisering, og at man vil have mere for pengene, og man vil have et enklere ledelsessystem – det er det, jeg anser som værende udgangspunktet".

Svar: "Jeg har især hørt det som en måde, at ændre på en centralisering specialerne, og jeg tror det nye sygehus spiller ind, og at det skal have status som et universitetssygehus".

- *Hvordan ser du strategifokus påvirker de kommende ændringstiltag – og hermed din ledelsesmæssige opgave?*

Svar: "Jeg ser ikke opgaven ændre sig, da vi befinder os i en organisation i løbende forandring – og på mit niveau mærker jeg ikke umiddelbart ændringerne."

Forskydning af de forskellige grundvilkår.

Ændringer i de forskellige grundvilkår i den institutionelle, tekniske og politiske omverden rummer mulighed for udvikling og satsning på forskellige strategier. Dette stiller krav til ledelsen om udviklingen af nye lederegenskaber, kvalifikationer og roller.

Primært spørgsmål:

- *Det kan være en udfordring at være leder i en omskiftelig organisation som sygehuset, særligt for de ledere, som udover at være ledere også har identiteten bundet meget op på deres fagprofession – hvordan oplever du det?*

Svar: "Det kræver nye måder at være leder på, at tiden tages fra klinikken, og at man skal have andre egenskaber end bare at lede faget. Det kræver nogle personlige lederegenskaber, nogle administrative egenskaber. Men vi har øvet os nogle år i takt med den måde, man har

håndteret udviklingen af ledere i min organisation. Man har sagt, lad os få lederne uddannet som ledere for medarbejdere og ikke bare ledere af faget”.

Bevidstheden og kommunikationen om beslutningstagningen og ændringsvisionen.

Når man først kan se meningen med beslutningen om forandringsprocessen – den ny organisations- og ledelsesstruktur på Aalborg Sygehus, så arbejder man også på det, og det er vigtigt for at få alle med. Her er det vigtigt, at ledelsen og medarbejdere kan fortolke, forstå og kommunikere, hvad det er organisationen står for (identitet og image – dvs. selvbillede og måde, den betragtes på af andre), hvad organisationen står over for (situationen), og hvad organisationen må gøre (de vedtagne strategier) på en meningsfuld og forståelige måde – både internt og eksternt. Det drejer sig ikke kun om at sætte ord på, men er også et spørgsmål om, hvordan denne italesættelse finder sted. Det er derfor afgørende, at Sygehusledelsen og politikerne i regionen prioriterer denne del i forbindelse med beslutningen om ændringerne og forud for implementeringen.

Primært spørgsmål:

- *Hvordan er du og dine medarbejdere blevet informeret og inddraget i de nyligt udførte (januar 2011) og forestående forandringer, og hvordan blev ændringerne kommunikeret?*

Svar: ” Der er ikke været informeret om de kommende ændringstiltag. Vi blev informeret om, at man havde ansat et eksternt firma til at evaluere sundhedsstrukturen i Nordjylland – det har vi nok hørt i pressen, eller fået en mail. Som leder er vi informeret på mail, at undersøgelsen nu var i gang, og at man kunne forvente at få information fra intranettet samt fra afdelingsledelsen, samt at alle medarbejdere i hele Regionen ville blive informeret ved at Muusmann-rapporten kunne læses dér og dér, samt information fra det lokale MED udvalg. Så kom meddelelsen om, hvilken model man ville bruge – centerstrukturen - også pr. mail til os ledere. Så har ledelsen og TR kollegiet lavet en meddelelse, som er sendt ud til alle medarbejdere. Politikere og Sygehusledelsen har været og fortælle i auditoriet, hvad der skulle ske i administrationen – forud for ændringerne pr. januar 2011 ”.

Rationaler omkring opgaveløsning og strukturering i den nye centerdannelse.

Udbygningen af centerstrukturen med fokus på patientforløb bliver lanceret af sygehusledelse og politikere i regionen som brud med lægefaglig specialisering som sygehusets overordnede strukturingskriterium og gruppering i centre, der er baseret på eksisterende og ønskede fremtidige samarbejdsmønstre omkring patientbehandling, forskning og udvikling.

