**Forord**

Dette speciale er udarbejdet i foråret 2013 til aflevering 1-7-13, indenfor det overordnede tema, organisation og forvaltning, på kandidatuddannelsen for Politik og Administration på Aalborg Universitet. Specialet undersøger ledelsesrollerne blandt de ledende læger og sygeplejersker på Aalborg Universitetshospitals operative niveau, set i lyset af en ledelsesmæssig omstrukturering iværksat fra januar 2013. I den forbindelse skal der rette en tak til alle de personer, som har været behjælpelig i forbindelse med udarbejdelsen af specialet. Først og fremmest takkes klinikcheferne Henrik Imer Nielsen, Anne Dorthe Bjerrum samt Odd Ravlo for deltagelse i interview, samt øvrige deltagende specialeledende overlæger og afsnitsledende sygeplejersker fra de tre respektive klinikker, Klinik Anæstesi, Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi og Klinik Hoved – Orto. Derudover rettes der ligeledes en tak til administrativt personale på Aalborg Universitetshospital for formidling af både kontakter, oplysninger og formelle dokumenter.

Sidst, men ikke mindst en særlig tak til min vejleder Heidi Houlberg Salomonsen for kyndig og konstruktiv vejledning gennem hele forløbet

*Projektet er udarbejdet af:*

----------------------------------------

Jacob Frank Nielsen (2007-1738)

**Abstract**

This project is focusing on the hybrid management role among the first line leading physicians and nurses in Danish hospitals. The Danish hospital, Aalborg Universitetshospital, changed radically in the beginning of 2013. The structure of management both on center clinical level and first line department level has been reorganized, and especially the first line management is investigated in this project. For more than twenty years the same management structure has been used on the hospitals departments, which included a chief physician and chief nurse who in equal collaboration managed the department. In the new structure the physicians and nurses still manage on equal terms in the first line management at the hospital, but the departments no longer exists. Instead the physicians is now organized by their medical specialties with a chief physician in charge of the other physicians educated in that particular medical specialty. The departments have been replaced by smaller units similar to the departments, which are now managed by a single chief nurse. The smaller department units are attached to a certain medical specialty and typical each medical specialty has several department units attached. Thereby the chief physician and the chief nurse still have to collaborate and manage the first line level on the hospital. They both have responsibilities to their professions, economic management, staff management and others that demands abilities to combine their professional knowledge with general organizational management. This combination of professional management and general management is widely known as hybrid management. This project aims to investigate how hybrid management is developing in the shade of the new structures at the first line level.

To investigate this, three different center clinics has been chosen to be further investigated to determine differences and similarities in how hybrid management is conducted. Aalborg University Hospital consists of eight different center clinics, with every clinic consisting of either similar medical specialties or department units that often collaborate in relation to the same patients. As said, three of these clinics have been chosen from different criteria where a chief physician and a chief nurse of each clinic along with the head manager of each clinic has been interviewed to investigate different incarnations of hybrid management. Nine interviews are thereby conducted in this project. Alongside the interviews formal documents is analyzed to further investigate whether differences occur within the formal described management roles and the actual way the roles are conducted.

The theory used in this project is partly based on three conceptualizations of hybrid management developed by Haldor Byrkjeflot and Peter Kragh Jespersen. The three conceptualizations is the clinical manager, the commercialized manager and the neo-bureaucratic manager, with different characteristics attached. To elaborate on the collaboration between the chief physicians and nurses and how it affects their hybrid management role, a theory of the system of professions by Andrew Abbott is also used.

The result of the projects investigations is that the chief physicians develop quite different hybrid management roles depending on what their specialty is, how large their specialty is and other local circumstances that shape their management role. For instance, the number of physicians organized in a particular medical specialty may vary from 11 to 75, which naturally affects the time used on staff management. Physicians have in general received a reduced number of staff members and thereby in general less focus on staff management, but locally that turn out not to be the case always. On the other hand the hybrid management role of the chief nurses develops in quite the same way on all three investigated clinics. There is a wide spread recognition in the interviews that the chief nurses have to be half staff managers and half administrative managers. In general the first line managers seem to be forced to respond to an increasing number of assignments regarding quality-development and documentation coming from decentralized and centralized sources. A development that perhaps shapes the hybrid management role to become more neo-bureaucratic.

Indhold

[Indledning 6](#_Toc360434751)

[Problemfelt 7](#_Toc360434752)

[Tidligere Forskning 10](#_Toc360434753)

[Peter Kragh Jespersens undersøgelse af hybridledelse 11](#_Toc360434754)

[Motivering og afgrænsning 12](#_Toc360434755)

[Problemformulering 14](#_Toc360434756)

[Videnskabsteoretisk grundlag 14](#_Toc360434757)

[Hospitalets institutionelle omgivelser 15](#_Toc360434758)

[Udvikling i dansk operativ hospitalsledelse 17](#_Toc360434759)

[*Dansk hospitalsledelse før 1980’erne* 17](#_Toc360434760)

[*Vejen til delt afdelingsledelse* 18](#_Toc360434761)

[*Centerstruktur etableres på danske hospitaler* 21](#_Toc360434762)

[Styringsrationaler i hospitalsvæsenet 22](#_Toc360434763)

[Teoriapparat 23](#_Toc360434764)

[*Hybridledelse – spændet mellem faglig og generel ledelse* 23](#_Toc360434765)

[Faglig ledelse 26](#_Toc360434766)

[Generel ledelse 27](#_Toc360434767)

[Hybridledelse – En mellemvej 28](#_Toc360434768)

[Abbotts professionelle jurisdiktioner 32](#_Toc360434769)

[Design og metode 34](#_Toc360434770)

[*Valg af casedesign* 35](#_Toc360434771)

[Metodologiske overvejelser 36](#_Toc360434772)

[*Caseudvælgelse og komparativt casedesign* 37](#_Toc360434773)

[Casebeskrivelse 38](#_Toc360434774)

[Klinik Anæstesi 38](#_Toc360434775)

[Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi 39](#_Toc360434776)

[Klinik Hoved – Orto 39](#_Toc360434777)

[Metodiske overvejelser 40](#_Toc360434778)

[Dokumentstudier 40](#_Toc360434779)

[Kvalitative forskningsinterview 41](#_Toc360434780)

[Operationalisering af teori 42](#_Toc360434781)

[Operationalisering 43](#_Toc360434782)

[Analysens opbygning 44](#_Toc360434783)

[Analysens struktur 45](#_Toc360434784)

[Analysedel 1. 46](#_Toc360434785)

[Ledelsesorganisering og beskrivelse af operative roller på formelt plan 46](#_Toc360434786)

[Aalborg Universitetshospital – Fra centre til klinikker 46](#_Toc360434787)

[Modernisering af klinisk ledelse 49](#_Toc360434788)

[Formelle beskrivelser af specialeledende overlægers og afsnitsledernes rolle 52](#_Toc360434789)

[Implementering af den nye ledelsesmæssige organisering 53](#_Toc360434790)

[Opsamling på analysedel 1 54](#_Toc360434791)

[Analysedel 2 54](#_Toc360434792)

[Undersøgelse af de operationelle ledelsesroller via kvalitative interviews 55](#_Toc360434793)

[Den specialeledende overlæges rolle som leder 55](#_Toc360434794)

[Specialeledende overlæger som hybridledere 61](#_Toc360434795)

[De afsnitsledende sygeplejerskers rolle som ledere 63](#_Toc360434796)

[Afsnitslederne som hybridledere 68](#_Toc360434797)

[Arbejdsdeling mellem de specialeledende overlæger og afsnitsledere 70](#_Toc360434798)

[Specialeledende overlæger og afsnitsledernes markering af jurisdiktioner 75](#_Toc360434799)

[Opsamling på analysedel 2 76](#_Toc360434800)

[Analysens samlede resultater 78](#_Toc360434801)

[*Kilde: Egen model* 79](#_Toc360434802)

[Diskussion – Hvor er Hybridledelse på vej hen? 79](#_Toc360434803)

[Konklusion 81](#_Toc360434804)

[Litteraturliste 82](#_Toc360434805)

# 

# Indledning

Aalborg Sygehus blev på mange måder en forandret organisation ved årsskiftet 2012-13. Først og fremmest blev det officielle navn nu skiftet til Aalborg Universitetshospital, med større fokus på forskning og samarbejde med Aalborg Universitet. Derudover tog otte nye klinikchefer, med dertilhørende stabe, fat på arbejdet i en organisation, inddelt efter nye strukturelle rammer der efter sigende er tilpasset fremtidens krav om effektive patientforløb og moderne ledelsesbegreber og strukturer.

Den virkelige nyskabelse, som ikke er set hidtil i dansk kontekst, er imidlertid ikke de ovennævnte ændringer men derimod de ændringer foranstaltet ude på det operative afdelingsniveau, også kaldet det udførende niveau. Den daglige ledelse skal nu varetages på en helt anden måde end den hospitalet har anvendt i over 20 år og bryder med en ellers dominerende ledelsesmodel i det danske hospitalsvæsen. Den hidtidige sideordnede afdelingsledelse bestående af en ledende overlæge og en oversygeplejerske er således ophævet og en ny omstruktureret ledelsesmodel er taget i brug. En lang række spørgsmål melder sig i kølvandet på ændringerne. Et af disse spørgsmål er hvad omstruktureringen kommer til at betyde for de operative lederes ledelsesroller? Er forventningerne til lederne fortsat de samme, eller sker der forskydninger i forhold til fokus på faglighed, personaleledelse, økonomistyring m.m. Et endegyldigt svar på disse spørgsmål kræver naturligvis erfaringsindsamlinger over en længere periode, men allerede nu kan der spores tendenser til hvorledes den moderne operative sygehusleder på Aalborg Universitetshospital skal se ud.

