Indholdsfortegnelse

[1. **INDLEDNING** 3](#_Toc358072868)

[1.1. Problemfelt 4](#_Toc358072869)

[1.2. Problemformulering 5](#_Toc358072870)

[1.3. Uddybning og afgrænsning 5](#_Toc358072871)

[1.4. Videnskabsteoretisk positionering 8](#_Toc358072872)

[1.5. Valg af design og metode 10](#_Toc358072873)

[1.6. Teoretisk ramme 12](#_Toc358072874)

[2. **KONTEKSTUALISERING** 17](#_Toc358072875)

[2.1. Begrebsafklaring 17](#_Toc358072876)

[2.2. Relationel koordinering på nordjysk 18](#_Toc358072877)

[2.3. Sideløbende forandringsprocesser 21](#_Toc358072878)

[2.4. Styringsrationaler i sygehussektoren 22](#_Toc358072879)

[3. **TEORIAPPARAT** 26](#_Toc358072880)

[3.1. Den planlagte forandringstilgang 26](#_Toc358072881)

[3.2. Kritik af den planlagte forandringstilgang 29](#_Toc358072882)

[3.3. Den emergente forandringstilgang 30](#_Toc358072883)

[3.4. Kritik af den emergente forandringstilgang 32](#_Toc358072884)

[3.5. Teoretisk sammenfatning 32](#_Toc358072885)

[3.6. Operationalisering 35](#_Toc358072886)

[4. **UNDERSØGELSESDESIGN OG METODE** 36](#_Toc358072887)

[4.1. Region Nordjylland/Aalborg Universitetshospital 37](#_Toc358072888)

[4.2. Valg af komparativt casedesign 38](#_Toc358072889)

[4.3. Abduktiv metodologi 39](#_Toc358072890)

[4.4. Valg af forskningsinterview approach 40](#_Toc358072891)

[4.5. Validitet og reliabilitet 44](#_Toc358072892)

[4.6. Afrunding 45](#_Toc358072893)

[5. **ANALYSE** 46](#_Toc358072894)

[5.1. Projektstrategien i et forandringsteoretisk perspektiv 46](#_Toc358072895)

[5.2. Ledelsesmæssige udfordringer i den indledende fase 49](#_Toc358072896)

[5.3. Ledelsesmæssige udfordringer i den forandrende fase 57](#_Toc358072897)

[5.4. Ledelsesmæssige udfordringer i den institutionaliserende fase 65](#_Toc358072898)

[6**. DISKUSSION AF RESULTATER** 72](#_Toc358072899)

[6.1. Ledelsesmæssige udfordringer 72](#_Toc358072900)

[6.2. Teoretiske begrænsninger og bidrag 76](#_Toc358072901)

[7. **KONKLUSION** 76](#_Toc358072902)

[7.1. Sammenfatning 78](#_Toc358072903)

[7.2. Anbefalinger 79](#_Toc358072904)

[8. **REFERENCELISTE** 81](#_Toc358072905)

9. **APPENDIKS**

# Indledning

Koordineringen mellem sygehuse, kommuner og alment praktiserende læger bliver ofte kritiseret for at være utilstrækkelig og langsommelig. Det har givet anledning til udtryk som: ”Det fragmenterede sundhedsvæsen”, “Bermuda-trekanten”, ”Grå-zone-patienten” og “Patienten, som falder mellem to eller flere stole” (Seemann 2004). Sikring af sammenhængende patientforløb er derfor blevet en højt prioriteret koordineringsopgave både internt og på tværs af de sundhedsfaglige organisationer, der oplever et stadigt stigende politisk pres i form af behandlingsgarantier, pakkeforløb etc.

Det moderne sundhedsvæsen består af mange forskellige organiseringer og faggrupper, der repræsenterer adskilte funktioner og forskellige organisations- og fagkulturer, som vanskeliggør kommunikation, koordinering og samordning. Sundhedsvæsnets traditionelle organisering efter medicinske specialer anklages for at have ført til en autonom og fragmenteret ”ø-kultur”, hvor solidariteten mellem de forskellige fagligheder ofte ikke rækker ud over egne grænser. I disse adskilte funktioner udvikles specielle forståelsesrammer og forpligtelser, der potentielt modarbejder behovet for helhedstænkning og samarbejde på tværs. Et behov der er særligt stort for kronikere og ældre patienter med komorbide lidelser (Seemann 2004).

Andre udviklingstendenser indenfor sundhedsvæsnet er ligeledes med til at øge behovet for en bedre og mere effektiv koordinering. I 1935 var der 105 mulige interpersonelle relationer blandt sundhedspersonalet omkring 20 senge i det danske sundhedsvæsen. I dag er der 4560 mulige relationer om samme antal senge (Ansøgning til Videncenter for Velfærdsledelse 2011). I samme periode er patientflowet øget markant – fra i 1935 at være 30 dage, er den gennemsnitlige liggetid pr. patient i dag kun 5 dage. Antallet af ambulante patienter er steget eksplosivt og forventes fortsat at stige. Det samme er informationsmængden omkring den enkelte patient (tests, scanninger, prøver etc.). Hertil kommer at relationerne ”ud af” sygehuset også har ændret karakter – det være sig i forhold til primærsektor (praktiserende læger, kommunal hjemmepleje etc.), pårørende, patientforeninger mv. (ibid.).

Bedre og mere effektiv koordinering på tværs af afdelinger, ledelsesområder og faggrupper bliver en central øvelse, hvis det danske sundhedsvæsen, trods økonomiske, demografiske og organisatoriske udfordringer, også fremover skal levere højtkvalificeret behandling til sine patienter. Men hvordan forbedres og effektiviseres koordineringen i og på tværs af de sundhedsfaglige organisationer med henblik på at sikre sammenhæng i patientforløb? Et bud er gennem relationel koordinering.

## Problemfelt

Relationel koordinering handler grundlæggende om ledelse på tværs. Metoden er udviklet af den amerikanske professor Jody Hoffer Gittell, der med afsæt i studier af flere tusinde tværgående arbejdsprocesser i det amerikanske sundhedsvæsen har påvist en klar sammenhæng mellem graden af relationel koordinering og kvalitet, effektivitet og de ansattes arbejdsglæde (Gittell 2009).

Relationel koordinering er med andre ord et bud på, hvordan velfærdsinstitutioner kan løse den grundlæggende udfordring: Hvordan man – til gavn for borgeren – evner at samarbejde på tværs af faggrupper, afdelinger og sektorer på arbejdspladser, hvor opgaverne er karakteriseret ved en høj grad af kompleksitet, uforudsigelighed, gensidig afhængighed og tidspres (Videncenter for velfærdsledelse 2011).

Bl.a. af den grund har Videncenter for velfærdsledelse, der er et samarbejde mellem Danske Regioner, Moderniseringsstyrelsen og KL, valgt at medfinansiere et projekt, som skal undersøge, afprøve, teste og videreformidle metoder til at øge evnen til relationel koordinering i en dansk kontekst (ibid.). Men hvordan understøtter man en udviklingsproces med relationel koordinering i en hierarkisk opdelt arbejdskultur på sygehusene, hvor specielt lægeprofessionen er orienteret mod monofaglig udvikling og professionsfaglige arbejdsværdier?

Der er kun i begrænset omfang forsket i interventionsmodeller, som kan øge den relationelle koordinering, og med udgangspunkt i erfaringerne fra de foreløbige delprojekter sigter specialet mod at tilvejebringe viden om arbejdet med relationel koordinering i en dansk kontekst. Mere specifikt sætter specialet fokus på implementeringen af relationel koordinering som ledelsesmodel, og med afsæt i forandringsteoretiske perspektiver og empiriske observationer fra de foreløbige projekter søger specialet at løse følgende problemformulering:

## Problemformulering

*Hvilke ledelsesmæssige udfordringer er forbundet med at gennemføre en forandringsproces med relationel koordinering med henblik på at sikre sammenhæng i patientforløb?*

## Uddybning og afgrænsning

Specialet indskriver sig *ikke* i rækken af effektstudier af relationel koordinering. En litteratursøgning viser dusinvis af videnskabelige artikler (Cramm, Nieboer et al.), der påviser effekterne af relationel koordinering i det amerikanske og hollandske sundhedsvæsen. Disse resultater kombineret med Gittell’s eget hovedværk ”High Performance Healthcare” fra 2009 må antages som værende tilstrækkelig dokumentation for en positiv korrelation mellem graden af relationel koordinering og kvalitet, effektivitet og medarbejdertilfredshed. Hermed ikke sagt at et effektstudie af relationel koordinering i en dansk kontekst er irrelevant, overflødig eller ligegyldig. Tværtimod! Den del af evalueringsprocessen er der bare taget hul på. Det overordnede projekt om relationel koordinering evalueres af seniorforsker Kasper Edwards, DTU, som følger og evaluerer delprojekterne og tilvejebringer dokumenteret viden om mål, indsats, brug af relationel koordinering og resultater. Alle de organisatoriske delprojekter underkastes det samme undersøgelsesdesign, hvor den relationelle koordinering måles i projekternes indledende fase og ved projekternes afslutning. Der er med andre ord begrænset motivation for at påbegynde et ”konkurrerende” effektstudie, når en lang række elementer i projektprocessen fortsat står ubelyst hen. Herunder spørgsmål om; hvilke ledelsesmæssige udfordringer der er forbundet med en implementering af relationel koordinering? Og hvordan man gennemfører en proces med det formål at øge evnen til relationel koordinering i danske sundhedsfaglige organisationer? Det er det videnshul specialet dykker ned i. Men før vi gør det, er det på sin plads med en introduktion til konceptet: Relationel koordinering.

Fælles mål, fælles viden og gensidig respekt

Relationel koordinering er en metode til samarbejde omkring en kerneopgave. Metoden beskriver, hvordan samarbejde mellem fagprofessionelle på tværs af ledelsesområder har en positiv indvirkning på opgaveløsningens samlede kvalitet, effektivitet og de ansattes arbejdsglæde (Gittell 2009). Metoden er udviklet af Jody Hoffer Gittell, som er professor ved Brandeis University, tidligere direktør for MIT-leadership Center og direktør for det nyoprettede videnscenter Relationel Coordination Research Collaborative. Selv definerer Gittell relationel koordinering som, *”…en koordinering af arbejde ved hjælp af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt.”* (Gittell 2009:28). Metoden har den grundpræmis, at koordinering ikke blot er en teknisk proces; det er også en relationel proces. Hvor koordinering kan defineres som styringen af de indbyrdes afhængigheder mellem opgaver, defineres relationel koordinering som styringen af indbyrdes afhængigheder mellem de mennesker, der udfører disse opgaver (ibid.) Tværfaglige – og kollegiale relationer udgør således hjørnestenene i Gittell’s metode, der fremhæver koordinering af arbejdsprocesser gennem relationer som en overordnet ledelsesmæssig udfordring.

Men hvordan sikrer man gode relationer i form af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt? Gittell fremhæver fire kommunikative egenskaber, der er nødvendige for at øge den relationelle koordinering - Kommunikation skal være: Hyppig, rettidig, præcis og problemløsende. Er kommunikationen omkring en kerneopgave kendetegnet ved disse fire egenskaber har det ifølge Gittells forskning en positiv effekt på de interpersonelle relationer kendetegnet ved fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. Ligeledes har disse relationer en betydning for måden hvorpå vi kommunikerer, og således er relationer og kommunikation gensidigt påvirkelige. Ifølge Gittell er det i dette samspil mellem relationer og kommunikation, at positive synergieffekter som øget kvalitet, effektivitet og medarbejdertilfredshed opstår. Processen kan dog også udspille sig med modsat fortegn og resultere i et kontraproduktivt samarbejde. Indsatsen for at øge den relationelle koordinering bør derfor være koncentreret om alle syv egenskaber ved medarbejderens koordinering og kommunikation. Figur 1 illustrerer, hvordan man via en koordineret indsats, koncentreret omkring de syv egenskaber i første omgang, kan øge den relationelle koordinering for derigennem at nå de egentlige mål: at forbedre kvaliteten, effektiviteten og medarbejdertilfredsheden omkring en kerneopgave.

Figur 1: Bevægelse mod et produktivt samarbejde

**RELATIONER**

* **Funktionelle mål**
* **Specialiseret viden**
* **Manglende respekt**

**KOMMUNIKATION**

* **Sjælden**
* **Forsinket**
* **Upræcis**
* **Pegen fingre**

**RELATIONER**

* **Fælles mål**
* **Fælles viden**
* **Gensidig respekt**

**KOMMUNIKATION**

* **Hyppig**
* **Timet**
* **Præcis**
* **Problemløsende**

**KVALITET**

**MEDARBEJDER-**

**TILFREDSHED**

**EFFEKTIVITET**

Egen model med inspiration fra Gittell 2009

Relationel koordinering går altså ud på at kommunikere og koordinere med hinanden for at integrere egen opgaveløsning med andres med et overordnet fokus på at nå et fælles mål. Et fælles mål på tværs af funktioner og afdelinger, kræver fælles viden om den tværgående arbejdsproces i sin helhed. Ikke blot viden om egen funktion i processen. Det er derfor vigtigt at anerkende, hvordan andres opgaveløsning bidrager til den tværgående arbejdsproces og til det fælles mål. Derudover er det vigtigt aktivt at koordinere med andre, når egen opgaveløsning påvirker deres arbejde i den tværgående arbejdsproces. Lykkes det, er der evidens for en fundamental arbejdsprocesforbedring, der gør det muligt for en gruppe, en afdeling og på tværs af afdelinger, at øge effektiviteten og forbedre kvaliteten i kerneydelsen (Gittell 2009).

Ved at sætte fokus på vigtigheden af gode relationer og god kommunikation er formålet med relationel koordinering at skabe en sund kultur for videnformidling og samarbejde omkring en kerneopgave. Øvelsen med at øge den relationelle koordinering er derfor ikke et spørgsmål om at skabe gode relationer mellem specifikke individer, men et spørgsmål om at opbygge et kodeks eller en række normer for, hvordan man ud fra forskellige roller samarbejder om en given opgave (Gittell 2009: 19). Rollebaserede relationer har den fordel, at de ikke er forankret hos enkelte medarbejdere, og dermed ikke er sårbare overfor udskiftning blandt personalet. Ligeledes lader de rollebaserede relationer sig lettere nedfælde i arbejdskulturen og gør den enkelte medarbejder i stand til at udføre sin egen rolle med øje for den større proces, vedkomne er en del af. Indsatsen i forhold til at forbedre den relationelle koordinering initieres derfor ikke på individniveau, men på afdelings – eller afsnitsniveau med en forventning om, at de enkelte medarbejdere vil agere i henhold til den tværfaglige samarbejdskultur.

## Videnskabsteoretisk positionering

En introduktion til specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt tjener flere formål. For det første er det med til at skabe en forståelsesramme omkring ledelsesperspektivet i relationel koordinering. For det andet indgår den videnskabsteoretiske position i argumentationen for specialets metodiske fremgangsmåde. Det følgende afsnit er skrevet med inspiration fra Niels Jægerums artikel ”Det metaforiske lederskab” (2013). I artiklen giver Jægerum en introduktion til det videnskabsteoretiske domæne, hvor han kobler videnskabsteoretiske perspektiver med ledelsesmæssige orienteringsmetaforer og organisationsbilleder, der bl.a. gør det muligt at anskue ledelsesformer ud fra et videnskabsteoretisk ståsted.

Som ledelsesperspektiv har relationel koordinering rødder i *konstruktionismen*. Perspektivet har mange lighedspunkter med den nok mere velkendte socialkonstruktivisme, men i kontrast til socialkonstruktivismen opererer konstruktionismen ikke med dualismen mellem subjekt og objekt.

De videnskabelige discipliner, der bekender sig til konstruktionismen, har hovedfokus på sproget og de sociale processer og relationer, der skaber virkelighed. *Det*, der findes, er *det*, vi er enige om i en lokal kontekst. Der er med andre ord ingen universalisme, ingen subjektivitet og ingen objektivitet (Jægerums 2013). Tilbage er relationismen, de relationelt determinerede konstruktioner. Ifølge konstruktionismen afhænger menneskets handleformer ikke af internalisering af konventioner og tankestrukturer, men af relationer i de praksisfælleskaber vi deltager i. Jægerum definerer således konstruktionismens orienteringsmetafor som *imellem*, og det er derfor relationerne i fællesskabet, der er i centrum, når virkeligheden konstrueres. Sproget spiller en central rolle i det konstruktionistiske perspektiv, og specifikt fokuseres der på sprogets magt over virkeligheden indenfor givne praksisfællesskaber. Sprog er dermed en vigtig komponent i vores handlingsverden og er med til at konstituere det sociale liv.

Så, hvad betyder disse anskuelser i forhold til relationel koordinering? Først og fremmest er de med til at understrege, at *fælles mål* og *fælles viden* ikke er objektivt gældende. Vi nærmer os først en fælles forståelse, når problemer, målsætninger, viden etc. artikuleres i et fælles forum. En central øvelse for enhver forandringsproces med relationel koordinering bør således være at: etablere et fælles kommunikationsforum for medarbejdere involveret i og omkring en kerneopgave. Det er med andre ord essentielt, at forandringsprocessen ikke tager form af en ren ”top-down” proces, hvor visioner og retningslinjer udvikles og udstikkes fra de øvre ledelseslag alene.

Ofte formuleres strategier og visioner på det øverste ledelsesniveau, hvorefter den øverste ledelse informerer resten af lederne og efterfølgende medarbejderne om de planlagte ændringer og tiltag. Fremgangsmåden baserer sig på en traditionel sender-modtager-model, med en antagelse om, at man ved at informere klart og tydeligt om indhold og proces sikrer, at medarbejderne kender og forstår ændringen og vil begynde at handle derefter.

Vedkender man sig det konstruktionistiske perspektiv, vil man være tilbøjelig til at hævde, at dette ikke er muligt. Mennesker/medarbejdere er lukkede systemer, med selvstændige perceptioner, antagelser og erfaringer. Ud fra den betragtning er det modtageren, der bestemmer budskabet. Når topledelsen kommunikerer en vision eller ændring, vil medarbejderne skabe deres egne forståelser af det kommunikerede (Gergen 2010). *Det* ledelsen kommunikerer, vil f.eks. enten blive accepteret eller konstrueret som tåbeligt. Bliver dét ledelsen kommunikerer opfattet som tåbeligt, vil det naturligvis blive en udfordring at mobilisere samarbejdende processer til fordel for en mere effektiv praksis. Et vigtigt opmærksomhedspunkt ved indføring af relationel koordinering eller andre styringsværktøjer i en organisation er således, at medarbejderne kan se meningen med tiltaget. Den konstruktionistiske tilgang lægger derfor op til høj grad af involvering og dialog. Gennem involvering kommer nye perspektiver i spil, og samtidig lettes implementeringen, idet vi som mennesker/medarbejdere er mere tilbøjelige til at støtte initiativer, vi selv har været med til at udarbejde (Gergen 2010). Der er imidlertid også grænser for omfanget af involvering og dialog. Det er ofte en langsommelig og kompliceret proces at involvere en hel medarbejderstab i alle facetter af en forandringsproces, og det er derfor vigtigt for ledelsen at være skarp på, hvem der skal involveres i hvad og hvornår. Det er derfor en vigtig pointe, at dette speciale har en mere pragmatisk tilgang til konstruktionismen end Gergen, der bekender sig til en radikal version. Perspektivet inddrages, fordi det i samspil med andre perspektiver, kan være med til at skabe en nuanceret forståelse af den pågældende forandringsproces.

## Valg af design og metode

Det konstruktionistiske perspektiv spiller på flere måder ind i forhold til specialets metodiske overvejelser. Den konstruktionistiske præmis er med til at adskille specialets undersøgelsesmetoder fra den positivistiske forskningstradition, og den kvalitative tilgang betyder bl.a., at analytisk generaliserbarhed tilstræbes frem for statistisk generaliserbarhed og repræsentativitet. Det konstruktionistiske perspektiv vurderes hensigtsmæssig, da det kan være med til at afdække kontekstuelle sammenhænge i og på tværs af de organisatoriske enheder, der er involverede i forandringsprocesser med relationel koordinering. I modsætning til et effektstudie kan en forandringsproces med relationel koordinering ikke umiddelbart tolkes ud fra kvantitative data som eksempelvis liggetider, mortalitet og antal tilsyn. En detaljeret og dybereliggende forståelse af forandringsprocessen kræver kvalitative datakilder, der fortæller om de fænomener, der ikke kan vejes og måles. I forhold til at løse specialets problemformulering benyttes derfor et kvalitativt casedesign, da det vurderes som værende særligt anvendeligt i forhold til dybdegående at belyse de processer, mekanismer og ledelsesmæssige udfordringer, der er i spil, når der skal koordineres på tværs i sundhedsfaglige organisationer. Casestudiet er endvidere fordelagtigt, da det kan skabe en forståelse for den kontekst, hvori forandringsprocessen med relationel koordinering finder sted. Jf. det konstruktionistiske perspektiv opfattes konteksten som en central dimension i forandringsprocessen, da den er med til at forme betingelserne for de fagprofessionelles interaktion i udviklingen af relationel koordinering. Det kan diskuteres, hvorvidt der kan være problemer forbundet med at forene det konstruktionistiske perspektiv med *casestudiet*, der netop bekender sig til en opfattelse af, at “fænomener eksisterer” udenfor den menneskelige bevidsthed, og at de derfor kan studeres (Yin 2006). Viger man fra radikale versioner af konstruktivisme/konstruktionisme, til fordel for en mere moderat tilgang, der hævder, at kun den sociale verden eller dele af den er konstrueret, er en kobling mellem konstruktionisme som videnskabsteoretisk position og casestudiet mulig.

Projektets case er forandringsprocesserne i to konkrete delprojekter under det samlede projekt om relationel koordinering. Designmæssigt består casen af en komparativ analyse af de to projekter. Som det nærmere uddybes i kapitlet *Undersøgelsesdesign og metode*, anses den valgte case som værende særligt informationsrig i forhold til at studere de udfordringer og processer, der gør sig gældende i etablering af tværfaglige og tværorganisatoriske samarbejder.

Metodologisk læner specialet sig op ad den *abduktive metodologi*, der søger at integrere elementer fra både teori-testning og teoriopbygnings. Grundtanken er, at man ikke forudsætningsløst kan studere et empirisk felt, og at det derfor er vigtigt at være sig bevidst om, hvilke teoretiske præmisser man bærer med sig i beskrivelsen og fortolkningen af feltet (Maaløe 2002). En større forståelse af det studerede felt forsøges dermed opnået gennem afvisning, bekræftelse og udvikling af den valgte teoriramme. Fremgangsmåden for specialet skrider således frem efter to bevægelser: Dels efter en deduktiv tilgang der med udgangspunkt i den valgte teoriramme søger at forklare sammenhænge i de empiriske observationer, og dels efter en induktiv inspireret tilgang, der ud fra de empiriske observationer løbende reflekterer over og nuancerer den anvendte teoriramme. Hensigten med denne fremgangsmåde er at udnytte casestudiets muligheder for at gøre opmærksom på eventuelle utilstrækkeligheder i det teoretiske grundlag samt øvrige forudsætninger for undersøgelsen, for dernæst at belyse årsagen til den manglende forklaringskraft (ibid.).

Metodisk benyttes kvalitativ metode, da den i højere grad end den kvantitative fremgangsmåde er sensitiv overfor den kompleksitet, det empiriske genstandsfelt rummer (De Vaus 2004). Konkret udmønter det empiriske grundlag sig i semistrukturerede interview med medlemmer af projektledelserne fra de to organisatoriske delprojekter. Grunden til at det netop er projektledelserne og ikke top – og afdelingsledelsen, der er udgangspunktet for analysen er, at projektledelserne i kraft af den daglige ledelse af projekterne befinder sig ”midt” i forandringsprocesserne. Projektledelserne skal forholde sig til udfordringer, der kommer både oppe, nede og udefra, og derfor betragtes dette mellemlederniveau som det umiddelbart bedste udgangspunkt i forhold til at undersøge de ledelsesmæssige udfordringer.