Primært spørgsmål:

- *Hvilke rationaler (lægerationale, adm./økonomisk rationale, patientrationale) oplever du prioriteret i den nye struktur med centerdannelse, og hvad ser du det kan have af konsekvenser for den kommende implementeringsproces?*

Svar: "Det adm.-økonomisk er styrende, og så har man brugt de andre rationaler til at legitimere processen. Det lyder jo vældig flot, at det er patientrationalet, som skal være styrende – og det tror jeg ikke på".

Ledelsesopgaven i den kommende implementeringsproces.

Der er krydsende pres af krav, hensyn og rationaler på spil på samme tid, og det er netop de indbyrdes modstridende rationaler i og omkring organisationen og konsekvenserne heraf, som er et af de helt fundamentale grundvilkår for ledelse i det offentlige og ledelse af en forandringsproces som på Aalborg Sygehus. Dette er også et af de vilkår, som adskiller ledelse i f.eks. private organisationer overfor ledelse på et sygehus i forandring, og det aktualiserer forskellige behov i forhold til den ledelsesmæssige dimension, nemlig vedrørende lederegenskaber, lederkvalifikationer og lederroller.

Primært spørgsmål:

- *Hvad oplever du er din opgave som leder i forhold til at håndtere den kommende implementeringsproces?*

Svar: "Det er rigtig svært at se – jeg tror, en af de vigtigste kvalifikationer er samarbejde. Det tværfaglige samarbejde, tror jeg betyder rigtig meget – være villig til at tænke bredt, være villig til at sætte sine egne specialer på spil, tænke kreativt. Jeg tror ikke, man får noget ud af, at klamre sig til det, man har. Men så tror jeg også, det er en kunst at være leder for en stor gruppe personer, hvor det vigtigste er at yde et godt stykke arbejde for patienterne – her tror jeg, det er vigtigt ikke at lade det fylde for meget i hverdagen – få sorteret fra".

Oplevelsen af nødvendighed.

Ændringsprocessen må ifølge teorien etableres via en oplevelse af nødvendighed for at erkende et behov for ændringerne, som forudsætning for at medarbejderne og øvrige ledelse tager ejerskab og del i den forestående ændringsproces.

Primært spørgsmål:

- *Hvordan har du oplevet, at man har prioriteret "oplevelsen af nødvendighed" for at erkende et behov for ændringerne hos medarbejdere og ledelse – og dermed sikre sig "ejerskab" af processen?*

Svar: "Jeg synes ikke man har gjort særlig meget oppefra. Muusmann er blevet offentliggjort – og resultaterne af den overbeviser mig ikke om, at denne type reorganisering er det rigtige. Der er også rigtig mange subjektive opfattelser og meninger i Muusmann-rapporten, som ligger til grund for beslutningen, og det bekymrer mig".

Svar: "Jeg har forsøgt i afdelingen at få det solgt – beslutningen er taget, og så er det min opgave at få det solgt, så medarbejderne også tager beslutningen til sig".

Generering af kortsigtede gevinster.

Noget af det, der motiverer medarbejdere i en forandringsproces er at se resultaterne af deres indsats ved at afdække og synliggøre resultaterne.

Primært spørgsmål:

- *Hvordan ser du på det og kan du forestille dig en måde, hvorpå man kan synliggøre kortsigtede resultater overfor ledere og medarbejdere?(f.eks. bedre patientforløb ved måling af: patienttilfredshed, flere patienter behandles på kortere tid, indlæggelsestid, tiden der går indtil undersøgelses-, pleje og behandlingsplan er iværksat).*

Svar: "Det har jeg svært ved at forestille mig, at man kan synliggøres overhovedet på det niveau jeg er – jeg tror ikke, det kan måles på patienttilfredshedsmåling. Vi prøver hele tiden at blive mere og mere effektive – kortere behandlingstider, simplere operationsteknikker osv., og det tror jeg ikke kan konkluderes bedre ud fra en ny struktur".