# Problemfelt

Afdelingsledelse på danske sygehuse og hospitaler har, med ganske få undtagelser, siden 80’erne været baseret på ét og samme princip gennem det danske sygehusvæsen: Delt afdelingsledelse bestående af en ledende overlæge og en oversygeplejerske med et sideordnet ledelsesansvar. Denne model dominerer stadigt på de danske sygehuse og har sin baggrund i, at et udvalg under indenrigsministeriet, kaldet produktivitetsudvalget, i 1984 fandt frem til at de faglige beslutninger på det operative afdelingsniveau ikke modsvarede de økonomiske konsekvenser af deres beslutninger (Jespersen 2005; Bendix et al. 2008). Udvalget foreslog på den baggrund en række ændringer af de hidtidige ledelsesstrukturer, hvilken kort sagt anbefalede at inddrage de dominerende professioner i ledelserne, herunder også på operativt niveau, og gøre dem ansvarlige for budgetterne. Administrativ og sundhedsfaglig ledelse skulle så at sige fusioneres i ledelsesrollen (Bendix et al. 2008). Resultatet blev, som nævnt i den indledende sætning, en ledelsesmodel hvor en administrerende overlæge og en oversygeplejerske fungerer som sideordnede ledere. Lægen har i denne model ansvaret for behandlingen og oversygeplejersken for plejen af patienterne, hvorimod de øvrige ledelsesopgaver deles i fællesskab, med en mulighed for at gå til sygehusledelsen med eventuelle uenigheder der skal løses (Sognstrup 2003; Jespersen 2005).

Baggrunden for at netop denne model opstod, kan bl.a. findes i de to store professioner, læger og sygeplejerskers, historiske dominans i det danske hospitalsvæsen. Læger har traditionelt haft den opfattelse og deraf interne ledelsesstrategi, at de bør besidde lederrollen på de danske sygehuse, ikke blot på behandlingsområdet, men også overordnet i forhold til de øvrige professioner på sygehusene. Omvendt har sygeplejeprofessionen et ligeså stærkt ønske om at bevare et monopol på plejeområdet, samtidigt med at de ønsker en ligestilling med lægeprofessionen, således de ikke blot bliver opfattet som et støttefag til lægerne (Sognstrup 2003). Op til ændringerne i 80’erne blev lægernes ønske i vid udstrækning tilgodeset, hvor de ledende overlæger i høj grad besad en entydig og suveræn ledelse på afdelingsniveau, mens sygeplejerskerne generelt blev opfattet som en hjælpeprofession. Siden indførelsen af delt afdelingsledelse og de nye krav om administrativ ledelse på det operative niveau, har sygeplejerskerne derimod opnået intentionerne om at blive formelt ligestillet med lægerne.

Sygeplejeprofessionens ønske om at opnå ligestilling, kan dog ikke alene tilskrives æren for at afdelingsledelsen fik den udformning som den gjorde. Hele baggrunden for at ændre på ledelsesstrukturen på sygehusene opstod netop som følge af et stigende fokus på den utilfredsstillende økonomiske administration på sygehusene. En tendens der opstod i 80’erne både i dansk og international kontekst. Med tiltrædelsen af den borgerlige Schlüter-regering i 1982, kom der et øget fokus på at effektivisere administrationen af offentlige organisationer og værktøjer til økonomistyring og effektivisering, med inspiration fra den private sektor, blev introduceret via det der bredt kaldes New Public Management (NPM). Et styringsparadigme der har domineret indretningen af den offentlige sektor, nationalt såvel som de øvrige vestlige lande, de sidste 30 år (Ejersbo og Greve 2008).

Overført specifikt til sygehusorganisationerne tales der her om et skifte i styringsrationalet fra et lægefagligt rationale, som har domineret historisk set, med stærkt fokus på kerneydelser og faglig ekspertise, til et administrativt/økonomiske rationale der nu sætter fokus på økonomisk effektivitet, med øje for høj kvalitet og mindsket ressourcespild (Borum et al. 2003). Det nye fokus på økonomi og administration og nye krav til ledelserne på sygehusafdelingerne om evner indenfor administration, økonomistyring og personaleledelse, har også påvirket synet på de ansattes ledelsesbaggrund. De nye krav fik flere forskere indenfor ledelse til at anbefale at ansætte ledere med en generel ledelsesuddannelse som baggrund, for at undgå en fastholdelse af det hidtidige faglige fokus, som ansås som faren ved blot at fortsætte med sundhedsfaglige ledere (Jespersen 2005).

En debat om det fornuftige i at ansætte ledere med en generel ledelsesuddannelse som baggrund, frem for sundhedsfaglige ledere har eksisteret i både dansk og international forskning(Ibid.). Faktum er dog, at anbefalingerne om at ansætte operative ledere med en generel ledelsesuddannelse og ekspertise i økonomistyring, personaleledelse, organisationsforståelse m.m. ikke er slået igennem på de danske sygehuse. Derimod har tendensen været, at ansætte ledende sundhedsfagligt uddannede personer, læger og sygeplejersker, der i en vis udstrækning har tilegnet sig generelle ledelseskompetencer. På den måde er der i vid udstrækning opstået en mellemting mellem den faglige leder og den generelle leder kaldet en hybridleder (Bendix et al. 2008; Jespersen 2005)

Hybridledelse dækker således over den operative leder som formår at kombinere både de faglige og de generelle ledelsesværktøjer, og har i de senere år været den mest udbredte ledelsestype i forhold til at leve op til de ledelseskrav, der stilles til sygehusene, både internt og eksternt fra sygehusenes omgivelser.

Som tidligere nævnt er den delte afdelingsledelse med fælles ansvarsdeling, på alle øvrige områder end behandling og pleje, fortsat den dominerende ledelsesmodel på de danske sygehuse. På Aalborg Universitetshospital er der, fra januar 2013, imidlertid sket et markant skifte forhold til den ledelsesmæssige organisering. På baggrund af en ekstern konsulentrapport udformet af firmaet Muusman/4improve, blev det i september 2010 besluttet af Nordjyllands Regionsråd, at omorganisere alle sygehusene i Region Nordjylland, herunder også Aalborg Universitetshospital, med tre overordnede mål for øje (Region Nordjylland 2012). De tre opstillede mål var:

* **Centerdannelse** (Samling af afdelinger i meningsgivende større enheder)
* **Patientforløbsbeskrivelser** (Patientens forløb styrende for struktur og fokus)
* **Modernisering af klinisk ledelse** (Mere entydig og klart defineret ledelse)

Det sidste punkt vedrørende modernisering af klinisk ledelse udmøntede sig i en konkret ændring af afdelingsledelserne. Den delte afdelingsledelse bestående af en ledende overlæge og en oversygeplejerske er ophævet og erstattet med en helt ny struktur særegen i en dansk kontekst. Således er afdelingerne i traditionel forstand ikke eksisterende længere, men består nu af enkelte afsnit, som hver har en afsnitsledende sygeplejerske med ansvaret for den daglige ledelse på afsnittet. Lægerne er i denne struktur organiseret på baggrund af deres specialer med en ledende overlæge i spidsen for hvert speciale, med de øvrige specialelæger organiseret under den specialeledende overlæge. De forskellige specialer har typisk flere afsnit tilknyttet, og de afsnitsledende sygeplejersker skal under hvert speciale i høj grad selv koordinere og aftale indbyrdes ansvar og ledelsesfordeling på de områder der går på tværs af deres respektive afsnit. De ledende specialeoverlæger og afsnitsledende sygeplejersker befinder sig på samme ledelsesmæssige niveau (Region Nordjylland 2012).

Selvom den ledende specialeoverlæge kan sammenlignes med den tidligere ledende overlæge på afdelingerne og den nye afsnitsleder kan sammenlignes delvist med de tidligere roller som oversygeplejerske og afdelingssygeplejerske, kan det ikke underkendes at forandringerne på det strukturelle og organisatoriske plan er ganske markante for de operative ledere på Aalborg Universitetshospital. Spørgsmålet er imidlertid hvordan dette påvirker vægtningen af arbejdsopgaver i forhold til de ledelsesroller henholdsvis de specialeledende overlæger og de afsnitsledende sygeplejersker skal varetage. Hvordan påvirker det udviklingen af hybridledelse og nuanceres hybridledelse på baggrund af denne nye strukturorganisering som Aalborg Universitetshospital kalder FLO (Fremtidig Ledelsesmæssig Organisering)?

# Tidligere Forskning

I det følgende gives et kort overblik over moderne ledelsesforskning i hospitalsvæsenet, med specifikt fokus på operativ ledelse, internationalt såvel som nationalt. Det er ikke en fuldstændigt og udtømmende gennemgang af ledelsesforskningen på området, men vil placere dette speciales bidrag i en forskningsmæssig kontekst.