Der er foretaget interview med projektledelserne under og efter de respektive projektforløb. Registreringen af respondenternes oplevelse sker således over to omgange. ”Under - og eftermålingerne” udføres efter tilnærmelsesvis samme spørgeguide, men hvor de indledende interview har fokus på at indfange de umiddelbart registrerede udfordringer, har de opfølgende interviews et mere reflekterende og tilbageskuende fokus. Metoden er dermed retrospektiv og ikke-intervenerende i direkte form. Efter hver interviewrunde sendes de transskriberede interview til godkendelse hos respondenterne, hvorefter de anvendes i specialets analyse i delvis anonymiseret form. Empirisk suppleres analysen med mødereferater, officielle dokumenter omkring projektet samt caserapporter foretaget af Kasper Edwards, seniorforsker DTU, der i forbindelse med projektets officielle evaluering løbende udarbejder statusrapporter.

## Teoretisk ramme

Forandringsledelse og ændringsstrategi

Organisationer i al almindelighed, og sundhedsfaglige organisationer i særdeleshed, udgør betydningsfulde byggeklodser i vores samfund. Organisationer bestemmer i høj grad, hvilke initiativer der på kort og mellemlang sigt fremmes eller forbigås, og netop derfor opstår tanken om og behovet for organisationsforandring (Borum 1995:12). Der findes mange forskellige måder at kategorisere organisatoriske forandringer på, men i litteraturen er der bred enighed om, at de to mest betydningsfulde er *den planlagte* og *den emergente* tilgang til forandring (Aggerholm & Salomonsen forthcoming). *Den planlagte forandringstilgang* ser det som ledelsens opgave at identificere udfordringer og dernæst implementere løsningsmodeller, der kan afhjælpe udfordringerne og effektivisere procedurer. I den optik er forandringer noget midlertidigt, der hører op, når organisationen er fastfrosset i sin nye praksis (ibid.). *Den emergente forandringstilgang* er opstået som reaktion mod den planlagte forandringstilgang, og den tolker forandring som en igangværende, løbende og dynamisk proces, der ikke har et eksakt start – og sluttidspunkt. Forandring kan forekomme uforudsigeligt og uplanlagt, og dermed iværksættes forandring ikke blot på initiativ fra ledelsen, men også fra medarbejdere og omgivelser. *Den emergente forandringstilgang* betoner ikke i samme grad ledelsesrummet i forhold til forandringsprocesser og fremhæver i stedet medarbejderne som ’forandringsgenerator’ (ibid.). De to forandringsforståelser opstilles således ofte som et valg mellem en ”top-down” eller ”buttom-up” tilgang. Helt så firkantet behøver det ikke nødvendigvis at blive sat op. Nyere forskning (Aggerholm & Salomonsen forthcoming) lægger op til et teoretisk kompromis mellem de to tilgange. En diskussion der vil blive udrullet i det senere teoriafsnit.

Hvad enten man læner sig op ad den planlagte eller emergente forandringsforståelse, er det vigtigt at fremhæve, at forandringsprocesser ikke uproblematisk kan planlægges, implementeres og ledes. Som eksempelvis Leavitt-Ry Modellen illustrerer, er organisationsændringer komplicerede processer, der påvirkes af mange faktorer og forhold bl.a. struktur, kultur opgaver/mål, teknologi, aktører, omgivelser etc. (Nielsen & Ry 2002). I bestræbelserne på at forstå og tøjle organisatoriske forandringsprocesser har forandringsledelse gennem tiden udviklet sig til et tværvidenskabeligt forskningsfelt og en selvstændig faglig disciplin.

Blandt de klassiske teoretikere indenfor feltet finder man Kotter, Lewin og Schein, som har leveret teoretiske forandringsledelsesmodeller i henholdsvis en 8-trinsmodel (Kotter 1995) og en 3-fasemodel (Lewin-Schein 1992). Modellerne er begge velegnede i forhold til at belyse de udfordringer, der kan opstå i organisatoriske ændringsforløb, og dermed også velegnede til at fremhæve hvilke faser, en organisation skal igennem for at imødegå problemer i forandringsforløbet. Begge modeller baserer sig på den planlagte forandringsforståelse og dermed en top-down tilgang, hvor selve processen har et klart defineret mål styret af ledelsen. En forskel mellem Kotters og Lewin-Scheins model er, at Kotter opererer med et tidsperspektiv, idet han lægger tidsbegrænsninger for de enkelte faser i forandringsprocesser. Tidsperspektivet optræder ikke i Lewin-Schein modellen, der alene har fokus på processen.

Lewin-Scheins 3-fasemodel indgår som del af specialets teoriapparat. Dette valg har to primære begrundelser: *For det første* har forandringsprocesserne med relationel koordinering karakter af, hvad man kan betegne som kulturprojekter. Herved forstås at projekterne sigter mod at ændre/forbedre kulturen, og ændre de til dels uformelle retningslinjer, for samarbejdet omkring de definerede kerneopgaver. Ganske vist er målsætningerne for projekterne at forbedre effektiviteten og kvaliteten i det udførte arbejde, men disse målsætninger er relativt langsigtede, hvorfor det kan være problematisk at arbejde med en klart defineret tidshorisont for projekterne og deres effekter.

*For det andet* er den overordnede projektledelse, der varetages af Region Nordjyllands HR-afdeling, ikke overraskende, slået an efter den humanistiske ændringsstrategi, som i høj grad baserer sig på Lewin-Scheins 3-fasemodel. Denne strategi er bl.a. kommet til udtryk i den undervisning de respektive projektledelser har modtaget af Regionens konsulenter. Her undervises bl.a. i 3-fasemodellen, proceskonsultation, crazy-time-modellen (en lettere forsimplet version af Satirs model ”The proces of change and adjustment”) og fair-proces. Elementer der alle kan placeres indenfor det humanistiske perspektiv på forandringsledelse.

I teoriapparatet diskuteres Lewin-Scheins model op imod Weick og Quinns bud på en 3-fasemodel for organisatorisk forandring. Weick og Quinn (1999) beskriver den emergente forandringsproces ud fra en tilsvarende tre-trin-model, der blot udspiller sig med modsat fortegn. Faserne har den modsatte rækkefølge: I stedet for *optøning → forandring → fastfrysning* er forandringen kendetegnet ved en bevægelse der går fra *fastfrysning* via *re-balancering* til *optøning.* Formålet med at diskutere de to perspektiver op imod hinanden er at skabe en nuanceret forståelse for de bevægelser, aktører og ledelsesmæssige udfordringer samt muligheder, der spiller ind i forhold til en forandringsproces med at forbedre evnen til relationel koordinering.

Forandringstyper

Udover at orientere sig i forhold til forandringsforståelse og ændringsstrategi er et centralt element i undersøgelsen af forandringsprocessen med relationel koordinering at definere, hvilken type af forandring, der er tale om. Forandringer kan udspille sig som store reformer eller mindre justeringer, og i den sammenhæng taler man om første og anden ordens forandring (Palmer & Dunford 2009:86). I managementlitteraturen skelnes der traditionelt mellem *første ordens forandringer*: som kontinuerlige inkrementelle justeringer og *anden ordens forandringer*: som transformerende, revolutionerende og radikale forandringer. For begge forandringstyper gælder det, at de kan udrulles som proaktive eller reaktive processer (Nadler & Tushman i Palmer & Dunford 2009; 87). Dermed kan organisatoriske forandringer inddeles efter i fire forandringskategorier:

1) *Første ordens justeringer* – inkrementelle proaktive forandringer, der iværksættes for at imødekomme pres fra institutionelle omgivelser

2) *Første ordens tilpasninger* – adaptive forandringer, der opstår som reaktion på forandringer i andre organisationer inden for samme praksisfelt.

3) *Anden ordens re-orientering* – radikal modificering af praksis indenfor organisationens eksisterende rammer.

4) *Anden ordens rekreation* – radikal ændring af praksis og brud med de eksisterende rammer og retningslinjer.

I forhold til at fastslå hvilke forandringstyper der kendetegner forandringsprocesserne i de to delprojekter behandlet i dette speciale, skal der tages højde for en række faktorer. Derfor vil forandringstyperne blive defineret i analysen, hvor de nærmere forhold for de enkelte cases præciseres.

 Organisatorisk kontekst

Et centralt element i analysen af forandringsprocesser med relationel koordinering er en forståelse af den organisation, eller nærmere det organisatoriske felt, som forandringerne udspiller sig i. Organisationstype, institutionelle omgivelser, værdier og styrende logikker indenfor feltet er blandt de forhold, der er determinerende for, hvordan forandringen bliver opfattet og modtaget. Forandringens egentlige indhold er dermed blot en lille (synlig) del af det ”organisatoriske isbjerg”, der udgør den samlede forandringsproces (French & Bell 1978).

Sundheds – og sygehusfeltet er ét af de klassiske ombejlede genstandsfelter indenfor sociologi og organisationsteori. Det skyldes ikke mindst sektorens systemvigtige position og størrelse. Udover de socioøkonomiske bevæggrunde er der dog også en lang række andre årsager til, hvorfor det ud fra et organisationsteoretisk perspektiv, er interessant at beskæftige sig med netop dette felt. Sygehusorganisationen kompleksitet i opgaver, teknologi, strukturer og aktører har tiltrukket mange organisationsforskeres interesse (Mintzberg 1979), og derfor er feltet velbelyst, når det kommer til forandringsprocesser og ikke mindst i forhold til modstand mod forandring.

Sundheds – og sygehussektoren befinder sig i komplekse omgivelser og arbejder indenfor en vilkårsramme, der gør, at ledelse og forandring af sektoren og de enkelte sygehuse er særligt udfordrende. Eksterne krav fra de institutionelle omgivelser kombineret med en hastig teknologisk udvikling, og mange store komplekse organisationsenheder skaber interne og eksterne udfordringer i forhold til forandring (Borum 2003).

Økonomisk og politisk er sektoren pålagt rammebevillinger, behandlingsgarantier, nationale målsætninger og resultatstyring, der mindsker manøvrerummet for den enkelte sygehusledelse. Faglige netværk som eksempelvis lægeforeninger og sygeplejeforeninger søger også at påvirke sygehusenes virke, og disse faggrupper, særligt lægerne, har traditionelt haft stor indflydelse på både den daglige drift og udvikling. Hertil kommer hensynet til sygehusets brugere, primært patienter og pårørende, som både kan have forventninger og stille krav til den behandling, der tilbydes. Brugerne har fået flere rettigheder og bliver i stigende grad involveret i behandlingsforløb og evaluering af disse (ibid.). Endeligt udgør medierne en væsentlig faktor i sygehusenes omgivelser. Sygehusene og det politiske system over dem kan ikke i længere tid sidde negative forsidehistorier om fejl, ventelister og dårlig patient-oplevet kvalitet overhørig.

Udover sundheds – og sygehusfeltets institutionelle omgivelser er også opgavesammensætningen indenfor feltet med til at diktere strukturer og kulturer. Kompleksitet i opgaver forudsætter et vidt spænd i kompetencer, og det er med til at skubbe i retning af arbejdsdeling og specialisering på flere niveauer: mellem sektorer, mellem sygehuse, mellem afdelinger og mellem individer. En specialisering der medfører stor variation i aktørernes informationsgrundlag, synsvinkler og prioriteringer, hvilket kan resulterer i manglende fælles værdier og målsætninger, der kan sikre at forskellige aktiviteter har en fælles retning og ikke modarbejder hinanden (Borum 1999:19). Opgavekompleksiteten afføder diversitet og skaber dermed også potentiel modstand mod forandring. En modstand der forventeligt må opstå, når en forandringsproces mod øget tværfaglighed og fælles målsætninger initieres i en hierarkisk opdelt arbejdskultur på sygehusene, hvor specielt lægeprofessionen er orienteret mod monofaglig udvikling og professionsfaglige arbejdsværdier.

Opsamling

I dette afsnit er der redegjort for det teoretiske udgangspunkt for at studere forandringsprocessen med relationel koordinering i den udvalgte case. De teoretiske perspektiver på *strategi*, *forandringstyper* og *organisatorisk kontekst* er valgt ud fra en praksisforståelse af og forhåndsforventninger til, hvilke faktorer der spiller ind, når forandringsprocesser udrulles i sundhedsfaglige organisationer. Perspektiverne uddybes og operationaliseres i opgavens egentlige teoriafsnit, men for nu kan det nævnes, at perspektiverne giver anledning til refleksion omkring tre forhold: 1) Forandringens karakter, 2) organisationen, herunder organisationstype og typen af medarbejdere og 3) omgivelsernes forventninger og krav.

# Kontekstualisering

En forandringsproces med relationel koordinering eller en hvilken som helst anden forandringsproces, kan ikke forstås og fortolkes isoleret. En analytisk udredning fordrer et kendskab til den kontekst, hvori forandringen gennemføres, samt et kendskab til de overvejelser, der ligger bag forandringsprocessen. I dette kapitel vil relationel koordinering som koncept til udvikling og sikring af sundhedsorganisationers kvalitet blive præsenteret yderligere. Desuden redegøres der for tilgangen *til* og målsætningerne *for* arbejdet med relationel koordinering i de enkelte delprojekter. Endvidere vil der blive redegjort for sideløbende forandringsprocesser i organisationen. Processer der potentielt påvirker delprojekterne med relationel koordinering. Endeligt opridses kort historiske styrings- og ledelsesrationaler, da det formodes, at denne institutionaliserede kontekst kan have en betydning for de projektprocesser, der studeres på mikroniveau.

## Begrebsafklaring

Relationel koordinering er et multifacetteret begreb, og termen benyttes ofte i vidt forskellige sammenhænge. Her følger en kort redegørelse for nogle de mest hyppige begrebsanvendelser og en præcisering af dette speciales anvendelse af begrebet.

Relationel koordineringsteori

Teorien belyser den relationelle arbejde proces, der ligger til grund for en teknisk arbejdsproces. En grundlæggende antagelse er, at en effektiv opgavevaretagelse ikke blot afhænger af ledelsen af ​​indbyrdes afhængighed mellem opgaver, men også af forvaltningen af ​​indbyrdes afhængighed mellem de mennesker, der udfører disse opgaver. Teorien bygger på tidligere forskning i relationers betydning for koordinering af arbejde (Weick, Roberts, Faraj et al.). Som teori anerkender relationel koordinering, at menneskers identitet er socialt konstrueret gennem relationer til andre, og at identiteter og måden hvorpå mennesker samarbejder derfor kun kan forstås i lyset af interpersonelle relationer (Gittell 2009:19). I kontrast til andre teorier indenfor området, definerer relationel koordinering tydeligt indholdet af ​​de relationer, hvorigennem koordination forekommer. Relationer bør bygge på 1) *fælles mål*, der rækker udover de involverede fagpersoners funktionelle mål, 2) *fælles viden*, som giver fagpersonerne mulighed for at se, hvordan deres egen og andres opgaveløsning spiller ind i den samlede proces, og 3) *gensidig respekt*, der gør det muligt for medarbejderne at overvinde statusbarrierer, der forhindrer dem i at se og tage hensyn til andres opgavevaretagelse. Sammen forstærker og bliver disse tre relationelle dimensioner forstærket af en kommunikation, der er *hyppig*, *rettidig*, *præcis* og *problemløsende*.

Relationel koordinering som værktøj

Udover at være et teoretisk perspektiv er relationel koordinering også et konkret set af værktøjer til at måle og analysere kommunikation og relationer i netværk, hvor arbejde koordineres på tværs af funktionelle og organisatoriske skel. Som værktøj arbejder relationel koordinering med at indfange koordinering på tre niveauer: 1) Koordinering mellem de operative medarbejder (relationelle koordinering), 2) mellem medarbejdere og patienter (relationel samproduktion), og 3) mellem medarbejdere og deres ledere (relationel ledelse). Denne funktionelle dimension af relationel koordinering er dermed et anvendeligt redskab i forhold til at forstå de relationelle processer, der præger samarbejdet omkring en kerneopgave.

Relationel koordinering som metode

Denne forståelse af begrebet koncentrerer sig om de praksistiltag, der er nødvendige for at igangsætte den gensidigt forstærkende proces af interaktion mellem kommunikation og relationer. Relationel koordination er her et spørgsmål om, hvordan man i praksis koordinerer arbejde gennem relationer kendetegnet ved *fælles mål*, *fælles viden* og *gensidig respekt*, støttet af *hyppig, rettidig, præcis* og *problemløsende kommunikation*. Denne tilgang til begrebet fokuserer på oversættelsen af konceptet, så det giver mening i lokale kontekster. Det er primært denne sidstnævnte udlægning af konceptet, dette speciale har fokus på, og i det følgende beskrives oversættelsen af relationel koordinering til et projektsetup.

## Relationel koordinering på nordjysk

Det overordnede projekt om relationel koordinering er bygget op om 10-15 organisatoriske delprojekter på henholdsvis Glostrup Hospital og Aalborg Universitetshospital. I dette afsnit introduceres de to organisatoriske delprojekter, der er omdrejningspunktet for specialets case.

Koordinering af samarbejdet omkring medicinske problemstillinger hos ortopædkirurgiske patienter

På Ortopædkirurgisk Afdeling indlægges et relativt stort antal patienter, der også har en medicinsk diagnose; eksempelvis diabetes eller hjerte-/lungesygdomme. Traditionelt er samarbejdet mellem ortopædkirurgien og de medicinske afdelinger omkring denne patientgruppe foregået på tilsynsbasis, hvor medicinske specialer er tilkaldt i det omfang, det ortopædkirurgiske personale ikke har været i stand til at identificere eller behandle en given problemstilling. Bevæggrunden for projektet har været at realisere det potentiale et anderledes og tættere samarbejde mellem Endokrinologisk og Ortopædkirurgisk Afdeling vil have. Primært i forhold til at forbedre kvaliteten af de enkelte patientforøb.

Konkret har projektet haft to overordnede formål:

1. At etablere et samarbejde omkring den ortopædkirurgiske patient med medicinske problemstillinger, der bygger på en gensidig forståelse af patientforløbet som et fælles anliggende mellem de to afdelinger med et ligeværdigt ansvar for at sikre patienten et optimalt indlæggelsesforløb, der tager højde for alle facetter af patientens sygdomsbillede.
2. At få skabt gode og bæredygtige samarbejdsrelationer på tværs af de to afdelinger og de implicerede faggrupper.

Konkret er samarbejdet bygget op om en medicinsk stuegang på de ortopædkirurgiske sengeafsnit, hvor endokrinologer i samarbejde med ortopædkirurger gennemgår patienter med komorbiditet.

Et af formålene med samarbejdet har været, at de medicinske problemstillinger identificeres og behandles på et tidligere stadie, så det enkelte patientforløb forkortes, og patienten spares for yderligere komplikationer.

I forhold til relationel koordinering har projektet rettet fokus mod at forbedre kommunikation og relationer. Tidligere foregik kontakten mellem de to afdelinger kun på tilsynsbasis, og ofte først når problemstillingen var forsøgt håndteret i Ortopædkirurgisk Afdeling. Desuden var kommunikationen mellem de to specialer ofte forsinket. De endokrinologiske speciallægers daglige gang på de ortopædkirurgiske sengeafsnit vil naturligt øge hyppigheden af kommunikationen, der tilsvarende vil blive mere præcis i kraft af, at den direkte dialog indskærper opmærksomheden på de medicinske problemstillinger. Endeligt kan kommunikationen betragtes som problemløsende, fordi den tilvejebringer relevant viden om, hvordan der skal tages hånd om givne problemstillinger.

Ensartet tilbud til patienter med KOL på Aalborg Sygehus

Med udgangspunkt i tallene fra Det nationale indikatorprojekt (NIP) har Lungemedicinsk Afdeling på Aalborg Sygehus (nu universitetshospital) gennem de senere år arbejdet målrettet med at løfte kvaliteten i den behandling der ydes til afdelingens KOL-patienter. Resultatet af forløbet er, at KOL-patienter indlagt på Aalborg Sygehus får en evidensbaseret behandling på højeste niveau set såvel nationalt som internationalt. Tilsvarende ønsker Medicinsk Afdeling, Dronninglund (der er en del af Aalborg Sygehus) at intensivere fokus på kvaliteten i behandlingen til denne patientgruppe. Med henblik på at højne kvaliteten af behandlingstilbuddet i Dronninglund er projektet derfor bygget op omkring et samarbejde mellem de to afdelinger.

Relationel koordinering ses i projektet som et væsentligt bidrag i forhold til at sikre, at læringsprocessen mellem de to afdelinger sker med udgangspunkt i en fælles tilgang til projektet, der baserer sig på Gittells parametre vedr. fælles mål, fælles viden og gensidig respekt samt en problemløsende tilgang.

Projektet handler om vidensoverførsel fra en højtspecialiseret lungemedicinsk afdeling til en generel medicinsk afdeling med det formål at sikre et lokalt forankret tilbud på højt fagligt niveau til en stor kronikergruppe. Det vil ikke alene betyde, at patienter kan behandles tættere på deres hjem, men også en aflastning af Lungemedicinsk Afdeling i Aalborg.
Projektets strategi har været at etablere en kommunikations – og vidensplatform mellem de to afdelinger, således at personalet i Dronninglund bliver bedre rustet til at behandle patienter med KOL. Konkret er projektet bygget om omkring en række besøg på Lungemedicinsk Afdeling, hvor personalet fra Dronninglund introduceres til og undervises i de senest opdaterede behandlingstilbud til patienter med KOL. Yderligere indebærer projektet et nyt tilbud til KOL-patienter i Dronninglund, i form af varmfugtet-ilt-behandling, der bl.a. mindsker risikoen for lungebetændelse. Alene dette tiltag betragtes af projektledelsen som et kvalitetsløft.

I forhold til Gittells underdimensioner har *fælles viden* været omdrejningspunktet for projektet, der ikke alene har koncentreret sig om faglig viden, men også om viden i den forstand, at personalet ved, hvem der kan kontaktes, hvis et behov for information opstår. Det forudsætter dels en relation, men også en fælles viden om, hvem der kan byde ind i forhold til det enkelte patientforløb.

## Sideløbende forandringsprocesser

I september 2010 vedtog Nordjyllands Regionsråd at iværksætte et tiltag, der skulle komme med en samlet beskrivelse af henholdsvis en ensartet centerstruktur og ledelsesmæssig organisering i det fremtidige Nordjyske sundhedsvæsen (*Oplæg til fremtidig klinisk ledelsesmæssig organisering, Aalborg Sygehus 2012*). Beslutningen skal ses som resultat af flere bevægelser: Bl.a. at Aalborg Sygehus ville blive omdannet til et universitetshospital, og at generelle udviklingstendenser har medført at sygehusene er blevet færre og større. Hertil er der i stigende grad blevet indført pakkeforløb på eksempelvis kræftområdet og hjerteområdet, der stiller stadigt højere krav til effektive og kvalitetsorienterede patientforløb. Den nye organisering, der er gået under betegnelsen FLO (fremtidens ledelsesmæssige organisation), har primært været styret efter tre hovedprincipper:

* *Centerdannelse*
* *Patientperspektiv*
* *Modernisering af klinisk ledelse*

Formålet med centerdannelsen eller rettere klinikdannelsen, har været at samle de medicinske specialer, der fagligt og patientforløbsmæssigt hænger godt sammen. Strukturen i disse klinikker er således præget af en faglig relevant specialesammensætning, der samtidigt tager hensyn til patientforløbet. Hensigten har dermed været, at flere patientforløb end tidligere vil foregå indenfor samme enhed, og antallet af patientovergange mellem afdelinger derved reduceres. Konkret er klinikstrukturen på regionens sygehuse endt med at bestå af otte forskellige enheder (ibid.).
De nye klinikker er ikke blot større og mere sammenhængende enheder, de ledes også på en ny måde, der i højere grad end tidligere har fokus på den tværgående og horisontale ledelse. I den gamle struktur, var det en ledende overlæge og en oversygeplejerske, der hver især havde ansvaret for henholdsvis det lægefaglige og det sygeplejefaglige arbejde på hver afdeling. Med den nye struktur, der har været gældende fra den 01.01.2013, er ledelsesområderne anderledes, ligesom der er tilføjet et nyt område. Inden for hver af de otte nye klinikker er der således en *klinikchef*, en *forløbsansvarlig viceklinikchef* og en *HR-ansvarlig viceklinikchef*.