Svar: "Nu er der gået tre måneder, og jeg har ikke fået øje på Aalborg Sygehus endnu – jeg er ikke blevet inviteret til informationsmøder eller kommunikationsmøder endnu – og det tror jeg i virkeligheden kan motivere mig mere end f.eks. behandlingstider og operationsteknikker".

Konsolidere resultater og forankre nye fremgangsmåder i kulturen.

En organisatorisk ændring må altid være organisationens projekt og ikke enkeltpersoners. Den viden, der opbygges, må implementeres i organisationen og blive til organisatorisk kompetence. En almindelig reaktion oven på en ændringsproces er – lad os nu få ro, ikke flere ændringer lige nu. Derfor er denne fase derfor en stor ledelsesopgave.

Samtidig kan kulturen være en barriere for forandring, hvilket hænger sammen med de stærke fagprofessioner og at flere kulturer mødes, samt at kulturerne ikke nødvendigvis passer godt sammen – "cultural fit". Det betyder også, at "kulturarbejdet" i forandringsprocessen kommer til at spille en væsentlig rolle og at professionstilgangen spiller en central rolle i måden at forstå arbejdet på sygehuset i forandringsprocessen.

Med disse forhold taget i betragtning er det ikke underligt, at ændringerne på Aalborg Sygehus formentlig vil tage lang tid, og at det vil være nødvendigt at forankre forandringerne gennem kulturændring, blandt andet ved at motivere og sætte fokus på værdier og normer.

Primært spørgsmål: (Ej spurgt)

- *Hvorledes oplever du, at de enkelte ledere motiveres til at sætte fokus på en udvikling af den ønskede adfærd og kultur for at sikre en succesfuld implementering i samarbejdet med medarbejderne?*

8. Bilag 3

8.1 New Public Management (NPM) – som styringsrationale

New Public Management er en samlebetegnelse for en række reform- og ændringstiltag af liberalistisk tilsnit. Der er ikke tale om en teori som for eksempel kulturteori eller motivationsteori, men NPM repræsenterer snarere en strategi eller tendens, der hviler på et bestemt idégrundlag, hvor en del af inspirationen er kommet fra den private sektor.

NPM strategien indeholder en styrkelse af markedet og markedslignende mekanismer, hvis sigte er helt eller delvist at erstatte kendte politisk-administrative styringsformer, med nye former for organisering og ledelse hentet fra private virksomheder. De to slags elementer kan understøtte hinanden, men kan også modarbejde hinanden. Man kan eksempelvis ikke både udlicitere en ydelse og samtidig forbedre ledelse i offentlig regi, ligesom det er vanskeligt at forbedre kvaliteten, hvis økonomiske incitamenter belønner kvantitet

Ønsket om at ”markedsføre” det offentlige kommer til udtryk i brugen af en række instrumenter såsom: privatisering, profitcentertankegang, indtægtsdækket virksomhed og selektive lønincitamenter mv. Elementer til styrkelse af *markedsmekanismer eller markedslignende mekanismer* ses derfor med følgende eksempler⁹⁴:

- Privatisering eller udlicitering af offentlige ydelser (f.eks. udlicitering af rengøring eller operationer til private sygehuse eller klinikker).
- Kontraktstyring, bestiller-udfører modeller, taxameterstyring og lignende (f.eks. kontrakter mellem regioner og sygehuse, indførelse af DRG baseret afregning mellem regioner eller mellem region og sygehuse).
- Økonomisk incitamentsstyring i forhold til de ansatte i form af resultat- og præstationsløn (f.eks. resultatbaserede direktørkontrakter og tillæg efter principperne i ”Ny Løn” aftalerne).
- Større valgmuligheder for borgerne mellem ydelser og udbydere af offentlig service (f.eks. indførelsen af frit sygehusvalg og friere lægevalg).
- Større brugerindflydelse i form af repræsentation eller klagemuligheder (f.eks. Brugerråd og forbedrede patientklageregler)