Centrale internationale kilder i forhold til forskning i hospitalsledelse og hybridledelse skal hovedsageligt findes i de angelsaksiske lande, de nordiske lande, Holland og New Zealand, som har et hospitalsvæsen og en ledelsesudvikling i sundhedssektoren der kan sammenlignes med det danske (Byrkjeflot & Jespersen 2010). Disse lande har således også foretaget forskning i relevante problemstillinger for dansk hospitalsledelse. Alle kilder kan som sagt ikke nævnes, men væsentlige bidrag i de seneste 20 år, der har påvirket dansk forskning på området fremhæves. Forskning i læger som generelle ledere på hospitaler er undersøgt af en række internationale forskere. Herunder kan eksempelvis nævnes (Fitzgerald 1994 og Exworthy & Halford 1999). Af særlige bidrag til forskning i hybridledelse kan nævnes professor Sue Llewellyns empiriske undersøgelse af engelske sundhedsprofessionelle ledere, udgivet i 2001, netop centreret om hybridledelse og mulighederne heri. Derudover har Liisa Kurunmäki(2004) undersøgt det finske hospitalsvæsen og konstaterede en tiltagende hybridisering i den første halvdel af 90’erne hvilket hun sammenkædede med de sideløbende NPM-påvirkninger. En komparativ undersøgelse af danske og engelske hybridroller på lægesiden ses hos Kirkpatrick, Jespersen, Dent og Neogy (2009). Jespersen & Wrede (2009) sammenligner udvikling i lægernes autonomi og lederrolle på tværs af Danmark, Sverige, Norge og Finland. Yderligere komparative studier ses hos Teelken Dent & Ferlie (2012), der sammenligner hollandsk og engelsk hospitalsledelse.

Sammenfattende om internationale studier i hospitalsledelse er det mærkbart, at den koncentrerer sig meget om udviklingen i lægers ledelsesrolle og ikke sygeplejerskers. Yderligere er udviklingen og spændet mellem markedsinspirerede ledelsesværktøjer og professionelle fagbureaukratier et gennemgående tema i disse studier (Byrkjeflot & Jespersen 2010). En form for hybridledelse er i et eller andet omfang opstået i de fleste af de tidligere nævnte lande sideløbende med udbredelsen af NPM. Begrebet hybridledelse optrådte først i England og New Zealand, men er siden blevet relevant i særligt Norge, Danmark og Finland (Ibid.). En udviklingstendens særligt mærkbar i de nordiske lande er, at sygeplejersker gradvist har opnået muligheden for at konkurrere med lægerne om ledelsesområder, der ligger i det markedsorienterede ledelsesområde, eksempelvis økonomistyring og administrativ planlægning (Ibid.).

Dansk forskning i hospitalsledelse er kendetegnet ved oftest at have koncentreret sig om den øverste topledelse, eller har undladt at skelne mellem det øverste hospitalsniveau og det operative afdelingsniveau (Jespersen 2005). Ledernes baggrund har været centralt for ledelsesforskningen i det danske sundhedsvæsen, men som nævnt ofte uden differentiering imellem ledelsesniveauerne. Mere specifikt har det drejet sig om ledere med sundhedsfaglig baggrund versus ledere med en professionel lederuddannelse (Ibid.). Allerede i 1974 proklamerede Erik Johnsen og Ove Hedegaard, at ledelse i sundhedsvæsenet ikke adskiller sig radikalt fra ledelse i andre offentlige organisationer og derfor godt kan ledes af generalistuddannede ledere. Senere har adskillige danske publikationer argumenteret for at gøre ledelserne på de danske sygehuse til en selvstændig profession, herunder bl.a. (Jeppesen 1997 samt Klausen og Friberg Nielsen 2003). En anbefaling som hidtil ikke er slået igennem (Jespersen 2005). En anden central kilde i ledelsesforskningen på hospitaler kan nævnes Eva Zeuthen Bentzen som i år 2000 skrev om ledelse i sundhedsvæsenet med fokus på trojkamodellens opståen, spredning og funktion.

Særligt om ledelse på hospitalernes operative niveau kan nævnes Hanne Sognstrups Ph.d. om professionelle i afdelingsledelse (2003) samt Peter Kragh Jespersens bog, Mellem profession og management(2005), der undersøger organisations og ledelsesreformers indvirkning på bl.a. hospitalernes operative ledere.

## Peter Kragh Jespersens undersøgelse af hybridledelse

De empiriske undersøgelser der er centrale for Peter Kragh Jespersen undersøgelser i bogen, Mellem profession og management, er foretaget på tre nordjyske sygehuse, nærmere betegnet de daværende Aalborg, Hjørring-Brønderslev og Farsø Sygehuse, i perioden 1999-2001. Interview med topledelsen og det operative niveau har bl.a. været grundlaget for undersøgelsen. Resultaterne viste at hybridledelse var bredt udbredt på de undersøgte sygehuse og Kragh Jespersen konkluderede i øvrigt at hybridlederrollen ikke synes blot at være en midlertidig løsning på vej mod generalistledelse, men en permanent og selvstændig ledelsestype, der dog optrådte i forskellige varianter. Således identificerede han fem forskellige varianter af hybridledelse i sine undersøgelser, tre blandt de ledende overlæger og to blandt oversygeplejerskerne. Lægerne kunne karakteriseres som enten klinikere, formidlere, eller generalister, mens sygeplejerskerne enten var driftsledere eller generalister. Klinikere og driftsledere var de læger og sygeplejersker som orienterede sig mod sine professionelle og faglige ledelsesopgaver og kun nødtvungent inddragede den generelle ledelsesverden. Formidleren blandt overlægerne fungerede som oversætter og bindeled mellem de to verdener, uden dog at integrere dem. Generalisterne, som optrådte både blandt læger og sygeplejersker var de ledere som i stor grad forlod det kliniske arbejde og koncentrerede sig om ledelsesopgaverne, ved at benytte sig af udellegering af ansvar til mellemledere (Jespersen 2005). De fem varianter af hybridledelser blev opstillet som arketyper, hvor der ikke var nogle af de interviewede operative ledere, der passede 100 procent til kendetegnende for de enkelte varianter. Ved undersøgelse af hvilke arbejdsopgaver der blandt de ledende læger og sygeplejersker synes vigtigst var faglige opgaver rangeret højst blandt 16 ud af 23 adspurgte administrerende overlæger. Hvorimod økonomistyring kun blev rangeret på en tredjeplads. Blandt oversygeplejerskerne var faglig udvikling ligeledes højt placeret, dog ligestillet med personaleledelse. Således pegede 10 sygeplejersker på begge dele som deres vigtigste opgave. På baggrund af sine resultater så Peter Kragh Jespersen hybridledelse, som kimen til både potentielle konflikter, men også spændende muligheder for udvikling af nye praksisformer i afdelingsledelserne. I sine refleksioner slutter Kragh Jespersen, at potentialet for udvikling eventuelt kan overføres til andre videnstunge offentlige organisationer (Ibid. s. 274). Dette speciale vil umiddelbart placere sig i kølvandet på Peter Kragh Jespersens resultater og undersøge udviklingen og tendenserne for hybridledelse med udgangspunkt i ændringerne på Aalborg Universitetshospital.

# Motivering og afgrænsning

I det følgende præsenteres den empiriske og forskningsmæssige motivering der leder op til specialets undersøgelsesspørgsmål. I sammenhæng med det valgte fokus for specialet, er der foretaget en række afgrænsninger, hvilket ligeledes gøres rede for.

Det danske hospitalsvæsen er konstant i centrum for det omgivende samfunds interesse. Forandring og udvikling i hospitalernes organisering, er noget som påvirker mange mennesker i det danske samfund. Først og fremmest er der mange ansatte i hospitalsvæsenet, derudover er mange borgere i kontakt med hospitalerne, enten som patient eller pårørende. Den store berøringsflade i samfundet gør, at antallet af interessenter er stort og multifacetteret. Faggrupper, patienter og pårørende, medier og politikere m.fl. er alle grupper der stiller krav om både høj faglig kvalitet, økonomisk effektivitet, brugerorienteret service og generelt optimerede forhold. De mange krav og interesser udsætter hospitalsvæsenet for et krydspres, der konstant kræver forandrings- og forbedringstiltag, der tilgodeser både interne og eksterne krav (Borum et al. 2003). Alene hospitalsvæsenet centrale samfundsbetydning, gør således feltet interessant at undersøge, og særligt i forbindelse med forandringstiltag. Motivationen til dette konkrete speciales skal først og fremmest findes i den igangværende udvikling på Aalborg Universitetshospital. De strukturelle ændringer, FLO, der påvirker hele organisationen, på adskillelige områder, har efterladt en lang række åbne spørgsmål. En af de absolut mest markante spørgsmål, er netop hvad det vil betyde for ledelsesrollerne på operativt niveau, når en så markant indarbejdet arbejdsdeling som den delte afdelingsledelse pludselig ophæves og nye strukturer skal indarbejdes hos de operative ledere. Empirisk er det yderligere interessant at følge op på Peter Kragh Jespersen undersøgelser af hybridledelse i det Nordjyske Sundhedsvæsen og undersøge hybridledelsesbegrebet i en opdateret og forandret kontekst. Ved at fokusere på ledelsesorganiseringen og tendenserne for hybridledelse på hospitalsvæsenets operative niveau, fravælges et fokus på de øvre ledelsesniveauer. FLO-processen på Aalborg Sygehus udmærker sig ved at være en top/down-styret forandringsproces hvor ledelsesroller defineres ned gennem de forskellige ledelseslag med et indledende fokus på de formelle strukturer. Sygehusets topledelse, der kan betegnes som det strategiske niveau, samt klinikledelsesniveauet der kan betegnes som det taktiske niveau synes mere afklaret i organisationen i forhold til det udførende operative niveau. Meningen er, at en lang række detaljer i forhold til ledelsesrum og samarbejdsrelationer skal defineres løbende i samråd mellem de operative ledere og deres klinikledelse (Se analysedel 1). Yderligere er det operative niveau særligt interessant da det påpeges af flere forskere bl.a. (Svenningsen 2003; Vikkelsø & Vinge 2004), at nøglen til at forandringsprocesser bærer frugt, netop ligger i hverdagens detaljer i arbejdsgange. Forståelsen af den konkrete hverdagsledelse er dermed essentiel for forståelsen af organisationen(Borum et al. 2004)

Fokus på det operative niveau bringer både fordele og ulemper med sig. Da de operative ledere er de personer der primært tager beslutninger i forhold til patienters konkrete behandling og pleje, er dette niveau uomtvisteligt afgørende for at hospitalet kan levere sine kerneydelser. Omvendt er processen med at definere de operatives ledelsesroller stadig i sin indledende fase, hvorfor et fuldbyrdet evalueringsstudie af hvorledes de nye strukturer og ophævelsen af den tidligere afdelingsledelse påvirker de operative lederes roller og brug af ledelsesværktøjer ikke er muligt endnu. Dette speciale vil derimod bestræbe sig på at tegne et øjebliksbillede af hybridledelsesbegrebet, og hvilke tendenser der kan spores i de nye roller i forhold til fremtidens operative ledere på Aalborg Universitetshospital, og dermed afholde sig fra et evalueringsstudie.