I forhold til ’kulturprojektet’ om at øge den relationelle koordinering, skal FLO betragtes som en sideløbende strukturel forandringsproces. I den forstand kan relationel koordinering og den nye ledelsesorganisering betragtes som de to hovedindsatser, der sammen skal understøtte Region Nordjyllands overordnede målsætning om at sikre sammenhæng i patientforløb.

## Styringsrationaler i sygehussektoren

I litteraturen skelnes der traditionelt mellem tre styringsrationaler indenfor sygehussektoren: Det politisk/offentlige styringsrationale, det klinisk/professionelle styringsrationale og det markedsbaserede styringsrationale (Vrangbæk i Zeuthen et al. 1999). Formålet med at introducere de forskellige styringsrationaler i en historisk udviklingskontekst er at skabe en forståelsesramme for hvilke organisatoriske udfordringer og løsningsmodeller, der i en given tid opfattes som gældende. Styringsrationaler er dermed vigtige for legitimering og delegitimering af forskellige forandringstiltag og måder at organisere sig på (ibid.).

Skiftende rationaler præger den sygehusorganisatoriske udvikling

Optil til 1970'erne var den danske sygehussektor styret af de centrale sundhedsmyndigheder i et tæt samarbejde med lægeprofessionen, der havde en høj grad af professionel autonomi i forhold til planlægning og udvikling af sektoren. I 1970'erne blev sundhedssystemet reformeret, og ansvaret for driften blev placeret hos de daværende amter. I den ombæring mistede den medicinske profession sit monopol på styring af det lokale sygehusniveau, men havde fortsat en dominerende position på samfundsniveau (Kragh Jespersen 2008:11). I perioden optil og op gennem 1970’erne var udviklingstendenserne i sygehussektoren primært drevet af det politisk/offentlige og det klinisk/professionelle styringsrationale, med periodiske udsving i forhold til hvilke rationale der var dominerende.

I løbet af 80’erne oplevede den offentlige forvaltning, herunder sygehussektoren, en stigende udbredelse af markedsorienterede tiltag inspireret af ledelsesmodeller fra den private sektor og markedsbaserede incitamentsstrukturer. New Public Management blev samlebetegnelse for denne markedsgørelse, der kom til at dominere forandringstendenserne i det offentlige op gennem 90’erne og det første årti efter årtusindskiftet. Det markedsbaserede styringsrationale har i denne periode vundet større indpas i forhold til forandringsimpulserne i sygehusvæsenet, men har ikke fortrængt de øvrige rationaler (Vrangbæk i Zeuthen et al. 1999:39).

Denne korte historiske gennemgang viser, at de forskellige rationaler over tid skiftes til at dominere sygehussektorens udvikling. Men hvad kendetegner så disse rationaler? I det følgende skitseres kort hovedelementerne i de tre styringsrationaler.

Det klinisk/professionelle styringsrationale

Rationalet er tæt forbundet med lægeprofessionens selvopfattelse og kan illustreres ved følgende karakteristik af professionen: *”det er en beskæftigelse, der regulerer sig selv gennem systematisk obligatorisk træning/uddannelse og kollegial disciplin. Den har base i teknisk specialiseret viden og den har service frem for profitorientering indskrevet i sin etiske kode”* (Vrangbæk i Zeuthen et al. 1999:36). Den organisatoriske opfattelse som følger heraf er et dobbelt hensyn: Organisationen skal sikre faglig klinisk udvikling og autonomi, ligesom den skal tilbyde den bedst mulige behandling til den enkelte patient. Traditionelt er den hierarkiske struktur blevet opfattet som den mest effektive organisationsform, og handlerammerne for den enkelte aktør er derfor i høj grad præget af hensyn til udvikling og anvendelse af objektiv videnskabelig viden. For sygehusledelser og andre administrative led vil handlerummet være rettet mod at understøtte den kliniske udvikling og opgavehåndtering uden at stille spørgsmålstegn ved den klinisk-faglige autoritet ved planlægning og udførelse (ibid.).

Det politisk/offentlige styringsrationale

Webers ideal om den neutrale og rationelle forvaltning er udgangspunktet for det politisk/offentlige rationale, der vægter hensynet til befolkningen som helhed og den samfundsmæssige nytte frem for det enkelte individs situation og præferencer. Blandt nøglebegreber i rationalet er: demokrati, fællesskab, effektivitet, bureaukrati, magt og forhandling. Heraf udspringer en organisationsopfattelse, af en forvaltning, der søger at få mest mulig kollektiv nytte af de offentlige ressourcer. I den optik skal sygehusorganisationerne ikke opfattes som konkurrenter, men som kollegaer indenfor samme felt. Handlingsrammerne for den enkelte aktør varierer alt efter, hvor i organisationen man befinder sig. Forvaltningens rolle er at implementere de politisk bestemte tiltag, mens sygehusledelsens opgaver retter sig mod koordinering af den daglige drift samt formidling af beslutninger fra oven og information fra neden (Vrangbæk i Zeuthen et al. 1999:39). For ansatte i organisationens operative led er opgaveløsningen orienteret mod at udføre de faglige opgaver indenfor de udstukne rammer. Fagligheden er her underlagt kravet om ”befolkningens almene helbred”, og fokus er dermed ikke lagt på den enkelte patients præferencer (ibid.). Endeligt er patientens rolle reduceret til en passiv modtager af systemets ydelser. Mulighed for at påvirke sygehusorganisationens virke går således igennem den demokratiske beslutningsproces ved eksempelvis regionsrådsvalg.

Det markedsbaserede styringsrationale

Udgangspunktet for det markedsbaserede styringsrationale er forestillingen om det rationelle og nyttemaksimerende individ (homo economicus). Aktører vil ikke indgå en handle, medmindre de kan drage fordel heraf, eller som minimum ikke stilles dårligere som følge deraf. Udover en fysisk udveksling er handel også en konvertering af markedsværdi til højere personlig værdi, hvilket medfører en aggregeret maksimering af nytte (Vrangbæk i Zeuthen et al. 1999:35). I rationalet ligger således også tanken om det ideelle marked, fri for monopoler og monopsier, hvor autonome og frie aktører har fuld information om relevante parametre omkring markedssituationen.

Fortællingen om det effektive marked og markedsbaserede organisationsformer ses ofte i modsætning til de træge og ineffektive offentlige organisationer, der kan være præget af professioners dominans og monopolisering af viden (ibid.). Vigtige styringsparametre indenfor rationalet er derfor valgfrihed og ”exit-option” blandt organisationens brugere/kunder (patienter). Tilsvarende er etablering af individuelle incitamentsstrukturer centrale elementer i rationalet. Konkret er markeds – og konkurrenceorienteringen kommet til udtryk i form af politiske beslutninger om eksempelvis ”det frie sygehusvalg”, DRG-takster, fokus på kvalitetssikring og udliciteringer af service og behandlingsopgaver. Opfattelsen af organisationen som arena for intern konkurrence og som deltager i ekstern konkurrence med andre organisationer inden for samme felt, er med til at præge handlingsrammerne for den enkelte aktør, der tilsvarende må agere efter markedsprincipper. For sygehusledelser handler det eksempelvis om at placere organisationen strategisk på ’markedet’ og drive organisationen som en virksomhed ved at fremme intern konkurrence. For den operative medarbejderkerne handler det om at maksimere indsatsen i forhold til de markedsorienterede konkurrenceparametre. En øvelse der ofte er associeret med ”at løbe stærkere”. Den service – og klientorientering, der ligger i rationalet øger, patienternes indflydelse på eget behandlingsforløb, og for patienterne handler det om at træffe informerede valg mellem forskellige sygehuse, afdelinger og behandlere.

Opsamling

De tre styringsrationaler er ikke afspejlinger af virkeligheden, men skal opfattes som en slags weberianske idealtyper, der kan bidrage som indspil i forhold til at tolke udviklingstendenser og forandringsprocesser i sundhedsvæsenet. Det er forudsat, at flere rationaler kan eksistere samtidig, men at nogle over tid vil være mere dominerende end andre. Rationalerne kan således kobles på en paradigmatisk forståelse af styringstendenserne i den offentlige sektor (Lerborg 2011). Her skelnes der mellem fire grundparadigmer: *Det humanistiske*, *det professionelle*, *det bureaukratiske* og *New Public management*. Styringsparadigmerne er tilnærmede modeller for, hvordan konstituerende tankemønstre i den sociale praksis afgør, hvad der er problemer, hvilke styringsteknologier der kan afhjælpe problemerne, og hvilke processer der i den sammenhæng er legitime (Lerborg 2011:35). I kontrast til naturvidenskaberne, hvor det typisk er et enkelt paradigme, der dominere en tidsepoke, kan paradigmer i socialvidenskaberne godt eksistere samtidigt (ibid.). I praksis eksisterer der således forskellige hybrider af paradigmerne, og det er formentligt med udgangspunkt i en sådan hybrid, at casen for dette speciale skal belyses. Man kan argumentere for at brugerperspektivet har udviklet sig fra at være en underdimension i de traditionelle styringsrationaler til at være et selvstændig rationale, der henter tankegods i de forskellige paradigmer. Borum (2003) har således udvidet rationaleforståelsen til også at omfatte *brugerrationalet*, der bl.a. karakteriseres ved en høj grad af patientinddragelse, og strukturer der understøtter sammenhæng i patientforløb (Borum 2003:72). Det er bl.a. med afsæt i denne forståelse specialet vil analysere forandringsprocessen i de to delprojekter.

# Teoriapparat

I dette kapitel uddybes projektets teoriapparat, som kort blev skitseret i det indledende kapitel. Indledningsvis præciseres den planlagte forandringsforståelse i form af Lewin-Scheins 3-fasemodel for organisatorisk forandring. Hernæst introduceres Weick og Quinn’s fasemodel, som repræsentant for den emergente tilgang til forandring. Efterfølgende vil de to tilgange blive diskuteret med henblik på at lave en teoretisk opsamling, der tager højde for både ”top-down” og ”bottom-up” bevægelser i forandringsprocessen med relationel koordinering.

## Den planlagte forandringstilgang

Den planlagte tilgang til forandring bygger på en forståelse af organisationer som (delvist) lukkede systemer og forandring som en midlertidig undtagelsestilstand. Den ledelsesmæssige udfordring består i at initiere og styre forandringsprocesser, der skal afhjælpe organisationens problemer og sikre en gnidningsfri overgang mellem strategiske visioner og en fremtidig ønsket tilstand.

Den tysk-amerikanske psykolog Kurt Lewin er en pioner indenfor den planlagte forandringstilgang, og i 1947 introducerede han sin berømte 3-fasemodel, også kaldet ’isterning-modellen’ qua. de tre faser: *optøning*, *forandring* og *fastfrysning*. Modellen er udviklet som et forsøg på at adskille den bevidste og nøje tilvalgte forandring fra den tilfældige, impulsive eller tvungne forandring (Aggerholm & Salomonsen forthcoming). Modellen bygger på en organisationsteoretisk ligevægtsforståelse, hvor menneskers og organisationers adfærd kan beskrives som en balancegang, der påvirkes af to modsatrettede kræfter, som trækker motivationen for forandring i henholdsvis en positiv og negativ retning. Hvor ændrede rammevilkår, nye retningslinjer og ny teknologi er eksempler på kræfter, der tilskynder til forandring, kan inerti, rigide strukturer samt frygt for fiasko og det ukendte blandt medarbejderne fremhæves som kræfter, der hæmmer lysten til forandring (ibid.). Indenfor det kræftfelt, der hæmmer forandringsparatheden, skelnes der således mellem et organisations – og medarbejderniveau.

Netop medarbejderniveauet optager Edgar H. Schein, der har arbejdet med og videreudviklet Lewins model. Ifølge Schein går vejen til en succesfuld forandringsproces gennem medarbejderne. Tager medarbejderne aktiv del i og ejerskab for processen, er der større sandsynlighed for, at forandringen vil lykkes. Det forudsætter, at ledelsen inddrager medarbejderne i forandringsprocessen, og i sin forskning har Schein derfor uddybet, hvad der konkret skal til hos den enkelte medarbejder i hver af Lewins tre faser.

Optøningsfasen - skabelse af motivation

Formålet med *optøningsfasen* er at sikre, at organisationen er klar til at påbegynde forandringen. Den ledelsesmæssige udfordring er at skabe et positivt klima for forandringen ved bl.a. at sikre, at de nødvendige økonomiske, tekniske, vidensmæssige og tidsmæssige forudsætninger er på plads. Optøning af organisationen handler dog også i høj grad om at få de involverede medarbejdere til at se nødvendigheden af forandringen, så de er motiverede og parate til den forestående forandringsproces. Schein påpeger, at *optøningsfasen* er kendetegnet ved tre psykologiske mekanismer: *overlevelsesangst*, *læringsangst* og *psykologisk tryghed* (Schein 1996, 2004).

Mekanismen *overlevelsesangst* handler om at rokke ved status quo, eller rettere at sætte spørgsmålstegn ved gyldigheden af status quo. Hensigten er at skabe en følelse af, at eksisterende behov ikke kan dækkes, eller at udstukne mål og idealer ikke kan indfries, såfremt forandring udebliver. Med andre ord handler det om at bringe den eksisterende organisation ud af balance for derved at skabe motivation blandt medarbejderne for forandring - det andre forandringsteoretikere (eksempelvis Kotter, 1996) referer til som: ’den brændende platform’.

Den anden psykologiske mekanisme, der opereres med i optøningsfasen er *læringsangst*, der er en betegnelse for den angst en medarbejder har for gå ind i en forandringsproces. Angsten er forbundet med en erkendelse af, at noget ved det, man praktiserer, er forkert eller mangelfuldt og kan gøres bedre. *Læringsangsten* kan være stærk, så stærk at den begrænser og overdøver *overlevelsesangsten*, og det er derfor vigtigt, at ledelsen gennem dialog overbeviser den enkelte medarbejder om relevansen af at tillære den viden, der ligger i forandringen (Schein 1996, 2004).

*Optøningsfasens* afsluttende øvelse handler om at skabe en følelse af det Schein kalder *psykologisk tryghed*. Følelsen af tryghed er en væsentlig forudsætning for medarbejdernes accept af nye informationer, der rokker ved eksisterende traditioner og procedure. Derfor taler Schein for at inddrage medarbejdere allerede i forandringens planlægningsfase, da det positivt kan medvirke til en fællesskabsfølelse, et ejerskab og et engagement i forhold til forandringsprojektet (Aggerholm & Salomonsen forthcoming).

Forandringsfasen – udvikling af nye holdninger og ny adfærd

Det er i denne fase, de ønskede forandringer foretages. Fælles for Lewin og Schein er, at de begge forstår forandringsprocesser som kognitive omstruktureringer hos den enkelte medarbejder. Essentielt for forandringen er derfor tilegnelse af nye tankemønstre og tillæring af ny adfærd. Til det har Lewin og sidenhen Schein opstillet en række elementer for forandringsprocessens anden fase. Disse elementer er henholdsvis: *Semantisk omdefinering*, *kognitiv begrebsudvidelse* og *nye evalueringsstandarder*.

*Semantisk omdefinering* knytter sig til det sproglige element i forandringsprocessen, oghandler om at indkode en bestemt betydning af det ord, der beskriver forandringen. Det handler med andre ord om at sikre at ”ordet”, i dette tilfælde relationel koordinering, associeres med positive og ikke negative tanker som eksempelvis ”afskedigelser”, ”nedskæringer” og ”udvanding”. Snarere skal forandringsprocessen forbindes med positive elementer som ”opkvalificering”, ”bedre service”, ”højere kvalitet” og ”større medarbejdertilfredshed”. I kraft af og sideløbende med den *semantiske omdefinering* sker således en *kognitiv begrebsudvidelse*, idet forandringen ikke længere per automatik vil blive associeret med negative følelser.

Endelig kan ledelsen fremme forandringsprocessen ved at indføre *nye evalueringsstandarder*, og dermed ændre måden hvorpå medarbejder belønnes for deres arbejdsindsats. Frem for at blive evalueret på konventionelle mål som eksempelvis produktivitet og performance, kan medarbejderne blive vurderet ud fra kriterier som omstillingsparathed, fleksibilitet, engagement og samarbejdsevne. Ifølge Schein kan *nye evalueringsstandarder* få medarbejdere til at forbinde forandring og nye arbejdsopgaver med noget positivt, og en nye måde at evaluere på kan derfor være med til at fremme en bestemt tænkning omkring forandringsprocessen. I forhold til at sikre ejerskab og engagement omkring en forandringsproces med relationel koordinering understreger Gittell (2009) netop vigtigheden af også at evaluere medarbejdere på kriterier, der rækker udover den konkrete arbejdsproces.

Fastfrysningsfasen – stabilisering af ændringer

I denne sidste fase er formålet at forankre de opnåede resultater med forandringen. Forandringen skal institutionaliseres og indlejres i organisationen - en proces der ifølge Schein skal koncentreres om tre faser: *Integrering af ny adfærd*, *accept af forandring* og *bekræftelse af forandringens legitimitet[[1]](#footnote-1)*.

Først og fremmest er *fastfrysningsfasen* altså et spørgsmål om at sikre, at forandringen integreres i organisationens drift, forstået på den måde at medarbejderne tilpasser deres adfærd til de ændrede rammer og ikke fortsætte med den gamle praksis, og dermed dekobler sig fra forandringsprocessen. En integration af ny adfærd forudsætter den enkelte medarbejders accept af forandringens gyldighed. En accept der kan fremmes gennem bekræftelse af forandringen fra medarbejderens omgivelser og netværk. Udebliver medarbejderens accept af forandringen, vil vedkommende være tilbøjelig til fortsat at søge alternative måder at agere på, og modstanden mod forandringen vil fortsætte. Bliver forandringen imidlertid accepteret vil rationalerne og værdierne bag den efterhånden blive taget for givet, indtil en ny forandringsproces initieres (Schein 2004).

Den sidste fase går ud på at dokumentere forandringens resultater og derved bekræfte dens legitimitet. Det kan ske ved løbende at følge op på de (positive) effekter, forandringen fører med sig. Organisationens ledelse kan vælge at entrere med en ekstern aktør, og således udlicitere dokumentationsopgaven til en uvildig og anerkendt instans. Det vil øge validiteten af evalueringen, der, såfremt den er overvejende positiv, kan være med til at overbevise medarbejderen om forandringens berettigelse.

## Kritik af den planlagte forandringstilgang

*Den planlagte forandringstilgang* er i det foregående afsnit fremstillet som en lineær, gentagende og cyklisk proces, som indbefatter diagnosticering, aktion og evaluering. Tilgangen kritiseres for at forudsætte en forholdsvis forældet organisationsopfattelse, hvor ledelsen har eneret på at initiere og implementere forandringsprocesser. Majoriteten af den forandringsteori, der er udviklet i kølvandet på Lewins oprindelige model, bygger således på ideen om den topstyrede, autokratiske, rigide og regelstyrede organisation, der fungerer i delvist kontrollerede og forudsigelige omgivelser (Aggerholm & Salomonsen forthcoming). Udgangspunktet for tilgangen er derfor også de internt bevidste og planlagte forandringer, der typisk vil have form af inkrementelle og løbende ændringer. Et kritisk element ved den planlagte tilgang er det faktum, at tilgangen ikke forholder sig til faktorer som symbolske, kulturelle og politiske processer, ligesom der ikke tages nævneværdig højde for en dynamisk, omskiftelig og turbulent omverden. Faktorer der netop kendetegner offentlige organisationers, herunder sygehusvæsnets, virkelighed (Borum 2003). Den planlagte tilgang til forandring som en styret, rationel og metodisk proces er problematisk, da også planlagte forandringer indeholder kaotiske elementer, der ofte kommer til udtryk i form af ændrede målsætninger, udskudte aktiviteter og overraskende hændelser (Aggerholm & Salomonsen forthcoming). Derudover kan det fremhæves som problemfyldt, at tilgangen ikke tager højde for den kompleksitet, der opstår, når organisationens ledere skal implementere flere forandringer på en og samme tid. Sideløbende forandringsprocesser kan understøtte og modarbejde hinanden, og netop i forhold til casen for dette speciale forventes forandringsprocesserne med henholdsvis FLO og relationel koordinering at påvirke hinanden.

I en erkendelse af, at forandringer ikke altid indledes internt eller alene i en organisation, og at organisationer opererer i dynamiske omgivelser, er *den planlagte tilgangs* lineære, rationelle og forudsigelige syn på forandring ikke fyldestgørende i forhold til at indfange alle nuancer af en forandringsproces. Derfor kan det være særligt relevant at supplere med input fra *den emergente tilgang.*

## Den emergente forandringstilgang

Ifølge den emergente forandringsforståelse skal organisationer ikke opfattes som en isterning, der kan optøs, ændres og genfryses. De skal forstås som åbne systemer, der påvirkes af eksterne omstændigheder og uplanlagte ændringer. Den ledelsesmæssige udfordring består i at identificere emergerende forandringsdynamikker og dernæst synliggøre og italesætte dem overfor medarbejderne.

*Den emergente tilgang til forandring* skal opfattes som en reaktion på og modvægt til *den planlagte tilgang* snarere end et selvstændig og uafhængigt udviklet perspektiv (Aggerholm & Salomonsen forthcoming). Tilgangen udspringer af den opfattelse, at forandringer er kontinuerlige, ikke begrænsede og uforudsigelige processer. Den organisationsforståelse, der ligger i perspektivet adskiller sig også fra forståelsen i *den planlagte tilgang*. Organisationer udgøres ikke bare af afdelinger og hierarkiske niveauer, men også af samarbejdende og lærende processer, der drives af konflikter, modsætninger og spændinger mellem medarbejdere og grupperinger (ibid.).

I den emergente tilgang er forandringer derved et komplekst fænomen, der udspringer af kontinuerlige, dynamiske og multikausale processer opstående i en uforudsigelig og uplanlagt form. I den optik iværksættes forandring ikke blot på initiativ fra de øvre ledelseslag, men også fra medarbejdere og omgivelser. Den erkendelse forudsætter et alternativ til forandring som en ledelsesstyret aktivitet. Hvor den planlagte tilgang baserer sig på en ”top-down” forståelse, anser den emergente forandringsteori medarbejderinitierede ”bottom-up” processer for at være de primære faktorer i forhold til igangsættelse og implementering af forandring. Argumentet er, at meningsdannelse og generering af viden i organisationens nedre niveauer er med til at fremme forandring, og at (top)ledelsen ikke har mulighed for rationelt og effektivt at identificere, planlægge og implementere ændringer, der kan indfri omgivelsernes krav til forandring. Herved bliver medarbejderne nøglepersoner i forandringsprocessen, og i stedet for at styre og kontrollere forandringen bliver ledelsens opgave at sikre organisationens forandringsparathed gennem motivation, uddannelse, uddelegering og bemyndigelse.