Den grundlæggende tankegang i NPM er, at markedet eller markedslignende mekanismer er overlegne med hensyn til at sikre effektiv produktion, samlet velfærd og retfærdig fordeling af ydelser til borgerne sammenlignet med politisk-administrativ styring. Derudover har NPM rod i

antagelser, som stammer fra organisations- og ledelsesteorier udviklet med sigte på private markedsbaserede virksomheder. Disse elementer betoner kombinationen af kundeorientering, fleksible organisationsformer, selvstændigt og engageret personale samt stærke visionære ledelser. Grundidéen er at frigøre offentlige organisationer og deres ledere fra direkte politisk og administrativ styring og detaljerede regelsæt. I stedet betones decentralisering og dermed lokal frihed til at producere serviceydelser i overensstemmelse med overordnede mål og brugernes behov.

Udgangspunktet for NPM er en klassisk kritik af de offentlige for dets bureaukrati og for ikke at være som det private. Det offentlige beskrives derfor som forvokset, hvorfor det skal nedskæres, for bureaukratisk og ineffektivt, hvor det må reorganiseres, for styrings- og reguleringsfikseret, hvorfor det skal decentraliseres og dereguleres, hvorfor lederne skal udskiftes eller omskoles og endelig som i alt for ringe grad orienteret imod resultater og behov hos forbrugerne. New Public Management kan derfor ses som en reaktion på denne kritik af den offentlige sektor, og NPM rummer derfor også bud på, hvordan disse kritikpunkter kan imødegås. Svaret ifølge NPM er en reorganisering af den offentlige sektor så organisation, ledelse, udbudssystemer, afrapporteringssystemer og regnskabsvæsen nærmer sig det, vi kender fra den private sektor. Nye NPM inspirerede *organisations- og ledelsesformer* omfatter derfor prioritet af følgende⁹⁵:

- Vægt på generel ledelse i modsætning til ledelse via professionelle (f.eks. vægt på entydig ledelse på alle niveauer uden bindinger til uddannelsesbaggrund/profession).
- Vægt på decentralisering af kompetencerne indenfor centralt fastsatte økonomiske og juridiske rammer (f.eks. økonomisk rammestyring på sygehus- og afdelingsniveau med decentralt ledelsesansvar).
- Anvendelse af ”flade” og ”fleksible” organisationsformer (f.eks. flere sygehuse under samme ledelse).
- Skift til resultat og outputorientering med tilhørende vægt på brugere/kunder som ultimative bedømmere af organisationens ydelser (f.eks. anvendelse af regelmæssige patienttilfredshedsundersøgelser samt opfølgning på budgetter og regnskabssystemer via måling af kvantitative indikatorer).
- Større vægt på løbende registrering og sammenligning af resultater (f.eks. landsdækkende kvalitetsindikatorer, offentliggørelse af operations tal og fejl opdelt på afdelinger og sygehuse, produktivitetsanalyser på sygehusniveau).
- Mulighed for konkurrence på ydelser mellem offentlige udbydere, private virksomheder og frivillige nonprofit orienterede organisationer, og at brugerne dermed gives valgmuligheder med henblik på at sikre optimal ressourceudnyttelse, prisbillighed og kvalitet.
- Indførelse af overordnede ledelseskoncepter fra privat virksomhedsdrift som professionel strategisk ledelse, koncernledelse, balance scorecard, excellence modeller og lignende.

- Motivation gennem økonomisk belønning, løndifferentiering og personlig kontraktuel løndannelse.

I Danmark har størstedelen af NPM reformerne hidtil handlet om nye organisations- og ledelsesformer og egentlig markedsstyring i form af privatiseringer og omfattende udliciteringer. NPM sættes typisk på dagsordenen som en ny diskurs med en hel samling af nye begreber, ny viden og nye løsninger, der fungerer som begrundelse for reorganisering af offentlige organisationer. NPM diskursen indebærer eksempelvis, at nye former for ”passende” begreber og adfærd spredes i sygehusfeltet. Det bliver således via diskursen legitimt at tale om sygehuse som ”virksomheder”, hvor der foregår ”produktion” og hvor ”bundlinjen” viser resultatet. Det bliver almindeligt at tale om ”brugere” eller mere vidtgående ”kunder” i stedet for patienter. Der indføres måle- og kontrolsystemer, til registrering af ”produktivitet”, ”excellence” og ”benchmarkstatus” i produktionen.