En øvrig motivation, er det faktum at det meste ledelsesforskning i det danske sundhedsvæsen tidligere har koncentreret sig om de øverste niveauer og ikke det operative niveau, eller i andre tilfælde ikke har skelnet klart mellem niveauerne. Forskningsmæssigt er der således stadig mange perspektiver i forhold til det operative niveau og udviklingen af hybridledelse som kan afdækkes og undersøges i et hospitalsvæsen der ofte udsættes for forandringer. Peter Kragh Jespersen sluttede med at konstatere at hybridledelse åbner for nye muligheder og praksisformer i afdelingsledelserne. Afdelingsledelsernes struktur er dog sidenhen ophævet, og nye formelle rammer er nu gældende for de operative ledere på Aalborg Universitetshospital. Derfor synes der kun at være åbnet op for endnu flere uafklarede spørgsmål i forhold til udviklingen i hybridledelse på danske hospitaler. Således kommer problemformuleringen til at lyde som nedenstående.

# Problemformulering

***I hvilken udstrækning kan udviklingen af hybridledelse blandt ledende læger og sygeplejersker siges at blive påvirket af ændrede ledelsesstrukturer på det operative niveau?***

# Videnskabsteoretisk grundlag

I det følgende vil det videnskabsteoretiske grundlag blive præsenteret. Meningen er ikke at føre en længere diskussion af den bagvedliggende virkelighedsforståelse, men derimod at fastlægge de grundantagelser der ligger bag specialets undersøgelsesmetode.

Specialet tager sit udgangspunkt i det der i bred forstand kaldes socialkonstruktivisme. I dette begreb ligger en erkendelse af at samfundets institutioner og strukturer er skabt på basis af social interaktion. Samfundet er skabt af mennesker og påvirkes af mennesker, men samfundets indretning og institutioner påvirker også menneskets verdensforståelse. Således opstår der så at sige et symbiotisk forhold mellem de sociale aktører og strukturer i samfundet (Wenneberg 2000)

Med denne anskuelse bliver de rendyrkede realistiske og positivistiske tilgange afskrevet, da de i sin grundantagelse opfatter virkeligheden som eksisterende uafhængigt af mennesket. Omvendt er den hermeneutiske antagelse om at verdensforståelsen afhænger udelukkende af fortolkningen hos de involverede aktører heller ikke dækkende. Socialkonstruktivismen beskriver netop en mellemvej mellem de klassiske videnskabsteoretiske positioner, hvor der opereres med en erkendelse af, at visse strukturer og fænomener i samfundet opfattes som givne men at de involverede aktører stadig har mulighed for at påvirke og ændre disse (Ibid.).

Konkret i specialet betyder dette at hospitalet som samfundsinstitution opfattes som indlejret i samfundsmæssige strukturer der på en lang række områder opfattes som givne, men på den anden side ikke er upåvirkelige for ændringer og fortolkninger. I tråd med disse antagelser kan der historisk set spores både traditionel kontinuitet og institutionel forandringer indenfor hospitalsvæsenet (Jespersen 2005 s. 33). Kontinuiteten ses særligt i form af professionernes rutiner, arbejdsvaner og historiske forståelse af egen rolle, mens der samtidig sker institutionelle ændringer i bl.a. hospitalsstrukturer, ledelsesmodeller, styringsmodeller, rollefordelinger m.m. Brydningen mellem kontinuitet og forandringer må på den baggrund forventes at blive afspejlet i hospitalernes organisering og ledelse.

Antagelsen om at hospitalet som samfundsorganisation kan påvirkes af samfundets aktører, bevirker at hospitalets institutionelle omgivelser bliver centrale i forståelsen af hvordan og hvorfor hospitalsvæsenet udvikler sig som det gør. Der tales således om at hospitalet som organisation befinder sig komplekse omgivelser med mange omverdensrelationer. Disse omverdensrelationer stiller krav til organisationens håndtering af interesser og krav fra omgivelserne, hvor organisationens ledere bl.a. skal sikre accept og opbakning fra omgivelserne og sikre at organisationen kan få del i kritiske ressourcer til driften (Borum et al. 2003).

# Hospitalets institutionelle omgivelser

I det følgende defineres hvilke konkrete aktører der kan tilskrives at være hospitalets institutionelle omgivelser. Formålet er at give et overblik over hvilke krav der stilles til et moderne hospitals ledelse, herunder operative ledere, og hvorfra disse krav stammer. Kravene kan være med til at delvist at forklare de operative ledelsesrollers udvikling.

Offentlige organisationer, og i særdeleshed hospitaler, befinder sig som førnævnt i komplekse omgivelser. Der er således relationer til både det politiske administrative system, diverse interesseorganisationer, faggrupper, brugergrupper, medier m.m. Grupperingerne søger alle i et vist omfang indflydelse på hospitalernes virke og udvikling.

Sygehusenes umiddelbare styringsnetværk er tæt forbundet til regionerne og de regionale politikere, som derved bliver tætte samarbejdspartnere for de enkelte sygehuse. Landspolitikere indgår ikke i det daglige styring af sygehusene, men opstiller mange overordnede krav og retningslinjer for sundhedsvæsenet.

Økonomisk er rammebevillinger, mål og resultatstyring stærkt gældende på de danske hospitaler. Mere præcist kan det udlægges som økonomisk styring med resultatkrav. Så længe hospitalerne lever op til kravene, har de tilsyneladende en stor grad af selvbestemmelse i forhold til hvordan driften tilrettelægges(Ibid. s. 58).

Faglige netværk såsom eksempelvis lægeforeninger og sygeplejeforeninger er vigtige og meget tungtvejende indenfor sundhedsvæsenet i forhold til andre offentlige organisationers forhold til faglige netværk. Faggrupperne, og særligt lægerne, har traditionelt haft meget indflydelse på det daglige arbejde og bibringer både udvikling men også udfordringer i forhold til sygehusledelsernes manøvrerum. Det særlige ved de faglige netværk, er at de søger at påvirke hospitalsverdenen både internt gennem de ansatte i organisationen og eksternt gennem diverse faglige foreninger og netværk.

En yderligere væsentligt ekstern forbindelse for sygehusene, er sygehusets brugere, navnlig patienter og pårørende, som både kan have forventninger og stille krav til den service og behandling de bliver tilbudt på sygehusene. Brugerne bliver i stigende grad taget med på råd og sat på dagsordenen i forhold til tilfredshed, kvalitetsundersøgelser og mulige forandringstiltag (Borum et al. 2003).

Sidst men ikke mindst er medierne en væsentlig faktor i sygehusenes omgivelser, som er nødvendigt at forholde sig til. Medierne sætter ofte fokus på de problemområder og mangler som eksempelvis patienter oplever i deres kontakt med sundhedsvæsenet. Derudover er offentligheden og mediernes interesse for sundhedsvæsenet generelt stort. Derfor opfattes medierne ofte som en besværlig og hæmmende faktor af sygehusledelserne(Ibid.).

Sammenfattende kan det konkluderes at sygehusledelserne på alle niveauer må forholde sig til mange forskellige aktører og mange forskellige interesser. Dette spiller naturligvis også ind når forandringsprocesser skal iværksættes. Sygehusene fremstår således generelt som meget forandringsparate og dynamiske i forhold til andre offentlige organisationer. Forandringsparatheden skyldes måske netop de forventninger og pres der kommer fra sygehusenes omgivelser. Det gælder for sygehusledelserne om at balancere mellem forvaltningerne på lokalt niveau, regionerne, og presset fra de landspolitiske rammer og medierne, der ikke altid opfattes som positive aktører i sygehusledelsernes optik(Ibid. s. 63). Politiske signaler er således ofte hovedimpulsen til forandringsprocesser, men nye ledelsesmetoder samt teknologiske gennembrud, brugerpåvirkninger og mediepres kan ligeledes spille ind på sygehusenes udvikling og forandringsprocesser.

# Udvikling i dansk operativ hospitalsledelse

I følgende afsnit vil der blive præsenteret en kort historisk oversigt over den udvikling operativ ledelse i det danske hospitalsvæsen har gennemgået. Formålet er at sætte ledelsesorganiseringen på Aalborg Universitetshospital i en historisk kontekst og derved spore mønstre og tendenser der kan være med til at sætte ændringerne i en historisk kontekst.