Inspireret af Lewin har Weick og Quinn (2009) opstillet en tilsvarende model for ledelsens rolle i forandringsprocessens tre faser. I modellen er der ændret på fasernes rækkefølge, og den indledende fase handler således om *fastfrysning*. Her er det ledelsens opgave at skabe fælles mening og forståelse i de mange menings – og fortolkningsprocesser, der kendetegner organisationens hverdag. En fælles forståelse af organisationens mål og udfordringer er en væsentlig forudsætning for at forandring bliver opfattet som nødvendighed.

Når en fælles forståelsesramme er på plads, er næste fase at facilitere og lede en proces, hvor organisationen skal finde fodfæste i en ny og forandret virkelighed. Denne fase kalder Weick og Quinn for *re-balancering*. Mere konkret handler det for ledelsen om at omdefinere udfordringer som muligheder samt at genfortælle organisationens værdier og målsætninger (Aggerholm & Salomonsen forthcoming). En anden vigtig ledelsesopgave er at motivere medarbejderne til forandring ved at fremhæve de personlige gevinster forandringen potentielt indeholder. Her kan ledelsen appellere til den ydre motivation i form af belønninger, men også til den indre motivation, hvor medarbejderen motiveres af en følelse af, at det man foretager sig er meningsfyldt. Endelig er der *optøningsfasen*, hvor ledelsen atter skal slippe tøjlerne for meningsdannelsen, så nye forandringer kan udvikles på baggrund af organisationens nye ståsted (ibid.).

Umiddelbart kan den emergente tilgang give indtryk af, at ledelsen er uden reel mulighed for proaktivt og strategisk at agere i en forandringsproces. Men pointen er netop, at ledelsen ved at identificere emergerende forandringsdynamikker og dernæst synliggøre og italesætte dem overfor medarbejderne, potentielt opnår et ledelsesmæssigt forspring (Weick og Quinn 1999: 381).

## Kritik af den emergente forandringstilgang

Den åbenlyse svaghed ved den emergente tilgang er, at fortalerne for den primært er enige om at kritisere den planlagte forandringsforståelse. Kritikerne består af en broget skare af teoretikere, der hver især lægger vægt på forskellige elementer i forandringsprocessen (Aggerholm & Salomonsen forthcoming). I praksis eksisterer der således ikke konsensus om et fælles alternativ, og det bevirker, at den emergente tilgang står som et abstrakt og ukonkret alternativ til den planlagte forandringstilgang. Ydermere er det vigtigt at påpege, at ikke alle organisationer befinder sig i konstant omskiftelige omgivelser, hvorfor nogle organisationer sagtens kan finde god og effektiv anvendelse i den planlagte tilgang til forandring.

Trods sine mangler bibringer den emergente tilgang en række værdifulde perspektiver til forståelsen af forandringsprocesser. Med fokus på elementer som politik, magt, meningsdannelse og fortolkning fremhæver den emergente forandringsforståelse nuancer, som den planlagte tilgang er tilbøjelig til at negligere. Derfor er tilgangen et vigtigt og brugbart supplement til den planlagte forandringsstrategi, snarere end den er et selvstændigt og anvendeligt alternativ.

## Teoretisk sammenfatning

De to positioner, introduceret i de forudgående afsnit, repræsenterer to yderpunkter i forandringsforståelse og forandringsledelse. I det ene yderpunkt står en rationel opfattelse af forandring, der argumenterer for, at man som ledelse bevidst kan planlægge, kontrollere og gennemføre en forandringsproces. I det andet yderpunkt opfattes forandringer som komplekse, non-linære, uplanlagte og ”bottom-up” styrede processer. I praksis kan det imidlertid være vanskeligt stringent at følge den ene eller anden tilgang. Mange af de forandringer, som organisationer bevidst planlægger og agter at implementere, ændres ofte løbende i forandringsprocessen, og derved kan praksis og faktiske handlinger være et resultat af såvel preskriptive som emergente strategier. Begge tilgange har således svagheder og styrker i forhold til at lede en forandringsproces.

Lewin’s 3-trins-model kan kritiseres for ikke at forholde sig til omgivelsernes foranderlighed og dynamik og alene at basere sig på lineære faser og udviklingstræk. Desuden antager den planlagte tilgang, at medarbejdere generelt er modstandere af forandringer, og flere af tilgangens modeller sigter derfor mod at eliminere modstand, uden at tage højde for den situation, hvor medarbejderne i en organisation rent faktisk er udprægede forandringsvillige. Endeligt kan det fremhæves som problematisk, at den planlagte tilgang baserer sig på en antagelse om, at når modellens faser er gennemført, så er implementeringen af forandringen fuldendt. Lewin’s og andre af den planlagte tilgangs analytiske modeller har således åbenlyse begrænsninger, og det skaber et behov for mere funktionelle perspektiver. Tilgange inden for den emergente forandringsforståelse forsøger på baggrund af den planlagte tilgangs mangler at give nogle mere situationsbestemte og funktionelle værktøjer. Holder man den planlagte tilgangs svagheder op imod den emergente tilgangs styrker, bliver det derved tydeligt, at den emergente forandringsforståelse kan yde bidrag til den planlagte forandringsproces. Omvendt fremhæver en sammenligning også den planlagte tilgangs styrker i forhold til den emergente tilgangs abstrakte natur. Med inspiration fra Aggerholm og Salomonsen (forthcoming) følger her en opsamling af hovedpointerne fra sammenligning af de to tilgange:

|  |
| --- |
| Tabel 1: Den emergente tilgangs styrker sammenholdt med den planlagte tilgangs svagheder:  |
| **Forankring:****Inddragelse:****Fleksibilitet:****Videnoverførsel:****Implementering:** | * *Hvor tilbagevenden til status quo er en latent risiko for den planlagte forandring, har den emergente tilgang en styrke i forhold til at sikre institutionalisering af resultaterne af den planlagte forandring.*
* *Den planlagte tilgang baserer sig på trusselsdrevne forandringer, hvorimod den emergente tilgang tager udgangspunkt i mulighedsdrevne forandringer. Medarbejdere vil være tilbøjelige at tage ejerskab for og engagere sig i forandringsprocesser, hvor de kan se muligheder og bidrage med input.*
* *Hvor den planlagte tilgang er styret efter en best-practice tilgang, er den emergente tilgang mere sensitiv og fleksibel overfor lokale forhold.*
* *I den planlagte tilgang sker der ingen videnoverførsel mellem ledelse og medarbejdere. Den emergente tilgang sikrer effektiv udnyttelse af organisationens interne viden.*
* *I den planlagte tilgang er der risiko for sen implementering og dermed forældelse af forandringstiltag. Den emergente tilgang er forbundet med hurtig implementering.*
 |

|  |
| --- |
| Tabel 2: Den planlagte tilgangs styrker sammenholdt med den emergente tilgangs svagheder:  |
| **Omfang:** **Strategi:****Udbredelse:****Retning:** | * *Den emergente tilgang kan kritiseres for kun at skabe små og ubetydelige forandringer, hvorimod den planlagte tilgang skaber opmærksomhed omkring store og omfattende forandringer.*
* *Den emergente tilgang er ikke velegnet til implementering af strategiske organisationsforandringer. Det er den planlagte tilgang, der bygger på informerede valg mellem implementeringsmuligheder.*
* *Hvor den emergente tilgang begrænses af eksisterende strukturer og kulturer, egner den planlagte tilgang sig til at udbrede forandringsprocessen til hele organisationen.*
* *Mens den emergente tilgang kan virke diffus og mangler visioner, skaber den planlagte tilgang fokus på fælles retning, bibringer rationalitet og legitimitet og muliggør magtfordeling.*
 |

Afrunding:

Forandringsteorien rummer, som den teoretiske gennemgang har vist, forskellige tilgange til forandringsprocessen. Pointen må imidlertid være, at forandringer bør opfattes som noget situationsbestemt, og at valget af forandringstilgang derfor skal træffes med øje for forandringens art og den kontekst, den skal implementeres i. I praksis er det derfor nødvendigt at acceptere behovet for at bruge elementer fra forskellige tilgange, og ikke ensidigt lægge sin strategi an efter én tilgang. Forandringsledelse bliver dermed et spørgsmål om evnen til at forstå den organisatoriske kontekst, da det alene er gennem forståelsen af den kontekst, hvori forandringen finder sted, at den mest gunstige forandringstype kan anvendes mest effektivt (Burnes 2004). Det fordrer refleksion om: forandringens karakter, typen af organisation og medarbejdere samt omgivelsernes forventninger og krav. Udover at skabe klarhed omkring forandringsstrategien, bidrager refleksion over disse forhold også til, at ledelsen får overblik over sit eget ledelsesrum (Aggerholm & Salomonsen forthcoming). En kombination af ledelsesstyring og medarbejderinddragelse fremhæves således ofte som værende den mest succesfulde strategi, når forandringer skal ledes i praksis (ibid.).

## Operationalisering

Inden den empiriske indsamling påbegyndes, foretages en operationalisering af det anvendte teoriapparat. Det drejer sig med andre ord om at opstille en ramme for, hvorledes de valgte teoretiske tematikker søges indfanget i specialets datamateriale. De operationaliserede teoretiske elementer benyttes til at strukturere den interviewguide, der danner rammen om de kvalitative og semistrukturerede interviews med de respektive projektledelser. Det skal sikre fokus på eventuelle teoretiske mønstre under interviewene. Interviewsituationen vil dog også delvist lade sig styre af de empiriske fund, da de formodes at kunne bidrage til en ny- og genfortolkning af de allerede etablerede teoretiske antagelser, når casene analyseres i forhold til den teoretiske ramme.

Et led i operationaliseringen er at tolke de teoretiske begreber i lyset af den kontekst, man beskæftiger sig med. Eksempelvis kan *overlevelsesangst* i en sygehusorganisatorisk kontekst, forstås som den del af forandringsprocessen, hvor en afdelings – eller projektledelse forsøger at overbevise de operative medarbejdere om, at ændrede procedurer eller nye samarbejdskonstalationer er nødvendige for at yde den bedst mulige behandling til afdelingens patienter. Ligesom *læringsangst,* særligt for lægerne, kan forventes at være forbundet med en forandringsproces mod øget tværfagligt samarbejde. Det skyldes, som fremhævet tidligere, at lægeprofessionen i høj grad er orienteret mod specialisering og monofaglige værdier, hvorfor en forandring i retning af en at øget horisontal arbejdsdeling kan være svær at acceptere.

Det har været et bevidst valg ikke at operationalisere de fremlagte kontekstuelle elementer jf. kapitel *Kontekstualisering*. Denne beslutning bygger på en formodning om, at det i interviewsituationen vil komme til udtryk, hvilke kontekstuelle elementer informanterne synes særligt optagede af. Delvist at lade informanternes orientering styre interviewene, forventes at give et mere retvisende billede af, hvilke kontekstuelle elementer, der har influeret på den undersøgte problemstilling.

Opgavens operationaliseringsmodel fremgår af bilag 1.

# Undersøgelsesdesign og metode

Udgangspunktet for projektet er at identificere og forklare, hvilke ledelsesmæssige udfordringer der gør sig gældende på projektledelsesniveau, når en forandringsproces med relationel koordinering skal gennemføres i en sygehusorganisatorisk kontekst. Sekundært sigter specialet mod at forstå, hvordan man ledelsesmæssigt kan gribe disse udfordringer an. Den indfangede empiri bør derfor give indblik i de komplekse ledelsesmæssige udfordringer, der forløber under en sådan forandringsproces.

Valget af det kvalitative komparative case-design bunder i det begrænsede kendskab til, hvilke årsags/virkningsforhold der gør sig gældende, når en forandringsproces med relationel koordinering skal gennemføres i en dansk sygehusorganisatorisk kontekst. Valget begrundes med det kvalitative case-designs særlige anvendelighed i forhold til dybdegående at belyse processer og mekanismer i en forandringsproces. Casestudiet er samtidig en empirisk analyse, der undersøger et fænomen i den sociale kontekst, hvori fænomenet udfolder sig. Opmærksomheden på de kontekstuelle forhold vurderes som værende særlig vigtig i dette tilfælde, hvor sideløbende forandringsprocesser forventes at indvirke på det undersøgte fænomen.

Fænomenet kan i dette projekt karakteriseres som værende de ledelsesmæssige udfordringer, der gør sig gældende på projektledelsesniveau, når en forandring mod øget tværfagligt samarbejde skal implementeres mellem højt specialiserede afdelinger. Mens den sociale kontekst udgøres af eksempelvis sideløbende forandringsprocesser samt styringsrationaler og traditioner indenfor sygehusområdet. Mellem de ledelsesmæssige udfordringer og den sociale kontekst, eksisterer der ikke nogen klar grænse, og et casestudie kan således være fordelagtigt, da det netop kan skabe en forståelse for den kontekst, hvori forandringsprocessen udrulles. En kontekst, der er med til at forme de betingelser, der eksisterer, når læger, sygeplejersker etc. på offentlige sygehuse skal samarbejde i nye konstellationer på tværs af afdelinger og matrikler (Antoft & Salomonsen 2007:31, De Vaus 2004:220).

## Region Nordjylland/Aalborg Universitetshospital

Som nævnt i problemfeltet omfatter det overordnede projekt om relationel koordinering af 10-15 delprojekter fordelt på henholdsvis Glostrup Hospital og Aalborg Universitetshospital. Denne opgave afgrænser sig til at fokusere på den ’første generation’ af delprojekterne på Aalborg Universitetshospital. En afgrænsning der har tre primære begrundelser:

1) Sygehusene i Region Nordjylland har sideløbende med projektet om relationel koordinering undergået en organisatorisk og ledelsesmæssig omorganisering, der ligeledes har haft som formål at sikre sammenhæng i patientforløb. Udover den ændrede struktur, hvor de gamle afdelinger er samlet i større klinikker, er patientforløbene ledelsesmæssigt sat i højsædet, så patientforløb og sammenhæng på tværs er blevet et selvstændigt ledelsesområde på linje med faglig udvikling mv. På medarbejderniveau er der introduceret en ny måde at samarbejde på – også med patienten. Den begyndende teamorganisering er således udvidet til at være en generel arbejdsform på tværs af alle sygehuse og alle klinikker (*Oplæg til fremtidig klinisk ledelsesmæssig organisering, Aalborg Sygehus 2012*).

2) Delprojekterne i Nordjylland er længere i processen end projekterne på Glostrup Hospital, hvorfor de for nuværende vurderes at kunne bibringe mere værdifuld og nyttig information om de ledelsesmæssige udfordringer, der er forbundet med en forandringsproces mod øget relationel koordinering.

3) Den tredje og sidste begrundelse er af mere pragmatisk karakter. Af geografiske årsager har det været lettere at holde en hyppig kontakt til projekterne på Aalborg Universitetshospital i forhold til projekterne på Glostrup Hospital. Trods mulige gevinster ved en komparativ analyse af delprojekterne i regi af henholdsvis Region Nordjylland og Region Hovedstaden vurderes den tættere relation til projekterne i Aalborg som værende en bedre erfaringsopsamlingskanal i forhold til at belyse de ledelsesmæssige udfordringer.

## Valg af komparativt casedesign

En fordel ved at anvende det komparative casedesign er, at strategien er særlig anvendelig, når målet er at teste robustheden af en mulig sammenhæng, som man på forhånd har en forventning om, påvirker det fænomen, der undersøges. I denne opgave er der en teoretisk forventning om, at projektledelserne særligt i forandringsprocessernes indledende fase vil opleve skepsis overfor den forestående forandring, og at denne ledelsesmæssige udfordring kan imødegås ved at kombinere elementer fra forskellige forandringsstrategier. Forventningerne om denne sammenhæng bunder i Lewin-Scheins samt Weick & Quinns forandringsmodeller, der hver især operer med et tre-fase-perspektiv. Udover at teste forklaringskraften af de teoribundne forventninger, kan den komparative analyse være med til at fremhæve tendenser og faktorer som den teoretiske ramme ikke tager højde for. Netop i forhold til at afvise, bekræfte og udvikle den valgte teoriramme vurderes det komparative casedesign derfor som værende særligt anvendeligt. Næste skridt er så at finde den strategi, der er mest passende i forhold til at gennemføre den komparative analyse.

En traditionel distinktion indenfor de komparative casestudier er skellet mellem ’most similar’ og ’most different designs’. Ved et ’most similar design’ baserer den komparative analyse sig på cases, der (tilnærmelsesvis) ligner hinanden på alle variable med undtagelse af den variabel eller det fænomen, der ønskes undersøgt (Antoft & Salomonsen 2007:47). Omvendt arbejder et ’most different design’ ud fra at maksimere det antal af variable, hvor de undersøgte cases adskiller sig fra hinanden. Et ’most different design’ har således fokus på ensartede udfald på trods af forskellige egenskaber (ibid.).

De to designstrategier skal, ligesom de teoretiske perspektiver, opfattes som en slags idealtyper. Mange casestudier inkluderer dermed både ’most similar’ og ’most different’ typer af sammenligning. Ikke desto mindre er en forståelse af de to designtilgange vigtig i forhold til valg af cases, endsige analysen af dem. Valget af de to cases i forbindelse med dette speciale er imidlertid af mere pragmatisk karakter. For det første har antallet af potentielle cases ikke været højt. Den første projektbølge har kun omfattet tre projekter, hvoraf ét projekt, grundet flere årsager, ikke har ønsket at deltage i undersøgelsen. Valget af de to resterende cases har således givet sig selv. I ’udvælgelsesprocessen’ har det derfor ikke været muligt at tage højde for kriterierne i et ’most similar design’, hvorfor de to cases adskiller sig på en række parametre. Eksempelvis omfatter det ene projekt et samarbejde på tværs af kliniske specialer, hvor det andet primært handler om samarbejde på tværs af matrikler. Trods disse forskelle bygger specialets design på en ’most similar- logik’, hvor det er den uafhængige variabel, de ledelsesmæssige udfordringer, der er udgangspunktet for undersøgelsen af forandringsprocesserne med relationel koordinering. Argumentet for ikke at følge en ’most different logik’ er, at en sådan fremgangsmåde forudsætter, at man har en klar ide om en afhængig variable. I dette tilfælde skulle der således være en klar forventning til, hvad de ’ledelsesmæssige udfordringer’ består i, og derudfra undersøge hvorfor de to projekter trods umiddelbare forskelligheder oplever de samme udfordringer. Det er der ikke, og et led i specialets eksplorative tilgang er netop at identificere disse udfordringer. Det gør imidlertid ikke perspektiverne fra et ’most different design’ irrelevante. I analysen kan uidentiske forhold de to cases imellem, netop inddrages som forklarende elementer i forhold til forskellighed i oplevelsen af ledelsesmæssige udfordringer. Samtidig kan en ’most similar’ sammenligning være med til at fremhæve udfordringer, der synes alment gældende. Fælles for de valgte cases er dog, at de begge betragtes som ’best cases’ i den forstand, at de er særligt informationsrige i forhold til at undersøge de ledelsesmæssige udfordringer, der gør sig gældende, når projektledelser skal gennemføre en forandringsproces med relationel koordinering. Det skyldes bl.a., at de udvalgte cases er de delprojekter, der er lanceret først og dermed dem, der er længst i processen med at øge den relationelle koordinering.

## Abduktiv metodologi

Overordnet kan det siges, at specialet både design – og teorimæssigt går pragmatisk til værks. Det er i tråd med den *abduktive metodologi* og det teorifortolkende perspektiv, der placerer sig i spændingsfeltet mellem den teoritestende og det teorigenerende fremgangsmåde (Antoft & Salomonsen 2007:34). Teorien bidrager med at strukturere analysen ved at fokusere på specifikke tematikker, som undersøgelsesoptikken rettes imod. I analysen benyttes teorien desuden til at finde eventuelle mønstre i det indsamlede empiriske materiale, og teorien danner dermed en fortolkende ramme om casestudiet.

Konkret er analysen struktureret efter et tre-faseperspektiv tilsvarende det som både Lewin-Schein samt Weick & Quinn benytter i deres respektive teorier. Analysen koncentrerer sig dermed om ledelsesmæssige udfordringer i henholdsvis en *indledende*, *ændrende* og *afsluttende fase.* Udover at bidrage med en struktur vil forandringsperspektiverne løbende anvendes til at forklare og uddybe de empiriske observationer, ligesom der løbende vil blive reflekteret over og udviklet på de teoretiske afsæt i lyset af de empiriske fund. Ideen bag den *abduktive tilgang* er: at opnå en større forståelse for det studerede fænomen gennem afvisning, bekræftelse og udvikling af teori (Antoft & Salomosen 2007:42). Metodologien bevæger sig således i to retninger. På den ene side åbner den sig fremad med sit fokus på at identificere mønstre og sammenhænge i den studerede case, og på den anden side rummer den et bagudsøgende element i den forstand, at blikket også rettes mod den anvendte teoriramme med henblik på at fastslå eventuelle utilstrækkeligheder. Hvor det deduktive element forventes at kunne kaste lys over en del af de *ledelsesmæssige udfordringer*, kan det induktive eksplorative element komme til udtryk i tilfælde, hvor undersøgelsen finder indikatorer på særlige forhold, der ikke umiddelbart er beskrevet i teorien, men som synes at influere på den undersøgte problemstilling. Ved at sammenkæde de valgte cases med de på forhånd fastlagte teoretiske forestillinger er casestudiet netop velegnet til at identificere grænsebetingelserne for den anvendte teorirammes forklaringskraft. Dermed synes anvendelsen af den *abduktive tilgang* og brugen af et casestudie at gå fint i spænd. (Antoft & Salomonsen 2007:43f, Maaløe 1996:22, Yin 2003:10).

## Valg af forskningsinterview approach

I forhold til at belyse specialets problemstilling anvendes bl.a. kvalitative forskningsinterview. Formålet med interviewene er at indfange og få indsigt i de teoretisk definerede tematikker: *optøning*, *forandring/re-balancering* og *fastfrysning,* som projektledelserne opfatter dem (Kvale 1997:38). Det er med andre ord informantens meningskonstruktioner og ikke ’objektive’ fakta, der udforskes i denne del af empiriindsamlingen.

Interviewene forløber efter en semistruktureret form, hvori der fokuseres på projektledelsernes egne oplevelser i forbindelse med de ovenfornævnte tematikker. Der anvendes på forhånd opstillede spørgsmål, så væsentlige teoretiske elementer ikke overses, mens der samtidig spørges uddybende, såfremt det vurderes relevant i den konkrete interviewsituation. Ved at spørge ”bredt” indenfor rammerne af det valgte teoriapparat og komme med uddybende spørgsmål hertil, bliver det muligt at forfølge nye og uforudsete aspekter, ligesom det også bliver lettere at bevare en vis kritisk distance til de teoretiske forudsætninger. Fremgangsmåden kan illustreres ved de følgende spørgsmålsformuleringer, der begge søger at afdække modstand/skepsis overfor forandring. Først den åbne tilgang: *Hvordan er projektet om relationel koordinering blevet modtaget af medarbejderne på de respektive afdelinger?* Her får informanten lejlighed til at give sin ’frie’ vurdering af spørgsmålet, uden at være bundet af præmissen om ’modstand’. Alternativt kunne man spørge mere lukket: *Har projektet om relationel koordinering oplevet modstand fra medarbejderne på de respektive afdelinger?* Udover at være styrende for informantens fokus lægger spørgsmålet op til et relativt simpelt svar, hvor informanten ikke tilskyndes til at komme med yderligere relevant information.

Brugen af den semistrukturerede interviewform, der er åben overfor tilfælde, hvor den konkrete interviewsituation frembringer nye elementer, er i god tråd med den abduktive tilgang, idet der herved skabes mulighed for ny- og videreudvikling af den anvendte teoriramme (Kvale 1997:33).