Den sproglige og begrebsmæssige import og dertil hørende forestillinger om kundeorienteret målstyring, produktionsoptimering og stræben efter maksimalt output står umiddelbart i modsætning til professionernes sundhedsfaglige diskurs. Den er baseret på faglige forestillinger om optimal patientbehandling og pleje, hensyntagen til den enkelte patient og prioritering ud fra faglig dokumenteret viden og etiske principper. Professionernes kontrol med vidensområderne er blandt andet baseret på gyldigheden af egne sundhedsfaglige diskurser og set fra professionernes synsvinkel er det vigtigt, at de fortsat har gyldighed og legitimitet i sygehusfeltet. NPM diskursen optræder med et helt sæt af konkurrerende almene forestillinger og begreber, der ikke er knyttet til den sundhedsfaglige tradition, og hvis anvendelse kan true professionernes praksis og selvforståelse som ledende i feltet.

Den mest synlige påvirkning af de professionelle sker gennem de enkelte reformer, som mere eller mindre direkte sigter mod at begrænse de fagprofessionelles kontrol med arbejdet, organisering og ledelsen på de udførende niveauer. Der er tre måder, hvorpå NPM kan påvirke de fagprofessionelle. Gennem ændringer i betingelserne for professionernes deltagelse i den politiske dannelse og dernæst gennem introduktion af nye begreber og forestillinger fra virksomheds- og managementverdenen og endelig gennem konkrete reformer af organisering og ledelse som f.eks. centerdannelse. Men omvendt har de professionelle stærke positioner, som ikke uden videre lader sig ændre og ofte ser det ud til, at de professionelle gennemgående er gode til at bruge deres magt til at sikre, at de forandringer, der faktisk forekommer i deres respektive felter, er i overensstemmelse med deres egne interesser og grundlæggende værdier. Disse forandringer sker løbende gennem små ændringer, hvor professionelle, ledelser og politikere hele tiden afbalancerer og forhandler deres indbyrdes interesser og forestillinger om de professionelle organisationers udvikling.

NPM har generelt medført bedre kontrol af omkostningerne, større gennemsigtighed og større brugerorientering på de tre professionsdominerede områder. Men NPM reformerne har også en række utilsigtede virkninger, ikke mindst på sundhedsområdet. For det første er der en tendens til øget administration og mere bureaukratisk regulering. De professionelles tidsforbrug til resultatregistrering, deltagelse i evalueringer og benchmarking er vokset på bekostning af tid anvendt til behandling og pleje. For det andet er der en tendens til øget stress blandt de professionelle, især i forbindelse med organisatoriske og ledelsesmæssige omstruktureringer, hvilket fører til, at de ansatte måske forlader den offentlige sektor, hvis det er muligt. Samtidig skal det tages i betragtning, at mange af de nye organisations- og ledelseskoncepter under NPM er undfanget i konkrete sammenhænge langt fra sygehusverdenen, og derfor ikke udgør sammenhængende organisatoriske modeller, som sygehusene kan tage som udgangspunkt for en implementering af nye organisationsformer. Snarere er der tale om forskelligartede og ofte modstridende signaler, der i sig selv kan give anledning til øgede modsætninger og usikkerhed internt i sygehusene i takt med en løbende import af enkeltstående elementer fra NPM strategien og den generelle organisations- og ledelsesteori⁹⁶.

En grundlæggende nutidig udfordring for ledelser på sygehusene og dermed Aalborg Sygehus er derfor, at de skal kunne håndtere en situation, hvor tradition og fornyelse blandes, men samtidig skal håndtere delvist modstridende fornyelseskrav, der kommer mange steder fra. De er derfor nødt til at være opmærksomme på det nye og kunne oversætte og fortolke nye organisations- og ledelsesformer og om muligt indpasse dem i eksisterende praksis.