## *Dansk hospitalsledelse før 1980’erne*

Diskussion af hvorledes de danske sygehuse bør ledes og struktureres går langt tilbage. Historisk set har sundhedsvæsenet og hospitalernes ledelser som førnævnt været præget af både forandringer men også kontinuitet op til moderne tid (Jespersen 2005). Traditionelt har lægerne haft en særlig position i forhold til ledelsen af hospitalerne. Specielt på det operative niveau var lægernes position som ledende således altdominerende i efterkrigstiden helt frem til slutningen af 1970’erne (Bentsen et al. 1999; Jespersen 2005). Den overordnede ledelsesstruktur var på daværende tidspunkt præget af tre forskellige søjler: læger, sygeplejersker og administratorer. Typisk blev sygehuset ledet af en administrator med ansvar for det overordnede budget, mens lægerne og sygeplejerskerne sad i hver sin organisatoriske pyramide med en chefoverlæge og en chefsygeplejerske siddende i toppen af hver pyramide. Lægerne og sygeplejerskerne havde ikke deres egne økonomiske ansvarsområder og samarbejdet mellem de tre søjler var hverken formaliseret eller særligt velfungerende (Bentsen et al. s. 222). Lægernes autoritet i forhold til kerneydelsen, behandling af patienter, var ubestridt og havde sin naturlige baggrund i form af de karakteristika der kendetegner en profession. Disse kendetegn indbefatter: lang formel uddannelse, anerkendt specialiststatus, selvkontrol med midler og mål i arbejdsindsatsen, samfundsmæssigt monopol, serviceorienteret forpligtelse samt intern kontrol indenfor professionen (Jespersen 1996; Bentsen et al. 1999). Lægerne opfylder alle disse krav til at være en profession, og havde via sin specialiserede viden opnået den faglige autonomi og ledelsesberettigelse der var kendetegnende for det danske hospitalsvæsen op til 80’erne. Argumentet for at lægerne skulle have den ledende rolle var, at de via deres teknisk faglige specialisering nødvendigvis måtte have en vis selvstyring til at tage den mest forsvarlige behandlingsmæssige beslutning. Sygeplejerskerne var i denne ledelsesopfattelse opfattet som et støttefag til lægerne og dermed hierarkisk underlagt lægernes ledelse. Dog havde sygeplejerskerne typisk det overordnede ansvar for plejeopgaverne og havde her deres faglige stolthed og ekspertise(Sognstrup 2003). Konsekvensen af den lægefaglige autonomi var, at lægernes faglige forståelse af sundhedsvæsenet langt hen ad vejen dikterede hvor store sygehusene ideelt burde være, hvor mange specialafdelinger der burde være samt hvor sygehusene burde ligge (Bentsen et al. 1999). Kortfattet kan dansk hospitalsledelse på op til 80’erne således kategoriseres som et udpræget fagbureaukrati.

## *Vejen til delt afdelingsledelse*

Allerede ved kommunalreformen i 1970 blev administrationen af både de somatiske sygehuse, psykiatrien, sygesikringen m.m. samlet i de daværende amter. Det finansielle og administrative ansvar kom således til at ligge decentralt og statslig regulering var herefter primært reduceret til sygehusplanlægning (Jespersen 2005). I slutningen af 70’erne blev det for første gang muligt at opstille samlede offentlige budgetter, hvorefter det blev tydeligt, at der var behov for at regulere sygehusvæsenets stigende ressourceforbrug (Borum et al. 2003). Således var udgifterne til hospitalerne steget med en tredjedel i løbet af 70’erne indtil 1983, og næsten 75% af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet gik specifikt til hospitalsdriften på dette tidspunkt (Jespersen 2005 s. 96). Statslig centralstyring af amternes udgifter i form af såkaldt økonomisk rammestyring blev etableret, hvor rammer for amternes årlige udgifter blev aftalt fra år til år mellem regeringen og amtsrådsforeningen. I kølvandet på det erkendte behov for økonomisk rammestyring blev ledelse af de danske sygehuse og hospitaler ligeledes et debatteret emne. I 1984 blev temaet konkretiseret af indenrigsministeriets produktivitetsudvalg, der undersøgte området og på den baggrund anbefalede forskellige modeller for modernisering af sygehusenes ledelse og arbejdstilrettelægning (Borum 2003; Sognstrup 2003). Hovedkonklusionen på udvalgets resultater koncentrerede sig om svagheder ved ledelsesstrukturerne, hvor særligt det faglige selvstyre på det operative niveau ikke blev modsvaret af en økonomisk ansvarlighed i forhold til de dispositioner der blev foretaget. Udvalgets anbefalede løsning på dette problem var, at inddrage professionerne i økonomisk og administrativ ledelse på alle sygehusenes ledelsesniveauer, herunder også det operative, og på den måde ansvarliggøre dem for budgetterne.

Fire forskellige modeller til forbedring af ledelsen blev herefter anbefalet uden dog at vægte nogen af dem som den bedste (Sognstrup 2003). Modellernes overordnede tendenser bar præg af en overordnet hensigt om at samle sygehusledelsen og dermed ændre den hidtidige struktur, der blev betegnet som løst koblede afdelinger, til en egentlig styret organisation (Borum et al. 2003).

De fire modeller var:

* *Enhedsledelsesmodellen*
* *Trojkaledelsesmodellen*
* *Delt ledelsesmodel*
* *Hybridmodellen*

*Enhedsledelsesmodellen* bygger på en eneansvarlig direktør, suppleret af en cheflæge og chefsygeplejerske. På det operative niveau er det økonomisk-administrative ansvar placeret hos en administrerende overlæge, med alle andre faggrupper underlagt sin ledelse.

*Trojkaledelsesmodellen* dækker ligeledes over en sygehusledelse bestående af en direktør, en cheflæge og en chefsygeplejerske, men i et kollektivt lederskab af sygehuset, hvor direktøren har det formelle ansvar for budget og regnskab. Det operative niveau skulle bestå af en delt afdelingsledelse, med et ligeværdigt ledelsesansvar fordelt mellem en administrerende overlæge og en oversygeplejerske. De to ledere skulle således fordele ledelsesansvar for økonomi, personaleledelse og administration imellem sig udover de faglige ledelsesopgaver. I tilfælde af uenighed i tilspidsede situationer havde cheflægen det sidste ord, hvorefter disputten kunne afgøres mere lovformeligt af sygehusledelsen på et senere tidspunkt.

*Delt ledelsesmodel* dækker over en opdeling af økonomisk og fagligt ansvar på en direktør, en cheflæge og en chefsygeplejerske. På det operative niveau blev ledelsen delt således at den administrerende overlæge og oversygeplejersken økonomisk og fagligt refererede direkte til henholdsvis cheflægen og chefsygeplejersken. De områder som faldt ind under et fælles ansvar kunne forelægges sygehusledelsen i et tværfagligt samråd, såfremt det ønskedes af enten den ene eller den anden part.

*Hybridmodellen* består af en sygehusledelse som under trojkamodellen, hvor en direktør, cheflæge og en chefsygeplejerske indgår i et kollektivt lederskab af sygehuset. Det operative plan skulle ledes af en administrerende læge med det fulde økonomiske og administrative ansvar som det ses i enhedsmodellen.

Som tidligere nævnt anbefalede produktivitetsudvalget ikke nogen af modellerne som den foretrukne, da ikke nogen af modellerne kunne tilgodese alle krav, herunder lægernes og sygeplejerskernes, til en ideel sygehusledelse. Anbefalingen var derfor at der decentralt skulle eksperimenteres med forskellige modeller tilpasset det overordnede mål om at styrke den økonomiske og administrative ledelse (Jespersen 2005). Ikke overraskende var lægerne mest tilhænger af enhedsledelsesmodellen som gav den administrerende overlæge det fulde ledelsesansvar på det operative niveau. Dette var således i tråd med lægernes traditionelle ledelsesopfattelse og den rolle som de hidtil havde besiddet. Sygeplejerskerne var derimod ikke begejstrede for enhedsmodellens ledelsesoplæg, men mente derimod at de burde tildeles ledelsesansvaret indenfor plejeområdet samt administration. Resultatet blev at den kompromissøgende model i form af trojkaledelsesmodellen med den delte afdelingsledelse, blev indført på langt de fleste danske sygehuse og hospitaler op gennem 80’erne og 90’erne. Typisk blev ansvarsfordelingen meget tydeligt fordelt, med behandlingsansvar hos den administrerende overlæge og plejeansvar hos oversygeplejersken, hvor de øvrige administrative-, økonomiske- og personaleledelsesopgaver blev delt mellem de to. Modellen svækkede lægernes rolle som entydigt ledelsesansvarlige på det operative niveau, mens det omvendt styrkede sygeplejerskernes position, da de nu fik tildelt formelt ansvar og ledelse, både i forhold til deres fagområde og i forhold til de administrative og økonomiske opgaver (Sognstrup 2003; Jespersen 2005).

Efterfølgende har der dog fortsat været ytringer om fordelene ved entydig ledelse på det operative niveau. Således blev der i 1997 nedsat en sygehuskommission, der påpegede problemer ved den delte afdelingsledelse. Eksempelvis var modellen med, at uenigheder i afdelingsledelsen skulle foreligges sygehusledelsen tilbøjelig til at blive negligeret og uenighederne blot lagt til side. Anbefalingen var derfor at et entydigt ledelsesansvar på alle ledelsesniveauer burde indføres. Anbefalingerne blev fulgt så langt at eksempelvis Nordjyllands Amt tog en beslutning om princippiel entydig ledelse på afdelingsniveau i 1998, men at tiden ikke var moden på daværende tidspunkt til en reel ændring (Sogsnstrup 2003). Således er der aldrig vedtaget en placering af entydigt ledelseansvar på det operative niveau og indtil skrivende stund, er den delte afdelingsledelse, hvor lægerne har det sidste ord, men at uenigheden derefter foreligges sygehusledelsen, fortsat den altdominerende ledelsesmodel i det danske hospitalsvæsen.