Med henblik på at reducere forståelsesmæssige vanskeligheder og sikre, at den semistrukturerede interviewform rent faktisk er i stand til at indfange de teoretiske tematikker, er der foretaget en pilottest af spørgeguiden via et interview med en projektledelse fra et delprojekt på Glostrup Hospital. Enkelte spørgsmål er herefter omformuleret og præciseret (jf. det førnævnte eksempel).

Informanter

Interviewene foretages med medlemmer af projektledelserne fra de to delprojekter, et valg der har to primære begrundelser. For det første befinder projektledelserne sig midt i forandringsprocessen; de varetager den daglige ledelse af projekterne og skal således forholde sig til udfordringer fra både de nedre og øvre organisatoriske niveauer. For det andet indgår projektlederne i det daglige på lige fod med den øvrige medarbejder stab. De varetager dermed ikke rene ledelsesfunktioner, men er en del af den operative kerne. Der kan således argumenteres for, at projektledernes opfattelser og synspunkter også indbefatter et medarbejderperspektiv. Det kan være med til at validere projektledernes udsagn om medarbejdernes opfattelse af forandringsprocessen. I forhold til den gamle sygehusorganisering består informantgruppen af en endokrinologisk overlæge, en specialeansvarlig ortopædkirurgisk overlæge, en ledende overlæge fra Lungemedicinsk Afdeling og en oversygeplejerske fra Medicinsk Afdeling i Dronninglund.

Interviewene med projektlederne sker som tidligere nævnt over to omgange. Først med interview under selve projektprocessen, hvor hovedfokus ligger på at identificere udfordringer i forbindelse med at implementere forandringen. I anden omgang foretages interviewene primært med henblik på at identificere udfordringer i forhold til at forankre, eller institutionalisere forandringen med det formål at sikre sammenhæng i patientforløb. Det retrospektive element i anden interviewbølge giver desuden informanterne mulighed for at frembringe nuancerede eller ændrede opfattelser af forandringsprocessen. Konkret er interviewene med projektlederne for KOL-projektet foretaget i henholdsvis oktober 2012 og april 2013, mens interviewene med projektledelsen for projektet om medicinsk stuegang er gennemført i november 2012 og maj 2013.

Individuelle interview kontra gruppeinterview

I alt foretages der seks kvalitative interview, hvoraf de to er gruppeinterview med projektledelsen for delprojektet: ”Medicinske problemstillinger hos ortopædkirurgiske patienter”. Den manglende stringens i interviewtyperne skyldes overvejende praktiske hensyn. Gruppeinterviewformen har været at foretrække, fordi informanterne, foruden dialogen med intervieweren, har mulighed for at etablere en dialog med hinanden. I gruppeinterviewformen kan der således opstå en dynamik, der potentielt fremmer enstemmigheden i vurderingen af de ledelsesmæssige udfordringer.

I forhold til det individuelle interview har gruppeinterviewet desuden en fordel, når det kommer til at opspore og forfølge uventede aspekter, idet dialogen mellem informanterne ofte fører til spontane og emotionelle udsagn omkring det diskuterede emne. I de konkrete interviewsituationer er det bl.a. kommet til udtryk i form af en samstemmig frustration over den del af evalueringen, der knytter sig til Gittell’s spørgeramme. Projektledelsen for stuegangsprojektet har i den forbindelse ytret bekymring om, hvorvidt et irritationsmoment omkring de evaluerende spørgeskemaer risikerer at påvirke projektet i en negativ retning. En potentiel udfordring, der blev synlig i kraft af informanternes indbyrdes dialog.

En ulempe ved gruppeinterviewformen er imidlertid, at den kan være en relativ kaotisk dataindsamling grundet vanskeligheder med systematisk analyse af de sammenblandede stemmer (Kvale 1997:108). En problematik der i dette tilfælde forsøges omgået ved at bede informanterne om løbende at identificere sig selv eller den afdeling de repræsenterer. En yderligere faldgruppe ved gruppeinterviewet er, at informanterne under interviewsituationen er under kollegial bevågenhed, og at de udsagn, der fremsættes, derfor i overvejende grad er socialt og lokalt acceptable (ibid.). En problematik som ikke er fremtrædende under det individuelle interview, der således også har sine fordele. I interviewene med projektlederne for KOL-projektet er der således åbenlyse forskelle, når det kommer til vurderingen af projektets succes. De to informanter lægger vægt på forskellige aspekter og succeskriterier, hvilket de måske ikke i samme grad ville have gjort under et gruppeinterview.

Dokumentstudie

Som supplement til de kvalitative interview studerer analysen også officielle dokumenter i forbindelse med projektprocessen. Udover at supplere informanternes udsagn kan dokumenterne anvendes som en kilde til validering. Det essentielle i denne sammenhæng er, at hvor dokumenterne giver indsigt i den formelle håndtering af projektprocesserne med relationel koordinering i de to delprojekter, leverer interviewene en mere nuanceret, detaljerig og uformel indsigt i den konkrete håndtering af forandringsprocesserne. De dokumenter, der undersøges, omfatter bl.a.: Projektansøgninger, projektbeskrivelser samt evalueringsrapporter leveret af projektets officielle evalueringspartner DTU.

Den overordnede projektansøgning giver indsigt i de målsætninger og strategier, der ligger til grund for arbejdet med relationel koordinering i en dansk kontekst. Ved at inddrage denne empirikilde i analysen bliver det muligt at tolke udfordringerne for de enkelte delprojekter i et større strategisk perspektiv. Hertil kan projektbeskrivelserne være med til at skabe en forståelse af de ledelsesmæssige prioriteringer og effektmålsætninger, der ligger i de enkelte projekter. En nødvendig forudsætning i analysen af de ledelsesmæssige udfordringer. Endelig kan evalueringsrapporterne, der bl.a. inddrager interview med medarbejderrepræsentanter, være med til at verificere projektledernes udsagn. Derudover kan rapporterne inddrages i det omfang, de bidrager med pointer, der ikke fremkommer i interviewene.

Udover interview og dokumentstudier har en del af specialets empiriindsamlende fase foregået ved deltagelse i styregruppemøder og såkaldte ’work camps’, hvor projektledelserne er blevet undervist i forskellige forandringsledelsesstrategier og procesforbedringsværktøjer. På baggrund af deltagelsen i disse aktiviteter er der bl.a. udarbejdet mødereferater, som analysen delvist trækker på.

## Validitet og reliabilitet

Konstruktionen af projektets forskningsdesign og operationaliseringen af det anvendte teoriapparat afspejler kvaliteten af analysens resultater, og i det følgende vil validiteten og reliabiliteten af disse resultater blive diskuteret.

Validitet

Ser vi på validiteten først kan denne vurderes ud fra tre kriterier: 1) *Konstruktionsvaliditet*, 2) *intern validitet* og 3) *ekstern validitet*.

Konstruktionsvaliditet er udtryk for de kriterier, der er anvendt til at indfange data med. Konstruktionsvaliditeten afhænger således af, hvorvidt der er en klar sammenhæng mellem det der skal undersøges, og de data der indhentes. Her er kvaliteten af operationaliseringen af de begreber, der skal undersøges empirisk en væsentlig forudsætning. Det handler med andre ord om at opstille en beviskæde for sammenhængen mellem undersøgelsesobjekt og indsamlet data (Yin 2006). Derudover kan kvaliteten af konstruktionsvaliditeten øges ved at anvende forskellige empiriske kilder. Disse kriterier er forsøgt imødekommet ved dels en klar og overskuelig operationaliseringsmodel (Jf. bilag 1), og dels ved at supplere de kvantitative forskningsinterview med data fra bl.a. evalueringsrapporter.

Intern validitet er et spørgsmål om, sammenhængen mellem specialets design, metode og empiri (De Vaus 2001: 233-236). Her vurderes det at være en styrke, såfremt der arbejdes med forskellige metodiske tilgange, der kan supplere hinanden. Den interne validitet i nærværende undersøgelse er forsøgt forstærket gennem den abduktive tilgang, der netop tilstræber at indfange forklaringsårsager, som den valgte teoriramme ikke kan. At analysens resultater ikke er begrænsede af en bestemt teoriramme, og at der gøres brug af forskellige datakilder til at underbygge disse forklaringer, kan give analysen en stærk intern validitet.

Endeligt er der spørgsmålet om ekstern validitet, der omhandler, hvorvidt undersøgelsens resultater kan generaliseres ud over de belyste cases. I udgangspunktet efterstræber casemetoden analytisk generaliserbarhed, og ikke statistisk generaliserbarhed, som eksempelvis surveymetoden gør. Statistisk generalisering foretages ofte i forhold til kvantitative data, hvor styrken af generaliseringen kan vurderes ud fra opstillede formler (Yin 2006). Den analytiske generalisering kan foretages ved en vurdering af, hvorvidt det er muligt at anvende teorien på andre cases end de udvalgte. En sådan vurdering vil ofte kræve en gentagelse af studiet på andre lignende cases for at krydstjekke, hvorvidt resultaterne stemmer overens. Spørgsmålet om undersøgelsens eksterne validitet vil blive taget op i opgavens konklusion.

Reliabilitet

Analysens *reliabilitet* er et spørgsmål om, hvorvidt datafangsten er fri for tilfældige målefejl. Den største fejlkilde er her forbundet med dataindsamlingen, i dette tilfælde selve udførelsen af interviewene. En dårlig reliabilitet kan komme til udtryk, hvis intervieweren ikke på forhånd er velforberedt, og f.eks. ikke er i stand til at besvare tvivlspørgsmål fra informanterne (Kvale 1999). Tilsvarende kræver et succesfyldt interview, at intervieweren undervejs stiller supplerende og uddybende spørgsmål. Udover at stille krav til overblik og indsigt kræver dét en semistruktureret men velafprøvet spørgeramme. Som nævnt i forrige afsnit er interviewguiden testet på en projektledelse fra et delprojekt på Glostrup Hospital. Det er først og fremmest gjort for at sikre, at de teoretiske tematikker bliver belyst i interviewet, men også gjort med henblik på at minimere forståelsesvanskeligheder og tvivlsspørgsmål. En sådan test er derved med til at reducere eventuelle reliabilitetsproblemer.

## Afrunding

I bestræbelserne på at opnå en dybdegående forståelse af, hvilke ledelsesmæssige udfordringer, der er forbundet med at gennemføre en forandringsproces med relationel koordinering, anvender analysen kvalitative metoder. Udover at give en nuanceret indsigt i forandringsprocessen kan brugen af forskellige datakilder, henholdsvis interviews og dokumenter, være med til at styrke undersøgelsens interne validitet, fordi datakilderne gør det muligt at krydstjekke og validere de indsamlede data. En validitet der kan forstærkes yderligere gennem en dybdegående kontekstforståelse (De Vaus 2004:235). I de tilfælde hvor resultaterne fra de anvendte metoder ikke understøtter hinanden, er der dog ikke nødvendigvis tale om metodisk bias. Diversiteten kan nemlig blot være udtryk for casens mangfoldighed og nuancer. Det centrale er her en løbende refleksion over den anvendte metode og dennes betydning for de analytiske resultater. Casedesignet og den abduktive tilgang sikrer i den sammenhæng en åbenhed overfor andre forhold end de teoretiske forventninger, der på forhånd tillægges en betydning.

# Analyse

Analysen er opdelt i to niveauer:

1. Indledningsvis tolkes den overordnede projektstrategi ud fra specialets teoretiske ramme. Formålet med denne analytiske øvelse er at skabe en forståelse af de ræsonnementer og processer, der ligge til grund for arbejdet med relationel koordinering i Danmark. Denne analysedel opfattes som en væsentlig forudsætning for den efterfølgende undersøgelse af ledelsesmæssige udfordringer i de enkelte delprojekter.
2. Med inspiration fra de teoretiske perspektiver er analysens anden del struktureret efter tre faser. Hvor de første to, *den indledende* og *den forandrende fase*, koncentrerer sig om de ledelsesmæssige udfordringer, der forbundet med implementering, retter den tredje, *den institutionaliserende fase*, fokus mod udfordringer i forhold til at institutionalisere forandringerne mod øget relationel koordinering.

## Projektstrategien i et forandringsteoretisk perspektiv

Det overordnede projekt om relationel koordinering, der lanceres under overskriften *”Fra begreb til bundlinje”* defineres med udgangspunkt i følgende beskrivelse:

*”Projektet vil undersøge, afprøve, teste og videreformidle metoder til at øge evnen til relationel koordinering i en dansk kontekst. Ambitionerne for projektet er høje. Målet er således ikke blot at styrke ledelsesudøvelsen på de to deltagende sygehuse, men i hele den offentlige sektor. Projektet vil ende op med to hovedprodukter, som stilles åbent til rådighed - en metode til at øge den relationelle koordinering og et koncept for ledelsesudvikling målrettet relationel koordinering.”* - Videncenter for Velfærdsledelse 2011.

Projektet, der bygget op om 10-15 delprojekter fordelt på henholdsvis Aalborg Sygehus og Glostrup Hospital, er et samarbejde mellem Region Hovedstaden, Region Nordjylland og Videncenter for Velfærdsledelse. Beslutningen om at sætte fokus på relationel koordinering er dermed vedtaget på et regionalt administrativt niveau med støtte fra staten, der bidrager økonomisk via Videncenter for Velfærdsledelse, der fra 2010 har været på Finansloven (VCVL 2013). Arbejdet med relationel koordinering i en dansk kontekst er dermed i høj grad en ”top-down” drevet proces. I bestræbelserne på at sikre ejerskab *for* og engagement *i* de enkelte delprojekter arbejdes der imidlertid ud fra en ”bottom-up” inspireret tilgang. De organisatoriske delprojekter er fundet på baggrund af et ’call’ for projekter, hvor afdelingsledelser og engagerede medarbejdere på de enkelte sygehuse har haft mulighed for at komme med projektforslag. Det er derfor også projektledelserne, der definerer kerneopgaver, delmål og effektmål i forbindelse med de enkelte projekter. Et andet element, der kan siges at være inspireret af den emergente forandringstilgang, er projektets lanceringsstrategi. Som illustreret af figur 2 lanceres delprojekterne i tre bølger, med tilnærmelsesvis fem projekter i hver bølge.

At projekterne ikke lanceres samtidig, men over flere omgange sker for at sikre læring og innovation mellem projektfaserne. Derved er der mulighed for løbende at trække på erfaringer og korrigere eventuelt mislykkede strategier. Den strategi stemmer fint overens med den emergente forståelse af organisationer som samarbejdende og lærende processer, der drives af konflikter, modsætninger og spændinger mellem medarbejdere og grupperinger. Forhold det er muligt at tage højde for ved at lancere projekterne over flere omgange. I skrivende stund er første og anden projektbølge gennemført, mens delprojekterne i tredje bølge er lanceret.

Figur 2: Lanceringsstrategi. Egen figur

Projektledelse

For de enkelte delprojekter udpeges en projektledelse og et projektteam med repræsentanter for de faggrupper, der er involveret i projektet. Den samlede projektgruppe tilbydes et kompetenceudviklingsprogram, der gennem introduktion til forskellige procesforbedringsværktøjer sætter fokus på relationel koordinering som mål og metode. Her undervises projektlederne bl.a. i ’fair proces’, en forandringsledelsesstrategi, der inddrager elementer fra både den planlagte og emergente tilgang til forandring. Projektledelserne introduceres eksempelvis for et strategisk procesdesign, der fremhæver vigtigheden af at både at fastholde ledelsesrummet og inddrage medarbejderne i forandringsprocessen forskellige faser. Projektledelserne tilbydes herudover løbende konsulentsparring samt muligheden for at mødes i netværk med projektledere fra de øvrige projekter. Disse netværksmøder fungerer som forum for sparring og inspiration, og de giver således projektledelserne mulighed for løbende at revidere strategier, målsætninger og aktiviteter.

Fordi delprojekterne overlapper de eksisterende organisationsstrukturer har en væsentlig forudsætning for deres succes været at ledelsessystemerne har støttet dem. I projektperioderne har der derfor været særligt fokus på relationel koordinering på sygehusene, og målet om at øge den relationelle koordinering er blevet en integreret ledelsesopgave på de forskellige ledelsesniveauer (Ansøgning til Videncenter for Velfærdsledelse 2011). For at sikre et fælles vidensgrundlag blandt ledere på henholdsvis Aalborg Sygehus og Glostrup Hospital tilbydes et intensivt kursus i relationel koordinering. Denne strategi kan ses som led i Lewin-Scheins optøningsfase, hvor organisationen geares til at gennemføre den forestående forandringsproces. Dog kan den overordnede strategi med at køre forandringsprocessen i form af et projektsetup, hvor forandringsansvaret overlades til projektledelser bestående at af operative medarbejdere, ses som udtryk for en emergent tilgang.

Ekstern evaluering

Ifølge den planlagte tilgang er en væsentlig øvelse i forandringsprocessens afsluttende fase at dokumentere forandringens resultater for derved at bekræfte forandringens relevans. I den forbindelse kan man vælge at udlicitere evalueringsopgaven til en ekstern aktør. Det har man gjort i projektet om relationel koordinering. Konkret leveres projektets evalueringsdesign af seniorforsker Kasper Edwards, DTU Management Engineering, som følger og evaluerer delprojekterne og tilvejebringe dokumenteret viden om mål, indsats, brug af relationel koordinering og resultater. Samtlige organisatoriske delprojekter underkastes det samme undersøgelsesdesign, hvor graden af relationel koordinering måles i projekternes indledende fase og ved projekternes afslutning. Målingerne af relationel koordinering foretages i form af spørgeskemaundersøgelser, hvor Gittells syv underdimensioner er omformuleret til spørgsmål, der koncentrerer sig om en central arbejdsproces. Disse spørgsmål suppleres med en række spørgsmål om social kapital samt en række baggrundsspørgsmål. Projekterne evalueres dermed ikke blot ud fra *kirurgisk og medicinsk performance*, der er samlebetegnelser for en række kvalitetsindikatorer som eksempelvis reduceret liggetid, øget patientoplevet kvalitet, forbedret postoperativ smertefrihed og mobilitet samt nedbringelse af omkostninger og risiko for genindlæggelse (Gittell 2009). Også kvaliteten af faggruppernes kommunikation samt deres evne til at arbejde ud fra fælles mål, fælles viden og gensidig respekt er mål for evalueringen, og her kan man snakke om indførsel af *nye evalueringsstandarder*. En strategisk øvelse, der ifølge Schein kan være med til at fremme forandringsprocessen, fordi en vurdering af omstillingsparathed, engagement og samarbejdsevne potentielt giver medarbejderne (yderligere) incitament til at gennemføre forandringen. Projektforløbene undersøges og dokumenteres yderligere via et historieværksted, der er en gruppeinterviewform som bl.a. skal afdække hvilke effekter, der er afledt af projekterne, og hvilke der skyldes andre begivenheder.

Opsamling

Den overordnede strategi for arbejdet med relationel koordinering integrerer elementer fra både den planlagte og den emergente tilgang til forandring. Mens den overordnede beslutning om at implementere relationel koordinering som ledelses – og samarbejdsform er vedtaget på regionalt administrativt niveau, lægger strategien op til en lokal og medarbejderinitieret oversættelse af konceptet. Det er netop udfordringer i denne sidste del af forandringsprocessen, som den følgende analyse stiller skarpt på.

## Ledelsesmæssige udfordringer i den indledende fase

Ud fra både det planlagte og emergente perspektiv rummer forandringsprocessens indledende implementeringsfase en række ledelsesmæssige udfordringer. I det følgende afsnit analyseres disse udfordringer i kontekst af de respektive projektforløb. Konkret koncentrerer analysen sig om fire forhold, der forventes at skabe ledelsesmæssige udfordringer: 1) *Typen af forandring*, 2) *sideløbende forandringsprocesser*, 3) *begynderskepsis* og 4) *økonomiske og ressourcemæssige barrierer*.

Forandringstyper

Som nævnt i specialets indledende kapitel skelnes der i managementlitteraturen mellem første ordens forandringer, som kontinuerlige inkrementelle justeringer, og anden ordens forandringer, som transformerende, revolutionerende og radikale forandringer. I forhold til den kategorisering skal både delprojektet om ”Medicinske problemstillinger hos ortopædkirurgiske patienter” og ”Ensartet tilbud til patienter med KOL på Aalborg Sygehus”, betragtes som første ordens forandringer. Hvor det første projekt genoptager et tidligere samarbejde omkring en medicinsk stuegang på de ortopædkirurgiske sengeafsnit, kan ”KOL-projektet” opfattes som en opkvalificering af personalet i Dronninglund på linje med andre kompetenceudviklingsprogrammer. Hverken det ene eller andet projekt ændrer derfor radikalt ved den vante arbejdsgang på de respektive afdelinger, og man kan derfor betragte forandringerne som første ordens justeringer, der via inkrementelle ændringer søger at forbedre det tværfaglige samarbejde.

En yderligere dimension i forandringstyperne fokuserer på det niveau, hvorpå forandringer initieres. Her skelnes mellem: individniveau, gruppe/afdelingsniveau, organisationsniveau, sektorniveau, interorganisatorisk niveau og endeligt (velfærds)stats niveau. Fælles for de to cases belyst i dette speciale er at forandringsprocesserne i begge tilfælde er initieret på afdelingsniveau med visioner om, at den relationelle koordinering efterhånden skal udbredes. I første omgang til de øvrige dele af sygehuset, hernæst overgangen til primærsektoren og endeligt er ambitionen at arbejdet med den relationelle koordinering skal sætte blivende spor i ledelsesudøvelsen i hele den offentlige sektor. Visionerne for udbredelsen stemmer således i høj grad overens med ”bottom-up-perspektiverne” i den emergente forandringsforståelse.

Når forandringsprocesserne initieres på afdelingsniveau og ikke på individniveau hænger det bl.a. sammen med en af grundpræmisserne i relationel koordinering. Som tidligere fremhævet arbejder Gittell ikke med individbaserede relationer, men med rollebaserede. Om end det kan være vanskeligt at skelne mellem disse, har udgangspunktet for de enkelte delprojekter været at skabe en god kultur for arbejdet omkring de definerede kerneopgaver i og på tværs af de implicerede afdelinger. Derfor har indsatsen ikke koncentreret sig om at ændre holdninger og værdisæt hos de enkelte individer, men snarere om at udvikle et norm - og værdikodeks gældende for hele afdelingen. En strategi der bl.a. er kommet til udtryk i stuegangsprojektet, hvor det har været en ledelsesmæssig prioritering, at det ikke er den samme endokrinologiske speciallæge, der går stuegang på de ortopædkirurgiske sengeafsnit.

Forandringstyperne i de to delprojekter adskiller sig dog fra hinanden på et springende punkt. ”KOL-projektet” handler om at etablere et samarbejde mellem en højtspecialiseret lungemedicinsk afdeling og en generel medicinsk afdeling. Afdelinger der under den gamle sygehusorganisering var placeret i samme medicinske center. Udover at holde sig inden for rammerne af det medicinske speciale, er samarbejdet dermed også etableret indenfor den samme organisatoriske søjle. Det er ikke tilfældet for samarbejdet mellem Endokrinologisk og Ortopædkirurgisk Afdeling. Her går samarbejdet på tværs af både lægefaglige og organisatoriske skel, hvorfor projektet potentielt kan hæmmes af strukturelle barrierer og ikke mindst af holdnings- og traditionsbetingede kulturelle barrierer hos især de fagprofessionelle (Seemann i Timm 2010). Netop sidstnævnte udfordring har været særligt udtalt i projektets indledende fase. Her formuleret af en projektleder:

*”Det er simpelthen en faglig frygt for, at man mister sin platform, og i et stærkt professionaliseret område, der er det en meget væsentlig faktor at tage hånd om. Det er det fagprofessionelle de er mest bange for, det er at de ikke kan udøve deres fag godt nok. At den mulighed bliver taget fra dem ved at de skal gøre noget andet.”*

I den optik kan der argumenteres for, at forandringsprocessen i forbindelse med projektet om ”medicinsk stuegang” er mere ’radikal’, end det er tilfældet for ”KOL-projektet”. Den umiddelbare forventning har derfor været, at der vil være flere ledelsesmæssige udfordringer forbundet med at gennemføre projektet om ”medicinsk stuegang”. Ikke mindst i forhold til forandringsprocessens indledende fase, hvor projektledelsen først og fremmest skal overvinde eventuel skepsis og modstand overfor den forestående forandring.