9. Litteraturliste

Forfatter: Andersen, Ib
Udgivelsesår: 2008, 4. udgave
Titel: Den skinbarlige virkelighed – vidensproduktion inden for samfundsvidenskaberne
Forlag: Forlaget Samfundslitteratur

Forfatter: Borum, Finn m.fl.
Udgivelsesår: 1999
Titel: Når styringsambitioner møder praksis
Forlag: Handelshøjskolens Forlag

Forfatter: Borum, Finn
Udgivelsesår: 2002, 1. udgave
Titel: Strategier for Organisationsændringer
Forlag: Handelshøjskolens Forlag

Forfatter: Borum, Finn m.fl.
Udgivelsesår: 2003, 1. udgave
Titel: Ledelse i Sygehusvæsenet
Forlag: Handelshøjskolens Forlag

Forfatter: Borum, Finn m.fl.
Udgivelsesår: 2005, 1. udgave
Titel: Sundhedsvæsenets økonomi, organisation og ledelse
Forlag: Gads Forlag

Forfatter: Borum, Finn m.fl.
Udgivelsesår: 2008, 1. udgave, 1. oplag
Titel: Fusioner, ledelse og fortællinger – integration og polyfoni i det danske sundhedsvæsen
Forlag: Handelshøjskolens Forlag

Forfatter: Buelens, Marc m.fl.
Udgivelsesår: 2006, 3. udgave
Titel: Organisational Behaviour
Forlag: McGraw-Hill Education

Forfatter: Eriksen, Helle
Udgivelsesår: 1991
Titel: Tre kulturer i hospitalssektoren
Forlag: Erhvervsøkonomisk Forlag

Forfatter: FLOS - Forskningscenter for Ledelse og Organisation
Udgivelsesår: 2004
Titel: Forskning i sygehuse under forandring
Forlag: Quickly Tryk A/S

Forfatter:	Hage, Jerald
Udgivelsesår:	1980
Titel:	Theories of Organization
Forlag:	Wiley
Forfatter:	Hildebrandt, Steen m.fl.
Udgivelsesår:	2003
Titel:	Sygehusledelse
Forlag:	Munksgaard Danmark
Forfatter:	Holm Petersen, Christina
Udgivelsesår:	2007
Titel:	Stolthed og Fordom
Tryk:	Danske Regioner
Forfatter:	Jacobsen, Dag Ingvar
Udgivelsesår:	2007, 1. udgave 2005
Titel:	Organisationsændringer og forandringsledelse
Forlag:	Forlaget Samfundslitteratur
Forfatter:	Jespersen, Peter Kragh
Udgivelsesår:	1996, 1. udgave
Titel:	Bureaukratiet – magt og effektivitet
Forlag:	Jurist- og økonomiforbundets Forlag
Forfatter:	Jørgensen, Torben Beck
Udgivelsesår:	2003
Titel:	På sporet af en offentlig identitet – værdier i stat, amter og kommuner
Forlag:	Århus Universitetsforlag
Forfatter:	Klausen, Kurt Klaudi
Udgivelsesår:	2001, 1. udgave
Titel:	Skulle det være noget særligt
Forlag:	Børsens Forlag
Forfatter:	Klausen, Kurt Klaudi
Udgivelsesår:	2003, 6.oplag
Titel:	Offentlig organisation, strategi og ledelse
Forlag:	Syddansk Universitetsforlag
Forfatter:	Klausen, Kurt Klaudi
Udgivelsesår:	2006, 1. udgave
Titel:	Strategisk Ledelse – de mange arenaer
Forlag:	Syddansk Universitetsforlag
Forfatter:	Kotter, John P.
Udgivelsesår:	1999, 1. udgave
Titel:	I spidsen for forandringer
Forlag:	Peter Asschenfeldts nye Forlag a/s