## *Centerstruktur etableres på danske hospitaler*

En anden udvikling der blev kendetegnende for udviklingen på de danske sygehuse i løbet af 90’erne var en nytænkning af de strukturelle rammer. Den traditionelle hospitalsstruktur byggede på tre hovedelementer: Først og fremmest en dominerende lægefaglig rationalitet i forhold til organisationsstrukturen, dernæst en ledelsesstruktur præget af lægefagligt højt kvalificerede personer, og sidst men ikke mindst eksistensen af faglige og politiske netværk med henblik på sikring og fordeling af bevillinger ud fra en lægefaglig argumentation. Lægefaglige kriterier har således været den altdominerende faktor i forhold til organisationsstrukturen, hvor lægefaglige specialer har været udgangspunktet for organiseringen og få hierarkiske niveauer har været gældende. Den strategiske topledelse har dermed stået i en svag position i forhold til den lægefaglige ekspertise. Kritikken af de manglende manøvremuligheder for den strategiske topledelse, har handlet om at hospitalsstrukturen tilgodeså videnskabelig specialisering i forskning og medicinsk videnskab i stedet for en passende organisering med patientbehandlingen i fokus (Borum et al. 2003 s.76).

For at ændre på ovenstående problematikker, blev der således først på rigshospitalet, og sidenhen på mange af Danmarks øvrige større sygehuse, etableret samlende enheder i form af centre fra starten af 90’erne og frem. Centrene organiserede typisk afdelinger med bestemte fællestræk under ét, og idéen bag var som nævnt dels at styrke den strategiske topledelses position over for den stærke lægefaglige ledelse, der traditionelt har domineret udviklingen i sygehusvæsnet, og dels at effektivisere de administrative processer og sikre økonomisk ansvarlighed (Ibid. s.77).

Mere specifikt var målet at reducere de enheder der refererer direkte til direktionen. Hidtil havde hver enkelt afdelingsledelse refereret direkte til sygehusledelsen, nu var det centerchefernes opgave at samle op på underliggende afdelinger og referere til direktionen. Topledelsen reducerer således sit ”span of control”. Problemet i denne sammenhæng er dog at grupperingerne af afdelinger under hvert enkelt center, og sygehus, ikke er entydige(Ibid.). Kriterierne for centergrupperingen centrerer sig hovedsageligt om to tilgange. Dels en naturlig gruppering omkring patientforløb, altså afdelinger der ofte arbejder sammen om en bestemt type af patienter, og dels en gruppering med øje for anvendelsen af fælles faciliteter og ressourcer, således den bedste effektivitet opnås. Rationalet bag centerdannelserne var dermed todelt: Skabe hurtigere og mere effektiv behandling for patienter samt skabe en mere overskuelig økonomisk styring og ressourcekontrol i organisationen.

Inspirationen til denne centerdannelse blev i høj grad hentet i det private erhvervsliv, hvor mere entydige og gennemskuelige ledelser er gældende. Mere enkel og overskuelig strategisk ledelse var målet. Forarbejdet til centerdannelsen på rigshospitalet, og senere de øvrige sygehuse i Danmark, spåede således også et opgør med traditionen om delt ledelsesansvar mellem overlæger og oversygeplejersker på afdelingsniveau. Dette er dog som tidligere nævnt ikke effektueret.

# Styringsrationaler i hospitalsvæsenet

I det følgende beskrives tre styringsrationaler, som både historisk samt fortsat præger det danske hospitalsvæsen. Afsnittet tjener det formål at strukturere de ovennævnte udviklingstendenser og strømninger, som har påvirket hospitalsvæsenets organisering og udvikling (Borum et al. 2003). De tre rationaler er:

* Det lægefaglige rationale
* Det administrativt-økonomiske styringsrationale
* Brugerrationalet

Det lægefaglige rationale har traditionelt været dominerende i sygehusvæsenet. Fokus er på kerneydelserne, såsom helbredelse og høj faglig kvalitet. Effektivitet og profit er altid i baggrunden, og kontrol med den faglige kvalitet foretages internt blandt kolleger. Klare ansvarsfordelinger og kommandoveje er det foretrukne indenfor det lægefaglige rationale. Rationalet er altdominerende op til 80’erne.

Det administrativt-økonomiske styringsrationale er karakteriseret ved at være ressourcetilpasset og søge mod høj kvalitet og effektivitet, hvorved ressourcespild søges undgået. Der søges med andre ord efter en overordnet samfundsmæssig tilfredsstillende model, som tager udgangspunkt i det administrative og politiske niveau, hvor ressourcer og bevillinger bliver tildelt. Dette rationale har sin base i NPM-bølgen fra 80’erne, der via inspiration fra det private erhvervsliv søger at optimere kvalitet og ressourceforbrug via instrumenter som kontraktstyring, benchmarking m.m.(Ibid.). Rationalet har været dominerende op gennem 80’erne og 90’erne.

Brugerrationalet tager udgangspunkt i de ønsker og behov patienter og pårørende måtte have. Patienter har visse forventninger om både helbredelse, effektiv behandling, omsorgsfuld pleje m.m. Patientforeninger, tilfredshedsundersøgelser og tilbagemeldinger vil være tungtvejende i forhold til udviklingen af sundhedsvæsenets strukturering og udvikling i lyset af dette rationale. Rationalet synes at blive stadigt mere gældende i de senere år.

De tre rationaler er alle tre rationaler, der tilgodeses og fortsat har indflydelse på sundhedsvæsenets udvikling. I en historisk kontekst kan man argumentere for, at det lægefaglige rationale har været altdominerende indtil 80’erne, hvor det administrative-økonomiske rationale i stigende grad har påvirket udviklingen og stadig søger mod at gøre sygehusene økonomisk styrbare og overskuelige via indførelsen af trojkaledelsesmodellen og centerdannelserne. Øget fokus på patientforløb og patientfeedback, og delvist intentionerne bag centerdannelserne tyder på en stigende indflydelse fra brugerrationalet.

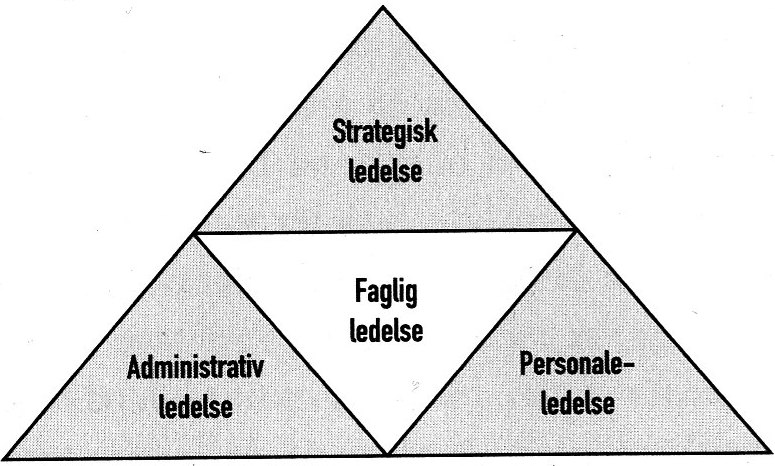
# Teoriapparat

I dette afsnit præsenteres specialets teoretiske udgangspunkter, hvilket dels baseres teoretiske anskuelser på hybridledelse, et ledelsesbegreb specifikt omhandlende ledere på det operative niveau og dels en professionssociologisk anskuelse på interaktion og arbejdsdeling mellem professioner udviklet af Andrew Abbott.

## *Hybridledelse – spændet mellem faglig og generel ledelse*

Med indførelsen af de nye afdelingsledelser i 80’erne, blev der også stillet skærpede krav til de operative ledere om ledelseskompetencer indenfor ikke bare deres fag, men også økonomi, administration, personaleledelse og strategisk ledelse. I forståelsen af ledelsesrollerne og ledelsesniveauerne, der optræder på et hospital illustrerer følgende figur de basale områder:

**Figur 1: Ledelsestrekanten**



*Kilde:* Bendix et al. 2008 s. 52

Ovenstående figur illustrerer alle de ledelsesområder, som de operative ledere på et hospital skal varetage. Faglig ledelse står således i centrum, men omgivet af administrativ ledelse, personaleledelse, og strategisk ledelse. De tre sidstnævnte benævnes også under ét som generel ledelse. Overordnet kan man sige, at den moderne operative leder skal være i stand til at spænde over alle fire ledelsesroller. Faglig ledelse, administrativ ledelse og personaleledelse er de områder, som oftest anvendes i den daglige ledelse på det operative niveau, mens strategisk ledelse retter sig mod organisationens overordnede udvikling og inddrager den operative ledelse sammen med de øvre ledelsesniveauer (Bendix et al. 2008). Mere specifikt dækker ledelsesområderne typisk over følgende opgaver:

*Administrativ ledelse* dækker over bl.a. budget-, ressource- og lønsumsstyring. Derudover foreligger der ligeledes opgaver med opfølgning, kontrol og dokumentation. Administrativ ledelse finder sted i flere forskellige ledelseslag på hospitalet, og er således relevant for både afdelingslederen og den strategiske ledelse.