Begynderskepsis og frygt for tab af faglighed

For både KOL-projektet og projektet om medicinsk stuegang har det været en væsentlig ledelsesmæssig opgave at overbevise medarbejderne om projektets lægefaglige relevans. Umiddelbart synes projektledelsen bag KOL-projektet at have haft færrest vanskeligheder ved den opgave. Det hænger muligvis sammen med det faktum, at projektet forbliver indenfor rammerne at det medicinske speciale. Netop det tværfaglige aspekt har i hvert fald været en udfordring for stuegangsprojektet, der i den indledende fase oplevede en udtalt skepsis blandt det lægefaglige personale:

*”Jamen altså da vi skulle starte, der var der jo ikke rigtigt nogle af mine speciallægekollegaer, der syntes det var en god ide, for det er meget bedre, hvis man er speciallæge i endokrinologi, at arbejde med hypofysepatienter, og sådan nogle findes ikke på ortopædkirurgisk afdeling, eller stofskiftepatienter osv. Så man kunne ikke rigtigt forstå meningen af – Hvad skal det til for?” –* Projektleder

I forhold til at imødegå den umiddelbare skepsis har projektledelsen anvendt to strategier. Overfor det ortopædkirurgiske personale, der kan siges at modtage en service i kraft af projektsamarbejdet, har opstartsfasen primært handlet om tydeligt at forklare rammerne omkring projektet og sikre en forventningsafstemning. Formålet med den overvejende ”top-down” prægede kommunikation overfor denne personalegruppe har været at understrege, at projektet handler om en *medicinsk stuegang* og ikke en almen ortopædkirurgisk stuegang, hvor endokrinologerne skal overtage arbejdsopgaver, som personalet på de ortopædkirurgiske sengeafsnit traditionelt har varetaget. Ved at fremhæve den medicinske stuegang som et nyt supplerende tiltag sættes der ikke spørgsmålstegn ved det ortopædkirurgiske personales faglighed, mens man samtidig forsøger at undgå uplanlagt opgaveglidning. I grove træk og lettere forsimplet har optaktsfasens ledelsesmæssige udfordringer, i tilfældet af det ortopædkirurgiske personale således handlet om at skabe en *psykologisk tryghed* ved at forklare, *hvad* projektet går ud på.

I forhold til de endokrinologiske speciallæger, som skal udføre den medicinske stuegang, har udfordringerne snarere bestået i at skabe en forståelse af *hvorfor?* I tråd med Weick & Quinns første fase om *fastfrysning*, har det for projektledelsen derfor i høj grad været et spørgsmål om at skabe en fælles mening om projektets relevans, bl.a. ved at kommunikere fælles udfordringer. En proces der kommer til udtryk i den følgende dialog mellem de to projektledere:

***Projektleder Orto.:*** *”Jeg vil sige, helt klart så skal man ud og italesætte projektet, man skal ud at forklare det, man skal ud at oversætte det til sine kollegaer, hvad det handler om, og det kan man ikke gøre for hyppigt. Og så er det meget vigtigt at der er ledelsesengagement i det, hvis der skal skabes ejerskab til sådan et projekt hvor en anden afdeling skal ind at arbejde i en anden afdeling, fordi sælger vi ud af vores egen viden? Kan vi bevare vores egen viden, hvis vi skal ud at dele den med dem? Og ja det kan vi netop. Det vil netop skabe endnu mere viden. Men det er egentligt en barriere på forhånd, som ’projektleder fra Endokrinologisk Afdeling’ (red.) skulle slås med”*

***Projektleder Endokrin.:*** *”Ja det er meget det der med – skal vi bruge vores tid i en anden afdeling? Og hvad så med vores egne patienter? Vi har ikke engang tid til at passe vores egne patienter, hvorfor skal vi så bruge tid i en anden afdeling?”*

***Projektleder Orto.:*** *”Så det var helt klart det fælles mål, der skulle defineres og gentages igen og igen. Og der gjorde ’projektleder fra endokrinologisk afdeling’ (red.) et kæmpe arbejde for at gøre den gangbar.”*

I den optik bliver forandringskommunikation et vigtigt ledelsesmæssigt værktøj til at overkomme skepsis i forandringens indledende fase. Hvor kommunikationen til det ortopædkirurgiske personale overvejende har baseret sig på en ”top-down” inspireret ”sender-modtager-model”, har kommunikationen mellem projektledelsen og de endokrinologiske læger handlet om mere end bare forventningsafstemning og information om forandringen. På linje med den emergente tilgang, og det konstruktionistiske perspektiv, har formålet med kommunikationen nærmere været at konstruere en fælles forståelse af projektets betydning og lægefaglige relevans.

På baggrund af interviewene med de respektive projektledere kan det opsummeres, at ”Medicinske problemstillinger hos ortopædkirurgiske patienter” er det projekt, der overvejende har oplevet skepsis blandt medarbejderne i opstartsfasen. En skepsis man bl.a. har forsøgt at overvinde via en kombination af forskellige kommunikationsstrategier. Og det er øjensynligt lykkedes, så man i dag har et velfungerende samarbejde, der kommer patienterne til gode:

*”..vi har nogle rigtigt gode patientforløb, der både bliver forkortet og bliver nemmere for patienten, og der er rigtig stor tilfredshed blandt de læger (endokrin. red.), der går stuegang på Ortopædkirurgisk Afdeling. De glæder sig til at komme der og synes man udfører relevant arbejde.”* – Projektleder Endokrinologisk Afdeling

Sideløbende forandringsproces

Som der er redegjort for i kapitlet *Kontekstualisering* er den nye ledelsesorganisering af de nordjyske sygehuse en markant anderledes forandringsproces end projekterne med relationel koordinering. For det første er forandringen en politisk beslutning, hvor rammerne i store træk ligger fast. Det efterlader ikke meget frirum til lokal indflydelse og tilpasning, og i kontrast til ’kulturprojektet’ om relationel koordinering, der delvist baserer sig på en ”bottom-up-tilgang”, har den ledelsesmæssige omstrukturering karakter af en ren ”top-down-proces”. Set i forhold til de forandringstyper, der er redegjort for tidligere, er der tale om en anden-ordens forandring gældende for hele organisationen (Region Nordjylland). Men hvilken betydning, om nogen, har det for projekterne med relationel koordinering, at der sideløbende kører andre og ’større’ forandringsprocesser? Intuitivt kan det forventes at to forandringsprocesser, der iværksættes for at understøtte et fælles mål også delvist vil understøtte hinanden (figur 3). På den anden side kan der argumenteres for at medarbejdere i sygehusvæsenet, der er genstand for mange og hyppige forandringsinitiativer efterhånden har udviklet en vis mæthed og skepsis overfor den konstante strøm af nye tiltag. En problematik Palmer & Dunford (2009:166) referer til som *initiative fatiuge* og *burnout*. Denne form for forandringsmodstand betegnes som *excessive change*, og kan udspille sig på to måder:

Figur 3: Hovedformål og hovedindsatser i Region Nordjylland – Egen figur

1) Den kan opstå, når en organisation initiere flere sideløbende forandringsprocesser, der af medarbejderne opfattes som bevægelser i forskellige retninger, eller værre, som bevægelser i direkte konflikt (ibid.).

2) Den kan opstå i tilfælde, hvor medarbejderne føler, at ressourcer og opmærksomhed flyttes til nye forandringsinitiativer før tidligere er blevet ordentligt implementeret (ibid.).

En samtidig lancering af de to indsatser risikerer dermed at fjerne fokus og engagement fra den ene eller anden forandring. En tredje forventning kan dog være, at medarbejderne på de implicerede afdelinger vil engagere sig i de forandringsprocesser, hvor der er størst mulighed for indflydelse. I den optik kan de relationelle koordineringsprojekter ligefrem have gavn af en sideløbende og ”mindre populær” forandringsproces. Det er selvfølgelig vanskeligt at komme med nogen generel forklaring på, hvilken betydning den nye struktur og ledelsesorganisering har for projekterne med relationel koordinering. De enkelte projekter er influeret af en lang række lokale forhold, og derfor er det først muligt at vurdere, betydningen af den sideløbende forandring efter den samlede analyse af forandringsprocessens tre faser. For nu kan det det imidlertid understreges, at den strukturelle forandringsproces i form af FLO formelt har skærpet fokus på sammenhæng i patientforløb, og således været med til at skabe en fælles forståelse for organisationens mål og udfordringer. Ud fra en teoretisk betragtning kan FLO derfor opfattes som led i den *fastfrysning* Weick & Quinn definerer som forandringsprocessens første fase.

Økonomiske og ressourcemæssige barrierer

Hvor begynderskepsis overvejende har været en udfordring i forbindelse med stuegangsprojektet, synes økonomiske forhold og knappe ressourcer at have spillet ind i begge projekter. Specielt for de ’udøvende’ aktører, henholdsvis Endokrinologisk og Lungemedicinsk Afdeling, har projekterne været forbundet med at afgive ressourcer. De økonomiske og ressourcemæssige spørgsmål bliver en ledelsesmæssig udfordring i forhold til forandringens indledende fase, fordi projekternes initieres uden vished for, hvordan man vil blive kompenseret for sine aktiviteter ’ude af huset'. Det kan potentielt føre til utryghed og tilbageholdenhed hos afdelingsledelsen, der netop sidder med det økonomiske ansvar. En situation der risikerer at smitte af på projektledelsen i form af en følelse af manglende opbakning og lavt engagement fra de øvre ledelseslag. Som en projektleder fra KOL-projektet beskriver:

*”Vi er for pressede, alle personalegrupper er for pressede. Det er svært at afsætte tid, specielt for lægerne, fordi de samtidig skal varetage noget arbejde herinde, tage ud til Dronninglund, samtidig undervise og du har et stort ambulatorium du også skal klare. Det der med økonomi, det er noget man som leder helst ikke skal snakke om, men det synes jeg er forkert. Det forsvinder jo ikke af den grund. Og det er ikke, fordi man nødvendigvis behøver at få penge til det, men det kan være, at man skal have hjælp til at sætte tingene i struktur, hvis nogle af ens overordnede hjalp med at prioritere lidt. Det vil gøre det nemmere for sådan nogle projekter her. I hvert fald en accept af ens prioriteringer fra højere ledelseslag.”*

Trods uvished om den økonomiske ramme har projektledelsen for stuegangsprojektet imidlertid oplevet stæk opbakning fra afdelingsledelsen. En opbakning som dog ikke tages for givet. Også her påpeges den økonomiske usikkerhed som en potentiel trussel mod projektets tilblivelse og videre forløb. En del af projektets succes tilskrives derfor afdelingsledelsen på Endokrinologisk Afdeling:

*”Det skaber en tryghed, ikke mindst for ledelsen, at det økonomiske er på plads. Vores afdelingsledelse (Endokrinologisk Afdeling red.) har kastet sig ud i den her proces uden vished om hvordan eller hvorvidt, man ville blive kompenseret. Det har været lidt af et sats, og det er ikke sikkert at andre ledelser ville have turde.”* – Projektleder Endokrinologisk Afd.

Selvom delprojekterne støttes økonomisk via midler fra den samlede projektpulje er en væsentlig forudsætning for deres succes at finde en økonomisk og ressourcemæssig fordelingsnøgle, så både de udøvende og modtagende parter får andel i den samlede gevinst. For at undgå problematikken omkring asymmetriske gevinster bør en indledende øvelse for projekterne være at geare strukturerne, herunder de økonomiske, så det tværfaglige samarbejde kan forløbe på en måde, hvor en afdeling ikke afgiver ressourcer uden samtidig at blive kompenseret for det. Der er umiddelbart ikke noget i den anvendte teoriramme, der siger noget konkret omkring de økonomiske forholds betydning for forandringsprocessens indledende fase. Dog kan de økonomiske betingelser betragtes som led i den optøningsfase, der ifølge Lewin-Schein bl.a. handler om at geare organisationen til den forestående forandring. Hvor om alting er, så er samarbejdet mellem Endokrinologisk og Ortopædkirurgisk Afdeling kommet i stand snarere på trods end som følge af de økonomiske forhold:

*”Der er kommet styr på det økonomiske omkring projektet, men det har taget sin tid. Vi har gået medicinsk stuegang i ortopædkirurgisk afdeling i knap et år, men der er først for nylig fundet en model, hvor vi kompenseres økonomisk. Det burde man have haft styr på fra starten, eller i hvert fald tidligere i forløbet.”* – Projektleder Endokrinologisk Afd.

Opsamling

Analysen af den indledende forandringsfase tegner ikke noget ensidigt billede af de ledelsesmæssige udfordringer i de to projekter. Dog synes det tydeligt, at *forandringstypen* har betydning for, hvorvidt et projekt mødes med en indledende skepsis fra de operative medarbejdere. I tilfælde hvor projekter overlapper faglige og organisatoriske skel, vil medarbejderne i den ’udøvende funktion’ således være mere tilbøjelige til at modsætte sig forandring.

I forhold til spørgsmålet om sideløbende forandringsprocesser fremhæver analysen to ledelsesmæssige perspektiver. Den sideløbende forandringsproces i form af FLO kan anvendes som led i en *fastfrysning*, fordi den på linje med relationel koordinering skærper organisationens fokus på bestemte mål og udfordringer forbundet med at skabe *sammenhæng i patientforløb*. Såfremt den sideløbende forandringsprocesser ikke opfattes som understøttende for det enkelte projekt, kan den imidlertid medføre forandringsmæthed og skepsis.

Endeligt synes økonomiske og ressourcemæssige forhold at spille en rolle i forhold til de ledelsesmæssige udfordringer. Uklarhed omkring økonomiske omstændigheder udgør en potentiel trussel mod projekternes tilblivelse og videre forløb, og analysen peger derfor på vigtigheden af at finde en økonomisk og ressourcemæssig fordelingsnøgle allerede i forandringsprocessens indledende fase.

## Ledelsesmæssige udfordringer i den forandrende fase

I det følgende afsnit foretages en analyse af projekternes egentlige forandringstiltag. Først behandles de enkelte projekter hver for sig, hvorefter de sammenlignes i en opsamling.

Medicinske problemstillinger hos ortopædkirurgisk patienter

Som tidligere beskrevet har mange og især ældre ortopædkirurgiske patienter medicinske lidelser ud over deres umiddelbare ortopædkirurgiske problem. For det ortopædkirurgiske personale er fokus naturligt på at løse den akutte ortopædkirurgiske problemstilling, hvorfor patientens medicinske lidelser kommer i anden række. For nogle patienter har det betydet, at deres medicinske lidelser er kommet ud af kontrol under indlæggelsesforløbet, hvilket kommer til udtryk i form af gener, komplikationer og forlænget indlæggelse m.v. Den grundlæggende udfordring har været, at der i Ortopædkirurgisk Afdeling ikke var medicinsk specialviden, som tidligt i behandlingsforløbet kan observere og justere en medicinsk problemstilling under opsejling. Den medicinske problemstilling kunne derfor udvikle sig fra en normal og let håndterlig ubalance til eksempelvis akut nyresvigt, hjerteflimmer, vand i lungerne o.lign (Edwards 2013). I henhold til den tidligere procedure ville det ortopædkirurgiske personale typisk handle ved at rekvirere et medicinsk tilsyn, en procedure som i sig selv kunne være langsommelige og forsinkende.

*”Førhen, hvis nu de (patienterne red.) havde stigende nyretal så ville man bede om et nefrologisk tilsyn, det ville man så bede om den dag, så ville det blive effektueret dagen efter, eller dagen efter i værste fald. Samtidig har de (patienterne red.) måske fået hjerteproblemer, og så må man bestille et kardiologisk tilsyn, som også ville blive dagen efter, eller dagen efter igen.”* – Projektleder Endokrinologisk Afd.

For at løse denne udfordring har projektet koncentreret sig om to ændringer: 1) Endokrinologer skulle gå stuegang på ortopædkirurgisk afdeling 2) Forstuegang med deltagelse af ortopædkirurger og endokrinologer.

Projektet blev indledt med en aftale mellem de to afdelinger om at afprøve konceptet om medicinsk stuegang på ortopædkirurgisk afdeling. Inden opstart blev den nye struktur udmeldt og diskuteret i de respektive afdelinger, hvor projektledelsen gjorde et omfattende arbejde i forhold til at forklare og motivere personalet til at støtte op om projektet (Edwards 2013). I Ortopædkirurgisk Afdeling blev der udviklet og implementeret et system for struktureret forstuegang inden de første endokrinologer begyndte at gå stuegang i afdelingen. En proces der med teoretiske briller kan opfattes som led i *optøningsfasen*.

Konkret udmønter samarbejdet sig i, at der alle hverdage møder en endokrinologisk speciallæge til morgenkonference og forstuegang i ortopædkirurgisk afdeling, hvor medicinske problemstillinger identificeres. Efterfølgende går den endokrinologiske læge stuegang hos patienterne med de identificerede problemstillinger for at følge op og igangsætter behandlinger. Endokrinologen er tilstede i ortopædkirurgisk afdeling fra kl. 9-12, og det har fra projektets start været prioriteret at benytte netop en speciallæge for at sikre, at de medicinske problemstillinger kunne håndteres med det samme, uden brug af bagvagt. Her beskrives samarbejdet af en endokrinologisk speciallæge:

*”Vi møder i afdeling O1 til stuegang, og så gennemgår vi alle patienter sammen med de ortopædkirurgiske læger og sygeplejersker og i og med de bliver fremlagt kan vi lynhurtigt identificere hvilke problemstillinger der er. Det er ikke altid nogle problemstillinger sygeplejersker på ortopædkirurgisk har set, men vi kan bare ved at høre hvordan de fremlægger historien, se nogle problemer. Så går vi ind i det.”*

Det har desuden været en bevidst strategi, at det ikke er den samme person, der varetager den medicinske stuegang. Der er lavet en rotationsordning i Endokrinologisk Afdeling, så en endokrinologisk speciallæge typisk er i ortopædkirurgisk afdeling 2-3 gange om måneden. I tråd med Gittell (2009) er formålet her at sikre, at samarbejdet ikke hænges op på forhold mellem enkeltpersoner, men nedfældes i en bærerdygtig arbejdsstruktur.

To primære udfordringer

I bestræbelserne på at etablere et bæredygtigt samarbejde peger projektledelsen på to primære udfordringer, der har kendetegnet den *forandrende fase*: 1) at undgå uhensigtsmæssig opgaveglidning mellem de to afdelinger, og 2) at overbevise de endokrinologiske speciallæger om samarbejdets stramme struktur og faste tidsramme.

Ser man på den sidste først, blev projektets klart definerede ramme og det faste timeantal umiddelbart opfattet som radikal af de endokrinologiske speciallæger. Selve det at samarbejde med andre afdelinger er ikke noget nyt for endokrinologerne, der bl.a. varetager behandling af diabetespatienter på andre somatiske afdelinger og i psykiatrien. Men hvor de tidligere samarbejdskonstellationer alene har bestået på tilsynsbasis (tilkald), indbefatter det nye samarbejde en fast defineret ressourceafgivelse fra Endokrinologisk Afdeling. Efterhånden som projektet er skredet frem og effekterne er blevet åbenlyse er bekymringerne omkring ressourceafgivelsen dog ebbet ud. Tilstedeværelsen af en endokrinolog har automatisk øget fokus på de medicinske problemstillinger, og der bliver generelt taget bedre hånd omde medicinsk kritisk udfordrede ortopædkirurgiske patienter. Således er antallet af medicinske tilsyn i Ortopædkirurgisk Afdeling reduceret med 63 pct. fra i 2011 at være 70 til i 2012 at være nedbragt til 26 (Edwards 2013).

I forhold til den emergente forandringstilgangs anden fase, *re-balancering,* kan den førnævnte proces betragtes som led i den gen – og nyfortolkning, der finder sted, når ledelsen i samarbejde med medarbejderne skal finde ståsted i en of forandret virkelighed. I den optik har projektet været med til at genfortolke den endokrinologiske lægerolle til også at omfatte tværfaglige og tværorganisatoriske aktiviteter i bestræbelserne på at yde den bedst mulige behandling til hospitalets fælles patienter. Ud fra den planlagte tilgang kan denne forandringsbevægelse tolkes som en *kognitiv begrebsudvidelse*, hvor medarbejderne ikke længere per automatik sætter lighedstegn mellem projektet og ressourceafgivelse, men i stedet forbinder projektet og det nye samarbejde med lægefaglig relevans.

I forhold til den anden udfordring har projektet haft fokus på at undgå uplanlagt opgaveglidning, og i stedet opbygge et mere velfungerende samarbejde omkring planlagt opgaveændring og opgaveoverdragelse. Og det er umiddelbart lykkedes. Ifølge projektets officielle case-rapport (Edwards 2013) har projektet øjensynligt haft en uddannende effekt, i det de ortopædkirurgiske sygeplejersker er blevet i stand til at løse problemer udenom ortopædlægerne. Tilstedeværelsen af endokrinologer har således betydet, at sygeplejerskerne kan handle på de medicinske problemer uden at konferere med ortopædkirurgerne. Også de yngre læger har opnået en bedre forståelse for flere medicinske problemer, og muligheden for at sparre med medicinerne har derved forbedret den medicinske faglighed. Desuden er det blevet nemmere at få tilsyn fra andre medicinske specialer, når det tilkaldes af en endokrinolog, det skyldes en mere præcis kommunikation mellem de medicinske speciallæger:

*”..selvfølgelig er vi alle sammen læger og har en vis form for fælles sprog, men det er da helt klart den kommunikation som Endokrinologisk Afdeling har med de andre medicinske afdelinger er nok mere tydelig, den er umiddelbart mere forståelig i, hvad problematikken handler om, end hvis du f.eks. skal have ortopædkirurger til at kommunikere det.”*- Projektleder Ortopædkirurgisk Afd.

På baggrund af de undersøgte data, kan det fremhæves, at den øgede medicinske kompetence har medført et generelt kompetenceløft hos det ortopædkirurgiske personale, bl.a. fordi medicinske problemstillinger nu diskuteres løbende. På et enkelt område er der dog et kompetencetab. Kontrol af blodsukker er nu helt overtaget af endokrinologerne, hvilket har medført at de ortopædkirurgiske læger og sygeplejersker ikke bruger denne kompetence længere. Så længe samarbejdet fortsætter i sin nuværende form er det imidlertid ikke noget problem. Tværtimod er der kommet en bedre styring af blodsukker, hvilket giver en oplevelse af, at der er bedre styr på patienterne. Det giver ro blandt personale, patient og pårørende.

Ensartet behandling til patienter med KOL

I modsætning til stuegangsprojektet virker projektlederne bag KOL-projektet ikke til at have en fælles opfattelse af de ledelsesmæssige udfordringer i projektforløbet. Den ledende overlæge fra Lungemedicinsk Afdeling fremhæver problematikker, der ikke i samme grad opfattes som problematiske i Dronninglund, ligesom projektets egentlige succes vægtes forskelligt af de to projektledere. Denne forskellighed er givetvis udtryk for den tidligere konstatering om, at den ’udøvende aktør’ er tilbøjelig til at opleve flere udfordringer end den aktør, der modtager en service. I det følgende undersøges derfor de ledelsesmæssige udfordringer, som de opfattes af projektlederen fra Lungemedicinsk Afdeling.