Forfatter:	Kotter, John P.
Udgivelsesår:	2002, 1. udgave
Titel:	The Hearth of Change
Forlag:	Harvard Business School Press
Forfatter:	Linden, Leila og Erling Birk Madsen
Udgivelsesår:	2002, 1. udgave
Titel:	Fagprofessionelle som ledere
Forlag:	Munksgaard Danmark
Forfatter:	Mintzberg, Henry
Udgivelsesår:	1979
Titel:	The structuring of organizations
Forlag:	Prentice-Hall
Forfatter:	Muusmann
Udgivelsesår:	2010
Titel:	Muusmann-rapporten
Web:	http://www.pinfor.n.dk/NR/rdonlyres/F5564BCA-B730-4CEF-9E6E-3FEFC09A0DD1/0/Analyseafledelsesstrukturenisygehusv%C3%A6senetRegionNordjyllandrapport.pdf
Forfatter:	Nerup, Jørn, m.fl.
Udgivelsesår:	1998
Titel:	Lægefaglig basis for sygehusvæsenets struktur
Forlag:	Lægeforeningens Forlag
Forfatter:	Pedersen, Kjeld Møller m.fl.
Udgivelsesår:	2005, 1. udgave, 1. oplag
Titel:	Sundhedsvæsenets økonomi, organisation og ledelse
Forlag:	Thinggaard og Gads Forlag
Forfatter:	Pedersen, Kjeld Møller m.fl.
Udgivelsesår:	2008
Titel:	Hospitalsledelse – organisatorisk fænomen og faglig disciplin
Forlag:	Børsens Forlag
Forfatter:	Region Nordjylland
Udgivelsesår:	2009
Titel:	MED udvalg
Web:	http://www.rn.dk/Regionen/Personaleforhold/MED/
Forfatter:	Region Nordjylland
Udgivelsesår:	2009
Titel:	MED aftale
Web:	http://www.rn.dk/NR/rdonlyres/CE60D2E0-6C95-42A2-B74F-4EAE6FA441F0/MEDaftale2009.pdf

Forfatter: Region Nordjylland
Udgivelsesår: 2010
Titel: Budgetforlig
Web: <http://www.rn.dk/Regionen/Nyheder/Nyhedsmappe/BudgetforligIRegionNordjyllandBespareserOgMaalrettetFornyelse.htm>

Forfatter: Schein, Edgar H.
Udgivelsesår: 1986, 1. udgave
Titel: Organisationskultur og ledelse – et dynamisk perspektiv.
Forlag: Forlaget Valmuen

Forfatter: Schein, Edgar H.
Udgivelsesår: 1994, 2. udgave
Titel: Organisationskultur og ledelse
Forlag: Forlaget Valmuen