*Faglig ledelse* skal sikre faglig forankring, innovation og kvalitet i det daglige arbejde. Den faglige ledelse på hospitaler varetages traditionelt og stadigvæk af lægefagligt og sygeplejefagligt uddannede medarbejdere indenfor hvert deres felt.

*Personaleledelse* baserer sig på et personligt nærvær for medarbejderne, hvor individuelle målsætninger og kompetenceudvikling samt sikring af fysisk og psykisk velvære for de ansatte er kerneområder for personalelederen.

*Strategisk ledelse* omhandler formuleringen af mål, visioner og værdigrundlag formuleres. Dette niveau er således også, hvor initiativet til eventuelle organisationsforandringer foretages. Strategisk ledelse foregår hovedsagligt på direktionsgangen og hos de øverste ledere på hospitalet, men den øverste ledelse kan også involvere ledere fra de taktiske og operative niveauer i de strategiske ledelsesprocesser.

Administrativ ledelse, faglig ledelse og personaleledelse og strategisk ledelse er i høj grad relevant ude på klinikniveau og på de enkelte afsnit. Vægtningen af ledelsesrollerne kan dog være vidt forskellig fra afsnit til afsnit. Således kan der på to forskellige hospitalsafsnit være stor forskel i det daglige ledelsesarbejde. Store kirurgiske afsnit med store millionbudgetter arbejder eksempelvis under andre vilkår end små genoptræningsafsnit med få ansatte og mindre budgetter (Bendix et al. 2008). For alle operative ledere, hvad enten det er det store eller det lille afsnit, gælder det dog, at der ikke kan fokuseres udelukkende på hverken faglig-, administrativ-, personale- eller strategisk ledelse. Hvis der ikke tages vare på økonomien og medarbejdernes trivsel, vil de faglige aspekter nødvendigvis lide under dette. Omvendt må fokus på økonomisk effektivitet ligeledes ikke tage overhånd og overskygge det faglige niveau (Ibid.).

Den lægefaglige ledelse, som traditionelt har været dominerende som styringsrationale i sundhedsvæsenet og på hospitalerne, er således stadig i centrum som hospitalernes kerneydelse, men må nødvendigvis inkorporere, indordne sig under, og samarbejde med de øvrige ledelsesroller. De øvrige ledelsesroller kan, som tidligere nævnt, i et vist omfang sidestilles under betegnelsen *generel ledelse*, hvilket vil sige, at de ikke nødvendigvis behøver et sundhedsfagligt grundlag for at blive udført. *Strategisk, administrativ* og *personaleledelse* kan så at sige udføres som ledelse i andre offentlige organisationer og af personer uden en læge- eller sygeplejefaglig baggrund. En opdeling mellem to forskellige tilgange til ledelsesroller på hospitaler kan på denne baggrund opstilles, og en tredje mellemvej introduceres (Jespersen 2005). De tre tilgange er:

*- Faglig ledelse*

*- Generel ledelse*

*- Hybridledelse*

## Faglig ledelse

Faglig ledelse som begreb udspringer af det faktum, at langt størstedelen af lederne på hospitalerne har samme uddannelsesmæssige baggrund, som de medarbejdere de skal lede. Læger og sygeplejersker har således en tradition for at bestride lederroller i hospitalsvæsenet. De to faggruppers respektive interesseorganisationer, Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd, har igennem årene haft meget indflydelse på hvilke ledelsesmodeller, der udvikles på de danske hospitaler (Sognstrup 2003; Jespersen, 2005a). To forskellige faglige ledelsesstrategier er således opstået over årene i det danske sundhedsvæsen. Et lægefagligt og et sygeplejefagligt.

Den lægefaglige strategi har det overordnede formål at bevare og udvide en historisk opnået ret til at lede hele sundhedsområdet(Sognstrup 2003). Lægerne har indenfor denne strategi ikke blot monopol på behandlingsarbejde, men også ledelse, da hverken politikere, administratorer eller andre professioner kan stille spørgsmålstegn ved lægernes egenrådige ret til at diagnosticere og behandle patienter. Derudover søger lægerne også en overordnet lederrolle i forhold til de andre professionelle i hospitalsvæsenet. Som tidligere nævnt er denne strategi og opfattelse historisk set blevet tilgodeset i det danske hospitalsvæsen.

Den sygeplejefaglige strategi handler derimod om at sikre sygeplejefagets ledelsesansvar på plejeområdet og derigennem også det overordnede ansvar for andet plejepersonale. Siden 80’ernes indførelse af delt afdelingsledelse har sygeplejerskerne udvidet deres ledelsesområde til at omfatte mere generelle ledelsesområder, såsom personaleudvikling, økonomistyring og forandringsudvikling (Jespersen, 2005). Overordnet søger sygeplejerskerne at få anerkendelse som en sideordnet profession til lægerne og ikke blot et støttende hjælpefag.

I disse to fagprofessionelle ledelsesstrategier er der elementer, der harmonerer med hinanden, men også elementer, der potentielt kan lede til konfrontation og konflikt mellem lægernes og sygeplejerskernes fordeling af ledelsesansvar (Bendix et al. 2008). At læger bærer det overordnede ansvar for behandling og sygeplejersker for pleje, er grupperne således grundlæggende enige i. Sygeplejerskernes ønske om at blive opfattet som sideordnet i forhold til lægeprofessionen, samtidig med at lægerne ønsker den dominerende og overordnede rolle som leder i hospitalsvæsenet, er derimod ikke umiddelbart forenelige. De to stærke positioner og deres faglige organisationer har historisk set haft stor indflydelse på indretningen af ledelsesmodellerne på de danske hospitaler, hvor den dominerende ledelsesmodel på det operative niveau, i en vis udstrækning, tilgodeser begge professioner ved en delt ledelsesordning(Ibid.).

## Generel ledelse

Generel ledelse tager sit afsæt i hospitalet som en helhed og søger mod at tilgodese samfundets interesser. Da langt de fleste ansatte på et hospital har en bestemt sundhedsfaglig baggrund, er de naturligt tilbøjelige til at fokusere på fagligheden som det vigtigste aspekt i det daglige arbejde, såvel som i ledelsesøjemed. Generel ledelse, som omfatter strategisk ledelse, administrativ ledelse og personaleledelse i ovenstående ledelsestrekant, omhandler således elementer, der for de fleste ansatte på hospitalet, er sekundære. Den generelle ledelse er dog, uanset hvordan man vender og drejer det, essentiel for at hospitalet kan fungere optimalt som organisation. De opgaver, der ligger i generel ledelse, er sideordnet med den faglige ledelse, så derfor må faggrupperne nødt til at forholde sig til de øvrige ledelsesområder (Bendix et. Al. 2008). I takt med 80’ernes fokus på ledelse og organisering i den offentlige sektor, blev det anbefalet at indsætte ledere med generel ledelse som uddannelse og profession i hospitalsvæsenet, da det fremførtes at ledelse varetaget af sundhedsfaglige har svært ved at bevæge sig ud over rammerne for faglig ledelse og derved ikke udvikler sig. Således sammenfatter Kragh Jespersen i sin bog: *Mellem profession og management* den generelle ledelsesteoretiske holdning:

*”Sammenfattende er det dominerende synspunkt hos danske ledelsesteoretikere, at generalister er at foretrække frem for fagprofessionelle ledere eller i det mindste, at det er en forudsætning for god ledelse, at de tidligere fagprofessionelle opgiver deres tilhørsforhold til professionen og erstatter den med en ny slags ledelsesprofessionalisme.”*(Jespersen, 2005)

Yderligere udtrykte ledelsesteoretikerne sin tvivl om, hvorvidt fagprofessionelle reelt er i stand til at forlade deres profession, da de er uddannet i, og arbejder under bestemte kulturelle værdier, og bevæger sig i sociale kredse, som er tilknyttet deres sundhedsfaglige baggrund(Ibid.). Opfattelsen af, at generelle ledere vil egne sig bedst til ledelse i hospitalsvæsenet og den offentlige sektor generelt, er tæt knyttet til NPM-bølgen, der vandt indpas i 80’erne og 90’erne. Tanken om at øge produktivitet og forbedre kvaliteten i den offentlige sektor, ved at indføre større grad af markedsbaserede mekanismer såsom kontraktstyring og økonomisk incitamentsstyring, blev bredt udbredt i den offentlige sektor. I en NPM-kontekst opfattes en styrket generel ledelse som vejen til at styre de professionelles autonomi og derved få styrket den samfundsmæssige helhedstænkning i organisationerne. Decentralisering af ledelsesopgaver, indførelse af entydig ledelse med klar ansvarsfordeling og øget vægt på overordnet strategisk ledelse, er yderlige elementer fra NPM, som har påvirket debatten og strategierne for udviklingen i det danske sundhedsvæsen (Ibid. s. 80). NPM-tankegangen kan i denne sammenhæng kritiseres for at undlade en adskillelse mellem ledelse på strategisk niveau, og det operative niveau, og ikke tage højde for afhængigheden af de professionelles deltagelse og engagement. Dette har således også resulteret i, at anbefalingerne om generel ledelse på de danske hospitaler, kun i begrænset omfang har slået igennem. Eksempelvis er anbefalingerne om generel ledelse på operativt niveau endnu ikke identificerbart i dansk kontekst(Ibid.).