Oversættelse af konceptet

En af de ledelsesmæssige udfordringer har været forbundet med at oversætte konceptet *relationel koordinering,* så det bliver meningsfuldt i en lægefaglig kontekst. I tråd med det teoretiske perspektiv *semantisk omdefinering*, der er et led i den planlagte tilgangs forandringsfase, har det været en vigtig ledelsesmæssig opgave at tydeliggøre og forklare, hvad man forstår ved konceptet. Konkret har det for projektlederen handlet om at holde fokus på den kerneopgave, projektet er bygget op omkring. Det har fået medarbejderne til at acceptere en alternativ definition af det ellers ’djøfiserede’ koncept:

*”..bare ordet i sig selv (relationel koordinering red.) der har man modstand. Det har man blandt faggrupperne, sådan er det. Og derfor så er man nødt til at fortælle om det på en anden måde, netop med de her eksempler (…) det er jo nogle lidt forskellige sprog vi har, os og de her djøfere, og det er også forskellige måder at tale om og se ting på, meget forskelligt, og det ramler man ind i her, og det skal man være klar over når man laver det.”*- Projektleder Lungemedicinsk Afd.

I den optik kan *semantisk omdefinering* ses som en opgave i forhold til at konvertere konceptet *relationel koordinering* på en sådan måde, at det bliver kompatibelt med elementerne i det lægefaglige rationale (jf. kapitlet *Styringsrationaler i sygehussektoren*). Hvorvidt denne translationsproces lykkes afhænger af flere forhold. Skeler man til organisationsteorien, nærmere bestemt Røvik (1998) vil en succesfuld introduktion til konceptet afhænge af, hvorvidt det matcher lokale problemopfattelser, og om det opfattes som en realistisk løsning på de problemer og udfordringer organisationen står overfor. Konkret fremhæver Røvik tre parametre som essentielle: 1) Om konceptet tilbyder forenklinger på komplicerede problemer, som man i organisationen har svært ved at håndtere, 2) om opskriften ledsages af værktøjer eller konkrete metoder, der fremstår som standardiserede eller universelle og 3) om den rationaliseres, dvs. om den fremstilles på baggrund af objektive fakta (Røvik 1998). Ud fra disse parametre har relationel koordinering flere styrker som projektledelserne kan trække på i den *semantiske omdefinering*. Gennem sine mange undersøgelser har Gittell påvist en entydig sammenhæng mellem graden af relationel koordinering og nedbragt liggetid, øget patienttilfredshed postoperativ smertetilfredshed etc. (Gittell 2009:30). Ved at fremhæve disse aspekter og eksempler fra øvrige projekter kan projektledelserne ud fra en teoretisk betragtning skubbe medarbejderne i retning af en *kognitiv begrebsudvidelse*, hvor relationel koordinering ikke per automatik associeres med et djøfiseret forandringsinitiativ. I stedet vil konceptet, teoretisk set, blive forbundet med positive elementer som øget behandlingskvalitet og sammenhæng i patientforløb. En øvelse man ifølge projektlederen med fordel kunnet have været bedre til:

*”..det tror jeg ikke vi var gode nok til tidligt. Vi fik også en udefra, men personalet de stod ligesom lidt af. Vi lærte noget fra Gittel’s og alt muligt andet, og det er ikke, fordi det ikke er rigtigt, men det gav ingen mening, før vi kom ned i substansen; hvad var det egentligt der var meningen med det her?”* - Projektleder Lungemedicinsk Afd.

Ny sygehusstruktur og øget arbejdsbyrde

Projektlederen fra Lungemedicinsk Afdeling fremhæver den nye sygehusstruktur som den altoverskyggende udfordring i forhold til KOL-projektet. Under begge interview er der udtrykt bekymringer i forhold til FLO og senere *Den nye ledelsesorganisering.* Specielt udsigterne til at Lungemedicinsk Afdeling og Medicinsk Afdeling i Dronninglund med den nye struktur organisatorisk ville blive placeret i forskellige klinikker har været kimen til uro:

*”Bare fordi man bygger stalden om, så bliver hestene altså ikke bedre. Det synes jeg virkelig, det her er udtryk for. Man piller f.eks. min afdeling ud fra et medicinsk center og over i en anden, og jeg ved hvor meget, der er, når man krydser søjler, så er der noget med økonomi, hvem betaler, og hvem gør dit og dat. Det kan godt være, at det er mig der ser spøgelser, men der er ligesom ikke noget i min fortid, der gør, at jeg skulle se, at tingene bliver lettere ved at lave otte søjler.”* - Projektleder Lungemedicinsk Afd.

Frustrationen over omorganiseringen synes ikke at været aftaget i takt med at den nye struktur er blevet en realitet. Snarere tværtimod. Med placeringen i Klinik Hjerte-Lunge har Lungemedicinsk Afdeling fået tilført en række patientgrupper, som afdelingen ikke tidlige har behandlet. Det har øget presset på afdelingens arbejdsmæssige produktion, der i forvejen er meget højt som følge af de konstant voksende krav til udredning og behandling, hvor bl.a. Kræftpakken kan fremhæves som eksempel. De opskruede driftsaktiviteter risikerer at påvirke forandringsprocessen med relationel koordinering i en negativ retning, fordi projektlederne bliver nødt til at prioritere den daglige drift frem for udviklingsprojekter:

*”Der er jo rigtigt mange af vores patientgrupper, de er blevet centraliseret af Regionen til den her afdeling, og der følge så opgaver og der følger ikke ressourcer med. (…) Og så prioriterer man, og det gør jeg jo så også, hvad der er vigtigt – Det er ikke fordi jeg synes, at det (projektet om relationel koordinering red.) ikke er vigtigt, jeg synes faktisk, det er meget vigtigt. Og det er også den forkerte vej, for netop noget af det her i projektet gik jo på, at de (Medicinsk Afdeling i Dronninglund red.) skulle kunne varetage noget af det her vi gør på afdelingen (Lungemedicinsk Afdeling Aalborg red.) og aflaste. Og det er også i modstrid med det Regionen vil egentligt. Det er at opgaven skal løses det rigtige sted og på det lavets mulige videnssted. Det behøver ikke absolut ligge på en universitetsafdeling.”* - Projektleder Lungemedicinsk Afd.

De udfordringer og frustrationer som projektlederen giver udtryk for synes i høj grad at stemme overens med den form for forandringsmodstand, der tidligere i analysen er beskrevet som *excessive change*. Projektlederen opfatter åbenlyst de sideløbende forandringsprocesser, som bevægelser i forskellige retninger og føler, at ressourcer og opmærksomhed flyttes til nye forandringsinitiativer før tidligere er blevet ordentligt implementeret (Palmer & Dunford 2009:166.).

Som sagt deler den anden projektleder ikke denne frustration, og det skyldes formentligt at vedkomne, grundet sin position som ’modtagende part’, ikke oplever de udfordringer, der er forbundet med en øget arbejdsbyrde kombineret med en samtidig ressourceafgivelse til en anden afdeling. Hvad enten man er enig i, at den nye struktur modarbejder projektet om relationel koordinering eller ej, er det en vigtig pointe, at en ændring af de præmisser, som projektet er initieret på potentielt medfører ledelsesmæssige udfordringer. En pointe der understreges i det følgende citat:

*”Det med at sige at det ikke betyder noget at tage min afdeling ud af Klinik Medicin, det mener jeg, det er jo ikke at forholde sig til virkeligheden. For selvfølgelig betyder det noget når alle vores samarbejdsrelationer ligger der pga. de patienter man nu har. De har en medicinsk sygdom!”* - Projektleder Lungemedicinsk Afd.

Opsamling

Analysen af den forandrende fase har vist, at begge projekter har oplevet udfordringer i forbindelse med den proces, der i teoretiske termer betegnes som *kognitiv begrebsudvidelse*. For begge projektledelser har udfordringerne bestået i at overbevise de øvrige medarbejdere om fordelene ved at omtænke de respektive lægefunktioner til i højere grad at udøve aktiviteter i andre afdelinger. Hvor KOL-projektet primært har været udfordret af eksterne forhold, har stuegangsprojektet overvejende oplevet udfordringer i interne forhold omkring uplanlagt opgaveglidning.

## Ledelsesmæssige udfordringer i den institutionaliserende fase

I henhold den anvendte teoriramme vil den afsluttende analysedel koncentrere sig om de to institutionaliseringsprocesser, der knytter sig til henholdsvis *fastfrysning* og *optøning*. I forhold til fastfrysning vil analysen behandle de udfordringer, der har været forbundet med at forankre de ændringer, projekterne har medført, og i forhold til optøning vil analysen koncentrere sig om udfordringer forbundet med at udbrede projekternes arbejde med relationel koordinering.

Forankring af forandring

Én ting er udfordringer forbundet med at gennemføre et forandringsprojekt, noget andet er at sikre forankringen af projektresultaterne. Inden for sygehussektoren afsluttes forandringsprocesser ofte uden, der sker en reel forankring af udviklingsprojektets resultater, og det oplagte spørgsmål er derfor: Hvordan sikrer man forankring af udviklingsprojekter på afdelingsniveau? Til det spørgsmål er der ikke noget simpelt svar endsige nogen universel opskrift at følge. Der er imidlertid to opmærksomhedspunkter, som kan være nyttige at have for øje – særligt indenfor sygehussektoren, der er et område præget af mange og samtidige forandringsprocesser. Disse punkter er:

* Fastholdelse af de erfaringer og den læring projektet har givet anledning til.
* Fastholdelse af de nye rutiner og procedurer, der er afledt af projektet.

Fastholdelse af erfaringer og læring

De to delprojekter har været forbundet med læring og kompetenceløft af personalet i henholdsvis Ortopædkirurgisk Afdeling og Medicinsk Afdeling i Dronninglund. Ortopædpersonalet, primært sygeplejerskerne og de yngre læger har fået en bedre forståelse for patienternes medicinske problemstillinger. Et konkret eksempel er, at sygeplejerskerne i kraft af den løbende sparring med medicinerne er blevet mere opmærksomme på blodprøvesvar. Projektet har imidlertid også været med til at skabe en erkendelse af ortopædpersonalets faglige begrænsninger, når det kommer til medicinske problemstillinger. En læring der er tilsvarende vigtig i forhold til at sikre en effektiv behandling af den enkelte patient:

*”..der er nogle erfaringer, vi har lært, der er viden, der er tilgået os, men vi kommer jo aldrig til at kunne agere en sufficient medicinsk stuegang, det er medicinsk afdeling, der skal varetage det for os(…) De skal ind at varetage de problematikker vi ikke kan, det er ikke der vores kompetencer ligger.”* - Projektleder Ortopædkirurgisk Afd.

Personalet i Dronninglund er tilsvarende blevet opkvalificeret som følge af projektet. Projektledelsen bag KOL-projektet fremhæver, at samarbejdet har resulteret i, at der nu sker vidensdeling på flere niveauer. I modsætning til tidligere, hvor megen kommunikation foregik på ledende-overlæge-plan for efterfølgende at blive videreformidlet ud på afdelingerne, har man med projektet bypasset den traditionelle hierarkiske og bureaukratiske kommunikationsstruktur og i stedet fremmet en kultur for direkte og rettidig dialog om patientforløb, der bl.a. gør specialuddannede sygeplejersker i stand til at varetage opgaver, der tidligere blev udført af læger.

*”Altså det positive det er selvfølgelig det der med kommunikationen. Det er nok den stærkeste effekt, det der med at det er i orden at kontakte hinanden, det er fuldstændigt naturligt at kontakte hinanden, hvis man har brug for noget viden. Førhen gik kontakten meget mere på ledende- overlæge-plan, selvfølgelig har sygeplejerskerne også kontaktet tidligere, men slet slet ikke på sammen måde, som de gør nu. Nu ringer de simpelthen fra Dronninglund og spørger vores sygeplejersker. Og jeg tror også, det gælder for lægerne..”*- Projektleder Lungemedicinsk Afd.

Udover de kommunikative forbedringer mellem de to afdelinger har KOL-projektet medført en række konkrete ændringer i arbejdsprocessen på afdelingen i Dronninglund. For det første har projektet indbefattet et nyt behandlingstilbud i form af varm-fugtet-ilt, der gør, at patienten ikke så let får lungebetændelse. For det andet har personalet i Dronninglund fået øjnene op for vigtigheden af spiomatri-undersøgelser, der er en lungefunktionsundersøgelse. Disse undersøgelser blev ikke tidligere taget for hver enkelt KOL-patient, men på opfordring af lungemedicinerne, sker det nu helt systematisk inden udskrivelsen.

Overordnet synes den læring, der har været forbundet med det to delprojekter, at være godt forankret hos medarbejderne på de respektive afdelinger. Eksempelvis er der i Dronninglund udarbejdet en standardiseret arbejdsplan for hvornår og i hvilke tilfælde, der skal tages kontakt til Lungemedicinsk Afdeling. Den viden, der er affødt af projekterne, vil med andre ord ikke bortfalde, såfremt de to samarbejdskonstellationer ophører.

Fastholdelse af nye rutiner og procedurer

Mens fastholdelse af læring til en vis grad kan betragtes som en kognitiv proces, er fastholdelse af nye arbejdsgange som regel forbundet med en mere ressourcekrævende aktivitet. En fastholdelse af samarbejdskonstellationerne i deres nuværende form vil således kræve en fortsat ressourceafgivelse fra henholdsvis Endokrinologisk og Lungemedicinsk Afdeling. Noget man i Endokrinologisk Afdeling er indstillet på:

*”Det gode ved det er jo, at vi begge to ønsker det. Altså vores udgangspunkt det var måske, at Ortopædkirurgisk Afdeling de ønskede det, og vi var skeptiske overfor det. Nu er det faktisk sådan, at vi ønsker det begge parter og vil rigtigt gerne fortsætte.”* - Projektleder Endokrinologisk Afd.

Den ledelsesmæssige udfordring i forhold til samarbejdets videre forløb er dermed ikke et spørgsmål om endokrinologernes velvilje til at fortsætte aktiviteterne udenfor egen afdeling. Igen synes der nærmere at være tale om økonomiske udfordringer:

*”Et af vores delresultater har jo været, at der har været en reduktion i medicinske tilsyn, efter Endokrinologisk Afdeling er begyndt at gå stuegang, og det vi kan se er, at reduktionen indenfor de medicinske tilsyn, det ligge på tre andre specialer, ikke på det endokrinologiske på den måde. Så det vil sige, at det jo er en udfordring at få vist, at det er tre andre medicinske specialer, der faktisk høster frugten af, hvad et fjerde medicinsk speciale gør i en kirurgisk afdeling.”*- Projektleder Ortopædkirurgisk Afd.

Denne udfordring må dog siges at ligge hos niveauerne over projektledelsen, der blot kan gøre opmærksom på problematikken og efterspørge evaluering, der kan eftervise den asymmetriske fordeling af ’gevinster’. Ved at italesætte udfordringen gør projektledelsen samtidig opmærksom på de overordnede gevinster, projektet medfører i forhold til ressourcebesparrelse og mere væsentligt i forhold til den enkelte patient, der får et bedre og afkortet behandlingsforløb som følge af den hurtigere reaktion på de medicinske problemstillinger.

For KOL-projektet synes spørgsmålet om ledelsesforankring, eller nærmere mangel på samme, at bekymre projektlederen fra Lungemedicinsk Afdeling:

*”Vi arbejder jo i små øer, fuldstændigt autonomt, der er ikke nogen connection opadtil. Selvfølgelig ved de, at de her projekter er i gang, men der er jo ikke nogen sådan overordnet… Det kunne være godt for motivationen, hvis der er backup oppe fra. Det skal ledelsesforankres, og det er hele vejen op. Og det er en ting, der er rigtig svær at snakke om. Jeg kan godt sige det direkte; jeg har jo en centerchef, der siger – det ser vi lige på, og det er fint nok – han er utrolig god til ligesom at få tørret opgaverne af på andre, og på mange måder er det jo rigtigt fint med et ledelsesrum, men der er ligesom en grænse, især med sådan noget her, ellers bliver det de der pletvise ildsjæleafdelinger.”*

Frustrationen over den manglende ledelsesforankring og følelsen af lavt engagement fra de øvre ledelseslag er en potentiel meget stor udfordring for KOL-projektets videre forløb. Vigtigheden af at sikre ledelsesmæssig opbakning og opmærksomhed er netop noget af det, der går igen i litteraturen om forandringsprocesser (Weick 2000,Burnes 2004.). Ledelsesmæssig opbakning er nødvendig for at sikre de påkrævede ressourcer og for at få gennemslagskraft i organisationen. Udebliver den, kan de resultere i, at de medarbejdere, der agerer forandringsagenter, oplever at stå alene med forandringsprocessen, og det er problematisk. Som projektlederen fra Lungemedicinsk Afdeling her beskriver:

*”..på en eller anden måde så har man sluppet opmærksomheden, ja den snor, der egentligt skulle være i det. Så bliver man overladt lidt til sig selv, og det kan man også godt langt hen ad vejen, men det kræver godt nok vilje og engagement, for jeg kan jo ikke gøre det hele selv.”*

 ”…*jeg kan godt lukke det her ned nu. Ligeså snart jeg slipper, og det har jeg gjort lidt, så begynder det at smuldre.”*

Disse bekymringer bør i høj grad tages seriøst. Også selvom de kun kommer fra enkeltpersoner. Projekternes styrke, men samtidige svaghed, er nemlig, at de er drevet af ildsjæle, hvis energi og engagement er essentiel for projekternes eksistens. Og en ildsjæl er i ordets betydning altid i fare for at brænde ud. En stærk ledelsesopbakning og en klar opfølgning på projekterne bliver dermed en væsentlig forudsætning for deres succes. Netop opfølgning synes at have manglet i KOL-projektet. Nok er man lykkedes med en række af de opstillede målsætninger, men ikke alle delmål er indfriet. Eksempelvis er man ikke kommet i gang med at implementere et tilbud om NIV-behandling (Non-Invasiv Ventilation) i Dronninglund, hvilket betyder, at afdelingen (i skivende stund) ikke kan aflaste den lungemedicinske specialafdeling i Aalborg i det omfang, det ellers var tiltænkt.

Udbredelse af projekterne

Et led i udbredelsesstrategien for det overordnede projekt med relationel koordinering har været, at de enkelte delprojekter skal fungere som nedslagspunkter, hvorfra den relationelle skal forgrene sig til øvrige dele af organisationen. På linje med perspektiverne i Weick & Quinns afsluttende fase *optøning*, har strategien baseret sig på en ide om at slippe forandringsinitiativet fri. Og den strategi har umiddelbart virket.

I forlængelse af stuegangsprojektet har Endokrinologisk Afdeling forsøgt at etablere et samarbejde med psykiatrien omkring medicinsk stuegang hos anoreksipatienter. Denne type patienter ender ofte som kastebold mellem de psykiatriske og somatiske systemer. I udgangspunktet er de spiseforstyrrede patienter indlagt på en psykiatrisk afdeling, men i takt med at deres medicinske tilstand forværres overflyttes de ofte til en medicinsk afdeling. Her får man styr på den medicinske problemstilling, men har naturligt ikke i samme grad fokus på de psykiske problematikker. Ved at etablere en medicinsk stuegang efter samme skabelon som den samarbejdet med ortopædkirurgien er bygget op om, ville man kunne identificere de medicinsk udfordrede anoreksipatienter på et tidligere stadie. Det kan betyde, at patientens tilstand ikke forværres i en sådan grad at vedkomne må overflyttes til en somatisk afdeling, men kan blive i psykiatrien, hvor fokus fortsat vil være på behandling af den psykiske lidelse.

KOL-projektet har ligeledes affødt nye projektideer, både hos Lungemedicinsk Afdeling i Aalborg og Medicinsk Afdeling i Dronninglund. I Dronninglund har projektet været medvirkende til at skærpe fokus på det samlede patientforløb, og man har derfor i støbeskeen at etablere et samarbejde med kommunen omkring patientovergangen til primærsektoren. Denne videreudvikling af projektet bygger på en erkendelse af, at de gevinster, man opnår internt i sygehusvæsnet hurtigt kan gå tabt, hvis ikke sektorovergangene også effektiviseres og kvalitetsforbedres. Her forklaret af projektleder fra Dronninglund:

*”Det samlede patientforløb er nu i fokus. Det er helt klart afledt af det her projekt, vi er nu opmærksomme på, at vi vil kigge på noget i sektorovergange. Det giver mening, at den viden vi nu har, den også bringes ud til de nærliggende kommuner, vi har patienterne fra.”*

På Lungemedicinsk Afdeling i Aalborg besluttede man i kølvandet på projektet at opstarte et lignende samarbejde med Medicinsk Afdeling på Farsø Sygehus. Her var tanken, at man relativt gnidningsfrit ville kunne konvertere projekt-setuppet fra Dronninglund så et tilsvarende samarbejde kan komme i stand mellem Farsø og Aalborg.

Strandede visioner

Visionerne om udbredelse for både stuegangs – og KOL-projektet virker dog til at være gået i stå. Medicinsk stuegang hos anoreksipatienter er ikke blevet realiseret som følge af den klassiske problematik om ressourceknaphed. Ledelsen på Endokrinologisk Afdeling har ikke villet kaste sig ud i endnu et samarbejdsprojekt uden vished for, hvordan man vil blive økonomisk og ressourcemæssigt kompenseret. Ét er at få dækket lønudgifterne til den speciallæge, der skal gå den medicinske stuegang, noget andet er at få tilgået lægefaglige ressourcer til afdelingen. Som projektlederen fra Endokrinologisk Afdeling her beskriver:

*”Der har været en vision om også at udbrede den medicinske stuegang til psykiatrien – omkring anoreksipatienter – men det er strandet fordi vi (Endokrinologisk Afdeling red.) ikke kan blive ved med at afgive ressourcer i form af medicinske speciallæger uden at blive kompenseret for det. Det er ærgerligt at økonomien skal bremse gode og rent lægefagligt meget relevante projekter.”*

Udvidelsen af samarbejdet om regionens KOL-patienter er ifølge den lungemedicinske overlæge gået i stå, fordi både Farsø og Lungemedicinsk Afdeling er for pressede i forhold til de omstillinger og arbejdsopgaver den nye ledelsesorganisering har medført. Som det fremgår af det følgende citat, er projektsamarbejdet derfor ikke blevet effektueret:

*”..vi gik i gang med Farsø, og det var så også fint nok, men det ramlede så lige ind i, det var januar hvor det startede, og så ramte vi igen ind i FLO og det hele, og det har virkelig, også for dem dernede, har det været en stor omvæltning, så det er faktisk smuldret.”* – Projektleder Lungemedicinsk Afd.

Visionen om at udvide KOL-projektet til også at omfatte primærsektoren i Dronninglund risikerer ligeledes at møde udfordringer. Før omstruktureringen, hvor Lungemedicinsk og Medicinsk Afdeling i Dronninglund var i samme organisatoriske center, delte afdelingerne en oversygeplejerske, der varetog en række koordinerende opgaver i forbindelse med projektet. Med den nye struktur er den funktion bortfaldet, og arbejdsopgaverne er skubbet videre til en afsnitssygeplejerske, der ikke har erfaring med det koordinerende og kontaktmæssige arbejde, der er forbundet med en udbredelse af projektet.

Ud fra en teoretisk betragtning kan de fejlslagne udbredelsesinitiativer ses som udtryk for den emergente tilgangs svaghed i forhold til at gennemføre og fastholde forandringstiltag. De medarbejderinitierede og drevne forandringsprocesser har deres styrke i forhold til effektivt at udnytte intern viden og tilpasse forandringer til lokale afdelingsforhold, men er begrænsede af eksisterende organisationsstrukturer og egner sig derfor ikke til udbredelse af ændringer på tværs af organisatoriske skel (Aggerholm & Salomonsen forthcomming). Netop her har den ledelsesstyrede og planlagte proces en styrke. Fokus på fælles retning, bibringelse af rationalitet og legitimitet muliggør udbredelse af forandringsprocessen til hele organisationen. Ud fra den betragtning synes den institutionaliserende fase i begge delprojekter at savne elementer fra den planlagte forandringsstrategi.