10. Noter

- 1 FLOS, 2004 side 6-23
- 2 <http://www.aalborgsygehus.rn.dk/Fakta+og+tal/Om+Sygehuset/>
- 3 Klausen, 2001, side 94
- 4 Budgetforliget, 2010: <http://www.rn.dk/Regionen/Nyheder/Nyhedsmappe/BudgetforligIRegionNordjylland>
- 5 <http://www.rn.dk/SundhedOgSygehuse/Nyheder/>
- 6 Klausen, 2003, side 29-39
- 7 Klausen, 2001, side 100-106
- 8 Klausen, 2003, side 23-26
- 9 Muusmann, 2010, side 6
- 10 Muusmann, 2010, side 6
- 11 Borum, 2003, side 70
- 12 Jacobsen, 2007, side 80-86
- 13 <http://www.lifdk.dk/sw33733.asp>
- 14 Borum, 1999, side 243-247
- 15 Klausen, 2001, side 113-117
- 16 Andersen, 2006, side 25
- 17 Andersen, (2006), side 197
- 18 Hage, 1980, side 234
- 19 Kotter, 1999, side 25-27
- 20 Andersen, 2008, side 151
- 21 Andersen, 2008, side 155
- 22 Andersen, 2008, side 152
- 23 Andersen, 2008, side 159
- 24 Muusmann, 2010: <http://www.pinfo.rn.dk/NR/rdonlyres/F5564BCA-B730-4CEF-9E6E3FEFC09A0DD1/0/Analyseafledelsesstrukturenisygehusv%C3%A6senetRegionNordjyllandrapport.pdf>
- 25 Budgetforliget, 2010: <http://www.rn.dk/Regionen/Nyheder/Nyhedsmappe/BudgetforligIRegionNordjylland>
- 26 Sygehusplan, 2009, <http://www.rn.dk/NR/rdonlyres/F040D9B0-4497-40D7-8BD7-925256BFC396/0/Sygehusplanendelig.pdf>
- 27 Den generelle Sundhedsaftale, 2010: <http://www.rn.dk/NR/rdonlyres/687C315C-6F16-41F9-ACCC-310F9808E813/0/DenGenerellesundhedsaftale2011.pdf>
- 28 Budgetaftale, 2011, <http://www.rn.dk/NR/rdonlyres/CAE42B7C-10A5-420D-B6A6DEEB38E0E90A/0/Budget2011endeligudgavemedunderskrifter.pdf>
- 29 Beskrivelsen af sektoren Ortopædkirurgi Nordjylland, 2002, indhentet fra Ortopædkir. Sekretariat, Aalborg Sygehus
- 30 Klausen, 2003, side 14-18
- 31 Klausen, 2003, side 23-28
- 32 Klausen, 2006, side 94-100
- 33 Klausen, 2003, side 29-39
- 34 Klausen, 2003, side 142-154
- 35 Klausen, 2006, side 94-100
- 36 Muusmann, 2010, side 11
- 37 Muusmann, 2010, side 12
- 38 MED aftale, 2009, side 1-39 og MED udvalg, Region Nordjylland
- 39 Borum, 2008, side 57-60
- 40 Muusmann, 2010, side 51-52
- 41 Borum, 2003, side 70-72
- 42 Peter Raabye, tidl. Ortopædkir. Aalborg, vejleder for projektet
- 43 Muusmann, 2010, side 7
- 44 Budgetforlig, 2010, Region Nordjylland
- 45 Muusmann, 2010, side 19-23
- 46 www.rn.dk/sundhedogsygehuse
- 47 Klausen, 2003, side 90-105
- 48 Peter Raabye, Ortopædkir., vejleder for projektet
- 49 www.nordjyske.dk
- 50 Borum, 1999, side 262
- 51 Borum, 2003, side 200

-
- 52 Klausen, 2001, side 235-250
53 Borum, 2002, side 15-22
54 Jespersen, 1996, side 121-134
55 Muusmann, 2010
56 Møller Pedersen, 2005, side 169-194
57 Hage, 1980, side 234
58 Kotter, 1999, side 25-27
59 Kotter, 1999, side 43-63
60 Kotter, 1999, side 63-83
61 Kotter, 1999, side 34
62 Kotter, 1999, side 83-105
63 Kotter, 1999, side 105-125
64 Kotter, 1999, side 125-145
65 Kotter, 1999, side 145-163
66 Kotter, 1999, side 163-181
67 Kotter, 1999, side 181-197
68 Holm-Petersen, 2007, side 9-21
69 Mintzberg, 1979
70 Lindén m.fl., 2002, side 99-103
71 Eriksen, 1991, side 47-55
72 Lindén m.fl., 2002, side 29-44
73 Kotter, 2002, side 177
74 Kotter, 1999, side 196
75 Schein, 1994 side 197
76 Buelens m.fl., 2006, side 187
77 Buelens m.fl., 2006, side 187
78 Kotter, 1999, side 196
79 Beck Jørgensen, 2003, side 29
80 Kotter, 1999, side 196
81 Kotter, 1999, side 196
82 Kotter, 1999, side 196
83 Lindén, 2002, side 29-36
84 Holm-Petersen, 2007, side 37-39
85 Lindén, 2002, side 29-43
86 Lindén, 2002, side 29-36
87 <http://www.rn.dk/Regionen/Nyheder/NyhedsArkiv/NyespændendestillingsomcentercheferpåAalborgSygehus>
88 Hildebrandt m.fl., 2003, side 371-377
89 FLOS, 2004, side 35
90 Lindén m.fl., 2002, side 102
91 Pedersen, 2008, side 65-77
92 Hage, 1980, side 234
93 Kotter, 1999, side 25-27
94 Møller Pedersen m.fl., 2008, side 154-166
95 Kragh Jespersen, 2005, side 78-85
96 FLOS, 2004, side 9-11