Opsamling

For begge projekter ser den læring, der er affødt af det tværfaglige samarbejde, ud til at være godt forankret i arbejdsrutinerne på de respektive afdelinger. I forhold til at fastholde de nye procedurer er projekterne imidlertid udfordret af økonomiske og strukturelle forhold. Specielt KOL-projektet har været udfordret af den sideløbende omstrukturering, der dels har medført en øget arbejdsbyrde og dels har fjernet ressourcer i form af afskaffelse af den oversygeplejerske, Lungemedicinsk Afdeling tidligere delte med Medicinsk Afdeling i Dronninglund.

Udbredelsen af projekterne er gået i stå. Ikke fordi viljen og engagementet har haltet hos de pågældende projektledere, men fordi afdelingerne er økonomisk, ressourcemæssigt og strukturelt udfordrede.

# Diskussion af resultater

Projektets formål har været at undersøge hvilke ledelsesmæssige udfordringer, der er forbundet med at gennemføre en forandringsproces mod øget relationel koordinering. Denne undersøgelse er et resultat af tre hovedkomponenter og samspillet imellem dem. Henholdsvis: teori, design/metode og det empiriske undersøgelsesobjekt. I det følgende diskuteres analysens resultater samt de præmisser og forudsætninger, der ligger forud.

## Ledelsesmæssige udfordringer

Undersøgelsen har vist, at der ikke er noget entydigt billede af de ledelsesmæssige udfordringer i de to delprojekter. I henhold til analysens komparative udgangspunkt vil nærværende afsnit derfor diskutere forskelle og ligheder mellem de ledelsesmæssige udfordringer og reaktionerne på disse.

Forskelle

En grundlæggende forskel mellem de to projekter er, at der er tale om to forskellige typer af forandring: Det ene projekt overlapper faglige og organisatoriske skel, og det andet handler om overførsel af viden fra én matrikel til anden. En forskel der bl.a. er kommet til udtryk i den ledelsesmæssige udfordring, der knytter sig til skepsis blandt medarbejdere. Her var begynderskepsis tydeligvist mest udtalt i stuegangsprojektet, hvor endokrinolgiske speciallæger skulle gå stuegang i en kirurgisk afdeling. Et resultat der ikke umiddelbart kunne forudsiges på baggrund af den anvendte teoriramme. Nok kan det virke intuitivt, at et medicinsk speciale vil ytre skepsis i forhold til at skulle afgive ressourcer til en ortopædkirurgisk afdeling, ikke desto mindre ville et professionsteoretisk perspektiv kunne uddybe forståelsen af denne skepsis. Dét, den anvendte teoriramme imidlertid har kunnet bidrage med, er en forståelse af den ledelsesmæssige reaktion på medarbejdernes skepsis. Som analysen har vist, har den endokrinologiske projektleder løbende været i dialog med sine kollegaer omkring samarbejdet, og i høj grad inddraget deres input i udformningen af den medicinske stuegang. En tilgang der på mange måder stemmer overens med den organisationsforståelse, der ligger i det emergente perspektiv, hvor organisationer opfattes som lærende processer, og hvor forandring skabes på baggrund af fælles meningsdannelse og social interaktion.

Et andet resultat, hvorved de to delprojekter adskiller sig, er i forhold udfordringen forbundet med den sideløbende omstrukturering og nye ledelsesorganisering. Hvor stuegangsprojektet ikke har oplevet nævneværdige udfordringer i forbindelse med den nye struktur, har KOL-projektet tilsyneladende været betydeligt udfordret. Denne forskel har primært én årsag. Stuegangsprojektet er i udgangspunktet lanceret som et samarbejde, der går på tværs af organisatoriske skel, og bl.a. derfor er projektet ikke blevet forstyrret af den nye struktur, der bygger på otte klinikker frem for de tidligere fire centre. I KOL-projektet er situationen en anden. Her var Lungemedicinsk Afdeling i Aalborg og Medicinsk Afdeling i Dronninglund i samme medicinske center, da projektet blev initieret. Den præmis har imidlertid ændret sig, og de to afdelinger er i den nye struktur placeret i to forskellige klinikker, henholdsvis Klinik Hjerte-Lunge og Klinik Medicin. Udover at Lungemedicinsk Afdeling potentielt mister en række samarbejdsrelationer ved at blive taget ud af Klinik Medicinsk, har omstruktureringen også en ressourcemæssig konsekvens, idet den delesygeplejerske, der varetog en række opgaver i forbindelse med projektet, bortfalder. Det kan undre, at man fra den overordnede projektledelses side ikke proaktivt har forholdt sig til de potentielle udfordringer, den nye struktur ville medføre. At de to afdelinger ville blive placeret i forskellige klinikker i den nye struktur, har således været kendt på forhånd, og en tidlig italesættelse af det forhold kunne have forberedt projektlederne på eventuelle problemer.

Endeligt fremhæver analysen en forskel i den forandringskommunikation, der er anvendt i de forskellige projekter. Forandringskommunikation er ikke blevet udrullet i opgavens teoriafsnit, men den er en væsentlig del af ledelsesadfærden i både det planlagte og emergente forandringsperspektiv. Forskellene i projektledelsernes forandringskommunikation er ikke imellem projekterne som sådan, men knytter sig til måden hvorpå, der kommunikeres til de enkelte faggrupper i de respektive delprojekter. Der er en generel tendens til, at medarbejdere i de ’udøvende’ funktioner i højere grad inddrages i dialog om projektets indhold og udformning. En strategi, der overvejende baserer sig på den emergente forståelse af forandringskommunikation. Med afsæt i den idealtypiske fremstilling af den planlagte forandringskommunikation, kan kommunikationen til de medarbejdere, der er i den ’modtagende’ funktion omvendt siges at have en informativ karakter, hvor hovedformålet er at sikre en forventningsafstemning. Ret beset er der derfor ikke tale om en egentlig forskel mellem de to projekter, men snarere om en lighed i de mere eller mindre bevidst anlagte kommunikative forandringsstrategier.

Ligheder

En ledelsesmæssig udfordring, der synes at gå igen i det to projekter, er økonomiske og ressourcemæssige forhold. Det kan dog næppe betragtes som nogen overraskelse, da sygehussektoren generelt må ses som et felt under økonomisk pres. Det overraskende er imidlertid, at man i begge tilfælde ikke på et tidligere tidspunkt, har fundet eller indstillet sig på at finde en fordelingsnøgle, så projekternes eventuelle gevinster fordeles på en retfærdig vis. Hermed ikke sagt at det er nogen nem øvelse, men alene udsigten til en form for pro-rata-fordeling, kan skabe en tryghed hos afdelingsledelsen, der således ikke vil være tilbageholden med at indgå i nye tværfaglige samarbejdskonstellationer.

En anden udfordring, de to delprojekter har haft til fælles, har været udfordringer i forbindelse med at overbevise de øvrige medarbejdere om fordelene ved at omtænke de respektive lægefunktioner til i højere grad at udøve aktiviteter i andre afdelinger. En proces der i analysen er betegnet som *kognitiv begrebsudvidelse* i projekternes forandrende fase. At denne ledelsesmæssige udfordring alene knyttes til den forandrende fase, skal betragtes som en teoretisk prioritering snarere end et reelt billede af forandringsprocessen. I praksis har projektledelserne gennem hele forløbet måtte fremhæve fordelene ved at udøve aktiviteter i andre afdelinger. Den *kognitive begrebsudvidelse* er dermed ikke en klart afgrænset proces, men en løbende udvikling blandt såvel medarbejdere som projektledelserne i alle faser af de pågældende forandringsprocesser.

I analysen af den forandrende fase, blev der tilsvarende gjort opmærksom på udfordringen i forhold til at undgå uplanlagt opgaveglidning fra ortopædkirurgerne til de endokrinologiske speciallæger. Opgaveglidning har imidlertid også været en udfordring i KOL-projektet. Her har problematikken blot udspillet sig med modsat fortegn. Et delmål for projektet har netop været at fremme opgaveglidning mellem Lungemedicinsk Afdeling i Aalborg og Medicinsk Afdeling i Dronninglund. Kompetenceudvikling af personale og nye behandlingstilbud i Dronninglund har ganske givet forbedret de lokale behandlingstilbud til patienter med KOL, men projektet har ikke i det ønskede omfang medført en aflastning af den højtspecialiserede lungemedicinske universitetsafdeling.

Det væsentligste resultat fra analysen af den institutionaliserende fase knytter sig til udfordringer i forhold til udbredelse af projekterne. Her er planerne om udbredelse i begge tilfælde gået i stå. Det skyldes dels økonomisk, ressourcemæssige og strukturelle betingelser, men kan også delvist tilskrives den anlagte udbredelsesstrategi. En strategi der i udpræget grad har baseret sig på en ”bottom-up” tilgang, hvor initiativet til videre udbredelse af projekterne er overladt til de enkelte projektledelser.

I et forsøg på at samle op på de i analysen identificerede udfordringer fremgår af figur 4 både de teoretisk indfangede og empirisk observerede ledelsesmæssige udfordringer. Udfordringerne går igen i begge projektprocesser, men med forskel i styrke. Placeringen af udfordringerne i det todimensionelle system skal tolkes som udtryk for de ledelsesmæssige strategier, der er anlagt for at imødegå dem. Pilen til højre i figuren illustrer de ledelsesmæssige udfordringer, de forandringsteoretiske perspektiver ikke har været i stand til at indfange. Udfordringer hvor der samtidig ikke synes at være en klar strategi for, hvordan de håndteres.

Figur 4: Teoretisk indfangede og empirisk observerede ledelsesmæssige udfordringer - Egen figur.

## Teoretiske begrænsninger og bidrag

En konsekvens af rapportens brug af en idealtypisk fase-model er, at analysen bliver meget struktureret og fokuseret omkring selve modellen og de implicerede faser. Inddelingen af de ledelsesmæssige udfordringer i de tre faser er derfor ikke et ”en til en-billede” af de reelt oplevede udfordringer, men en tilnærmet gengivelse. Risikoen ved at anvende en idealtypisk model er, at der fokuseres på selve modellen i en sådan grad, at bedre forklaringsfaktorer nedtones, hvis ikke de er begrebsliggjort i det anvendte teoriapparat. Den problematik er forsøgt imødegået ved brugen af den abduktive tilgang, og analysen fremhæver således også ledelsesmæssige udfordringer, der er resultater af kontekstuelle forhold, som de teoretiske perspektiver ikke har kunnet indfange.

En styrke ved de anvendte teoretiske perspektiver er imidlertid, at de er med til at skabe en vis struktur og overskuelighed i analysen. Udover at inddele analysen i tre stadier skaber teorien en klar forståelsesramme, der gør det muligt at indfange og kategorisere de empiriske observerede udfordringer, og den ledelsesmæssige respons på dem. Selvom de belyste cases overvejende understøtter den anvendte teoriramme, er der tilfælde, hvor de teoretiske perspektiver ikke har stor forklaringskraft i forhold til de udfordringer, der synes at influere på forandringsprocesserne med relationel koordinering. Her har kapitlet *Kontekstualisering* til gengæld kunnet supplere med forklaringer, og analysen har således, jf. figur 4, peget på betydningen af sideløbende forandringsprocesser, økonomiske – og ressourcemæssige rammer samt prioriteringer fra øvre ledelsesniveauer.

# Konklusion

I henhold til specialets problemformulering, har formålet med opgaven været at undersøge hvilke ledelsesmæssige udfordringer, der er forbundet med at gennemføre en forandringsproces mod øget relationel koordinering, med henblik på at skabe sammenhæng i patientforløb. Problemstillingen er belyst ud fra et projektledelsesperspektiv, og de ledelsesmæssige udfordringer knytter sig derfor til udfordringer, der kommer både oppe, nede og udefra. Undersøgelsen er baseret på en komparativ analyse af to delprojekter og er struktureret efter en tre-fasemodel inspireret af opgavens forandringsteoretiske teoriramme. Konklusionen er tilsvarende bygget op omkring udfordringerne i de tre faser, men inddrager perspektiverne fra diskussionen, således at der kan gives et samlet svar på problemformuleringen. Endeligt opstilles en række anbefalinger til fremtidige projektprocesser med relationel koordinering.

Ledelsesmæssige udfordringer i den indledende fase

Analysen har vist, at forandringsskepsis blandt medarbejderne kan være særligt udtalt i den indledende fase. En skepsis der bunder i en frygt for at miste sin faglige platform og muligheden for at yde patienten den bedst mulige behandling. Graden af denne skepsis afhænger dog i høj grad af, hvilken type af forandring projektet medfører. Såfremt projekterne overlapper faglige skel, vil der være en større tendens til ’begynderskepsis’. Desuden er skepsis mest udtalt blandt de medarbejdere, der er i den ’udøvende’ funktion.

En anden ledelsesmæssig udfordring i den indledende fase er uklarhed omkring økonomiske omstændigheder, der potentielt udgør en trussel mod projekternes tilblivelse og videre forløb. Analysen peger derfor på vigtigheden af at finde en økonomisk og ressourcemæssig fordelingsnøgle allerede i forandringsprocessens indledende fase. Den ledelsesmæssige udfordring handler dermed om, at skabe en økonomisk tilskyndelse til at handle i hele sygehusets interesse. Der skal med andre ord skabes et (økonomisk) incitament for de pågældende afdelinger til at engagere sig i horisontale arbejdsprocesser i et reciprokt sygehussystem.

Ledelsesmæssige udfordringer i den forandrende fase

Analysen af den forandrende fase har overordnet peget på ledelsesmæssige udfordringer forbundet med det, der i teoretiske termer betegnes som *kognitiv begrebsudvidelse*. Udfordringerne har her bestået i at overbevise medarbejderene om fordelene ved at omtænke de respektive lægefunktioner til i højere grad at udøve aktiviteter i andre afdelinger. Ligesom den indledende fase har udfordringen derfor bestået i, at skabe et incitament til at engagere sig i en horisontal arbejdsproces. Incitamentet har ikke været økonomisk, men personligt/fagligt i den forstand, at den enkelte medarbejder opnår en vis tilfredsstillelse ved at udføre lægefagligt relevante opgaver.

Ledelsesmæssige udfordringer i den institutionaliserende fase

Analysen af den institutionaliserende fase peger primært på udfordringer i forhold til udbredelse af projekterne. Her er planerne om udbredelse i begge tilfælde gået i stå. I forhold til stuegangsprojektet skyldes dét overvejende de føromtalte økonomiske og ressourcemæssige forhold. For KOL-projektet skyldes det hovedsageligt den sideløbende strukturelle forandringsproces. Den fejlslagne udbredelse kan dog også delvist tilskrives den anlagte udbredelsesstrategi, der i udpræget grad har baseret sig på en ”bottom-up” tilgang, hvor initiativet til videre udbredelse af projekterne er overladt til de enkelte projektledelser.

## Sammenfatning

Et nærliggende spørgsmål i forhold til ekstern validitet er, hvorvidt rapportens konklusioner kan generaliseres ud til en større ’population’. Det korte og forsimplede svar er: Det kan de ikke. Et kvalitativt casestudie lider ofte under en problematik, der i metodelitteraturen betegnes som ”the small N problem” (Bureau & Salomonsen 2011). Problemet er, at man vanskeligt kan sige noget generelt på baggrund af en undersøgelse af få cases, og generaliserbarhed i traditionel forstand er derfor ikke mulig. Når analysens resultater så alligevel er særdeles brugbare i et bredere perspektiv, er det fordi, de er med til at kaste lys over en større problemstilling, der knytter sig til ledelsesmæssige udfordringer i forhold til at fremme horisontale arbejdsprocesser i stærkt professionaliserede og gensidige afhængige offentlige systemer.

I diskussionen af organisationsforandring er en væsentlig faktor nemlig, hvorvidt organisationen agerer i en offentlig eller privat kontekst. Offentlige organisationer møder ofte en række udfordringer, som private virksomheder ikke i samme grad oplever. Selve den bureaukratiske organisatoriske opbygning betyder, at der i et offentligt system er mange autoritære beslutningstagere, mens der samtidig er både ansvars- og rapporteringspligt overfor flere forskellige niveauer. Dette betyder, at gennemførsel af en forandringsproces mod øget horisontal arbejdsdeling kræver støtte fra flere forskellige grupper i organisationen, og det er ikke altid lige let opnå, da der i offentlige organisationer ofte er interessekonflikter. Den overordnede udfordring bliver derfor at skabe en incitamentsstruktur, der tilskynder en øget grad af tværfagligt og tværorganisatorisk samarbejde. En struktur der med fordel kan koncentreres om tre forhold: 1) Den samlede økonomiske gevinst forbundet med at arbejde sammen på tværs, 2) den personlige gevinst ved at udføre lægefagligt relevant arbejde, og 3) gevinsten for patienten, der får et bedre og mere sammenhængende behandlingsforløb.

## Anbefalinger

På baggrund af observationer og analyse af de to delprojekter, fremsættes der i det følgende en række anbefalinger til fremtidige projektprocesser med relationel koordinering. Det er vigtigt at påpege, at anbefalinger ikke blot er en repetition af forandringsteoretiske pointer, men har rod i konkrete eksempler fra de to cases:

1. Specificer formålet med projektet, og hvorfor det skal gennemføres

Det er essentielt, at vigtigheden af projektet fremstår tydeligt for alle implicerede parter, både topledere, mellemledere og frontmedarbejdere. Derfor skal projektets formål og nødvendigheden af dets gennemførelse stå klart for alle. En pointe der skal gentages under hele processen, således at ingen er i tvivl om, hvorfor den pågældende forandring skal gennemføres.

2. Skab økonomisk og personlig/faglig tilskyndelse til at handle i hele sygehusets interesse

Det er vigtigt at skabe et økonomisk incitament for de pågældende afdelinger til at engagere sig i tværfaglige og tværorganisatoriske samarbejdskonstellationer. Det kan gøres ved at finde en økonomisk og ressourcemæssig fordelingsnøgle allerede inden forandringsprocessens indledes. Tilsvarende er det vigtigt at sikre, at den enkelte medarbejder tager engagement og ejerskab for projektet. En proces der kan fremmes ved at fremhæve de personlige gevinster, der ligger i at udføre lægefagligt relevant arbejde på tværs af organisatoriske skel.

3. Følg ikke ukritisk én forandringsmodel

En forandringsmodel skal ikke følges blindt, og ofte kan det være en fordel at kombinere forskellige strategier. Der kan eksempelvis være forskel på den måde, man inddrager henholdsvis den ’udøvende’ og ’modtagende’ part. Derudover skal der tages højde for projektets karakter, eksempelvis om det overlapper medicinske og kirurgiske specialer.

4. Skab ledelsesmæssig forankring

Ledelsesopbakning fra alle relevante ledelsesniveauer er essentiel. Uden den relevante opbakning risikerer projektledelsen at tabe engagement, og der kan opstå tvivl blandt medarbejderne om forandringens nødvendighed.

5. Vær opmærksom på sideløbende forandringsprocesser

Det er vigtigt proaktivt at forholde sig til eventuelle forhindringer, som sideløbende forandringsprocesser kan medføre. Ændrer eksterne forhold ved de præmisser som projektet er initieret på, er det vigtigt at gøre opmærksom på de tekniske og ressourcemæssige problemer, det eventuelt måtte medføre. Det reducerer risikoen for frustration hos projektledelsen og kan imødegå et såkaldt ’burnout’, hvor projektledelsen kører træt i projektprocessen, fordi man opfatter den sideløbende forandring som værende i konflikt med projektet.

# Referenceliste

Aggerholm, Salomonsen. Working paper – forthcoming; 2013.

Borum F. *Strategier for organisationsændring.* Handelshøjskolens forlag; 1995.

Borum F. *Ledelse I sygehusvæsenet.* Handelshøjskolens forlag; 2003.

Burnes B. *Kurt lewin and the planned approach to change: A Re‐appraisal.* Journal of Management studies; 2004.

[Cramm, Murray](http://www.refworks.com/refworks2/?r=references|MainLayout::init), [Nieboer, Petra](http://www.refworks.com/refworks2/?r=references|MainLayout::init). *Relational coordination promotes quality of chronic care delivery in Dutch disease-management programs.* [Health Care Manage.Rev](http://www.refworks.com/refworks2/?r=references|MainLayout::init); 2012.

De Vaus D. *Research design*. Thousand Oaks; 2004.

French WL, Bell C, Zawacki RA. *Organization development: Theory, practice, and research.* Business Publications; 1978.

Gittell JH. *High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience.* McGraw-Hill New York; 2009.

[Gergen, K. J](http://www.refworks.com/refworks2/?r=references|MainLayout::init). *Social comparison, self-consistency, and the concept of self*. [J.Pers.Soc.Psychol.](http://www.refworks.com/refworks2/?r=references|MainLayout::init) American Psychological Association; 1970.

Jespersen PK. *Changing professional autonomy?: Quality development in hospitals and the medical professions in denmark and norway*. EGOS ColloquiumJuly 10-12 2008 Amsterdam; 2008.

Jægerums. *Det postmoderne* lederliv. UCN act2learn LEDELSE & HR;2013.

Kotter JP. *Leading change.* Harvard Business Press; 1996.

Kvale S. The psychoanalytic interview as qualitative research. *Qualitative Inquiry*; 1999.

Lerborg, L. *Styringsparadigmer i den offentlige sektor*. Jurist-og Oekonomforbundets Forlag; 2011.

Maaløe E. *Casestudier af og om mennesker i organisationer-forberedelse, feltarbejde, tolkning og sammendrag af data for eksplorativ integration, test og udvikling af teori*. Akademisk forlag, 2. udgave; 2002.

Mintzberg H. The structuring of organizations: *A synthesis of the research*. University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in Entrepreneurship; 1979.

Nielsen, Ry. *Anderledes tanker om Leavitt: en klassiker i ny belysning*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne; 2002.

Palmer I, Dunford R, Akin G. *Managing organizational change: A multiple perspectives approach.* McGraw-Hill Irwin New York; 2009.

Røvik KA. *Moderne organisasjoner: Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet.* Fagbokforlaget Bergen; 1998.

[Schein, Edgar H](http://www.refworks.com/refworks2/?r=references|MainLayout::init). *Kurt Lewin's change theory in the field and in the classroom: Notes toward a model of managed learning.* [Systems Practice](http://www.refworks.com/refworks2/?r=references|MainLayout::init); 1996.

Timm Helle. *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet.* Books on Demand BmBH, København, Danmark; 2010.

Weick KE. Emergent change as a universal in organizations. *Breaking the code of change*; 2000.

Weick KE, Quinn RE. *Organizational change and development.* Annu Rev Psychol; 1999.

Yin RK. *Case study methods.* Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2006.

Zeuthen [B., Eva](http://www.refworks.com/refworks2/?r=references|MainLayout::init); [Borum, Finn](http://www.refworks.com/refworks2/?r=references|MainLayout::init); [Erlingsdottir, Gudbjørg](http://www.refworks.com/refworks2/?r=references|MainLayout::init); [Sahlin-Andersson, Kerstin](http://www.refworks.com/refworks2/?r=references|MainLayout::init). *Når styringsambitioner møder praksis: den svære omstilling af sygehus-og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige.* Handelshøjskolens Forlag; 1999.

Andre referencer

Videnscenter for Velfærdsledelse; 2011.

Caserapport om Relationel koordination i Region Nord. *Koordinering af samarbejdet omkring medicinske problemstillinger hos ortopædkirurgisk* patienter; 2013

1. Egen definition med inspiration fra Aggerholm & Salomonsen forthcoming [↑](#footnote-ref-1)