## Hybridledelse – En mellemvej

Hvis det antages, at faglig ledelse på det operative hospitalsniveau er en nødvendighed og at elementerne fra strategisk-, administrativ-, og personaleledelse ligeledes er nødvendige, kan løsningen muligvis findes i at kombinere de to i en form for hybrid. Spørgsmålet er dog bare, hvordan dette begrebsliggøres og konkretiseres (Jespersen 2005).

Hybridledelse er ikke klart definerbart og dermed ikke en entydig størrelse, men er ofte en betegnelse, der dækker over forskellige varianter af ledelse, der enten kombinerer, sammensmelter eller skaber en syntese af forskellige ledelsesroller (Voxsted 2010). Begrebet har sit udspring i teorier om hybride organisationer, der ligeledes kan betegnes som en sammensmeltning eller syntese af to forskellige organisationstyper eller organisationsprincipper, der udvikler sig til en ny type, kaldet en hybridorganisation. Dette kan eksempelvis dreje sig om en sammensmeltning af en offentlig og privat virksomhed(Ibid.). Hybridledelse har de senere år været i fokus som den mest sandsynlige løsning på hospitalsvæsenets ledelsesudfordringer. Der synes således at være en erkendelse af, at faglig ledelse på det operative niveau hverken kan underkendes eller stå alene, men derimod må suppleres med generelle ledelsesværktøjer (Bendix et al. 2008). Spørgsmålet er dog, hvilke egenskaber fra den faglige og generelle ledelsesverden, der skal kombineres og hvordan?

Kerneelementerne i *faglig ledelse* er faglig viden og ekspertise som kilden til autoritet. Kontrol er baseret på tillid og selvjustits blandt fagfæller, og fokus er på behandling af patienten og deraf definerede behov. Disse elementer skal således kombineres med kerneelementerne i *generel ledelse*, hvilket er hierarki som kilde til autoritet og fokus på effektivitet i forhold til både økonomi og kvalitet. Regler og standarder opstilles som kontrol, og de professionelle forventes at være loyale mod organisationen. Forskellene illustreres i nedenstående skema:

**Figur 2 – Generel ledelsesverden og faglig ledelsesverden**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Generel ledelsesverden | Den faglige ledelsesverden |
| **Kilden til legitimitet**  **Mål**  **Kontrolsystem**  **Hvem refereres der til**  **Hvordan reguleres der**  **Hvem tjener man** | Hierarkisk betinget autoritet  Økonomisk effektivitet  Via regler og lydighed  Overordnede i hierarkiet  Gennem Hierarkiet  Organisationen | Ekspertise og faglig viden  Faglig teknisk kompetence  Via tillid og afhængighed  Professionelle kolleger  Kollegial selvjustits  Patienterne |

*Kilde: Egen figur modificeret efter Jespersen 2005 s. 146*

At være leder, i forståelsen under faglig ledelse, kræver en adgangsgivende professionel sundhedsfaglig uddannelse. At være generel leder kræver derimod indsigt i generelle ledelsesværktøjer såsom økonomistyring og kvalitetssikring. En leder, der kan forbinde kvalifikationskravene i faglig og generel ledelse, er således en måde at imødekomme de krav, der stilles til moderne ledere på det operative niveau. Således kan man opstille tre udfordringer til afdelingsledere, der skal opfyldes for at kombinere de to ledelsestilgange (Jespersen, 2005a). De tre udfordringer er:

* Afdelingsledere skal kunne begå sig i begge verdener
* Afdelingsledere skal kunne forbinde de to verdener
* Afdelingsledere skal kunne udnytte eventuelle synergier mellem de to verdener

At kombinere faglig ledelse med generel ledelse vanskeliggøres dog yderligere ved, at der ofte er tale om mere end én fagprofessionel verden, eksempelvis lægefaglig og sygeplejefaglig, der skal tilpasse sig ledelsesværktøjerne fra generel ledelse på det operative niveau. De operative ledere har dermed konkrete udfordringer i at tilegne sig viden fra begge verdener, samtidig med at de to faglige professioner også skal finde et fælles ståsted. Spørgsmålet er således, hvordan koblingen mellem faglig og generel ledelse konkretiseres og udføres i praksis. Hybridledelse som begreb, er i forskningsmæssig forbindelse, først og fremmest belyst i den offentlige sektor og i forhold til lederrollen på det operative niveau, er hybridledelse både i praksis og forskningsøjemed særligt knyttet til sundhedsvæsenet og hospitalsledelse. En nuanceret og detaljeret beskrivelse af hybridledelse som begreb er udarbejdet af Haldor Byrkjeflot og Peter Kragh Jespersen (2010). Ved at foretage en omfattende international research på området, er hybridledelsesbegrebet i alle afskygninger blevet afdækket af de to forskere, og derefter kategoriseret og inddelt efter tre hovedvarianter af begrebet, som forskerne har identificeret (Byrkjeflot & Jespersen 2010). De tre varianter er:

* *Den kliniske hybridleder*
* *Den markedsorienterede hybridleder*
* *Den neobureaukratiske hybridleder*

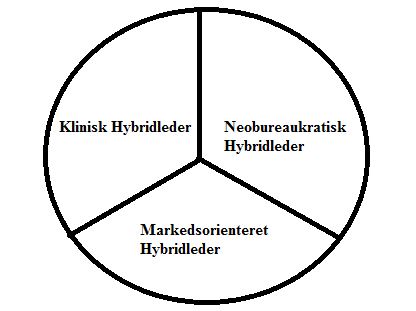
*Den kliniske hybridleder*, som også kan kaldes den driftsorienterede hybridleder, dækker i denne sammenhæng over den fagligt uddannede leder, som ofte nødtvungent påtager sig generelle ledelsesopgaver. En klinisk hybridleder er således typisk en læge eller sygeplejersker, der inkorporerer generel ledelse, såsom administrativ økonomistyring, uden dog at forlade sin professionelle rolle. Den kliniske leder synes at være den mest udbredte form for hybridleder, der allerede opstod i 80’erne og 90’erne på baggrund af NPM-bølgens indflydelse og krav om mere effektiv og økonomisk ansvarlig operativ hospitalsledelse. Læger, der ikke forlader sit kliniske arbejde, vil typisk være en klinisk hybridleder. Eller sygeplejersker, der koncentrerer sig om den daglige drift, og på den måde involverer sig i det daglige arbejde uden nødvendigvis klinisk aktivitet, vil være eksempler på den kliniske hybridleder (Byrkjeflot & Jespersen 2010).

*Den markedsorienterede hybridleder* er ligesom den kliniske hybridleder typisk en sundhedsfagligt uddannet leder, som bevæger sig i en stærkt konkurrencepræget sfære, hvor markedsbetingelserne er meget dominerende. Økonomisk effektivitet, konkurrence mellem hospitaler og konkurrenceskabende økonomiske incitamenter for medarbejdere dominerer her ledelseslogikken. I denne hybridledelsesmodel kan det hævdes, at de generelle ledelsesværktøjer har taget teten og dominerer i forholdet mellem faglig og generel ledelse. Læger eller sygeplejersker, der helt har forladt det kliniske arbejde og fokuserer meget på administration og økonomiske parametre, vil falde ind under den markedsorienterede hybridleder (Ibid.). Denne form for hybridleder vil formodes at forefindes i stærkt liberaliserede sundhedsvæsener og hospitaler, og må på den baggrund ikke formodes at være fremtrædende i en dansk kontekst.

*Den neobureaukratiske hybridleder* er en generalistleder under både internt og eksternt pres. Det er en variant af hybridlederen, der bevæger sig mellem traditionelt professionel faglig ledelse og generel ledelse. På en og samme tid bevæger denne variant af hybridlederen sig mellem et centraliseret og decentraliseret bureaukrati. Den neobureaukratiske hybridleder synes i de senere år at blive mere fremtrædende, da bureaukratiet er blevet forstærket netop centralt og decentralt i sundhedsvæsenet. Dette dokumenteres ved det faktum, at der i de senere år er sket et skred mod mere regelstyring og regelbundne opgaver i forhold til behandling og pleje på hospitalerne. Eksempelvis er der nu formelle krav til dokumentation og registreringer. Den danske kvalitetsmodel, der opstiller konkrete standarder og kvalitetsmålinger og øger fokus på de professionelles arbejdsgange, er et eksempel på et sådant øget centraliseret bureaukrati (sundhed.dk). Kontrollen med resultaterne fra den danske kvalitetsmodel bliver foretaget af en ekstern konsulentvirksomhed, og adskiller sig således fra det klassiske hierarkiske bureaukratiske system. Netop det faktum, at eksterne aktører bliver introduceret betyder, at nogle af opgaverne for lederne på det operative niveau falder væk, og de operative ledere dermed synes at få indskrænket deres ledelsesrum. Dog har lederne på dette niveau stadig mulighed for indflydelse på, hvordan de nye regler og standarder skal udformes (Byrkjeflot & Jespersen 2010). Læger eller sygeplejersker, der har forladt sit kliniske arbejde og varetager administrativ og generalistorienteret ledelsesopgaver, der i høj grad skal tilpasses eksterne krav om dokumentation falder ind under denne variant.

De ovennævnte tre varianter skal ses som tilnærmede arketyper, der således ikke forventes at kunne identificeres i rene former blandt de operative ledere på de danske hospitaler. Således vil de enkelte ledere sandsynligt befinde sig et sted mellem to forskellige varianter. Yderligere er det meget sandsynligt, at to forskellige varianter af hybridledere vil forefindes i den samme organisation, således at eksempelvis den ledende læge orienterer sig mod en variant, mens den ledende sygeplejerske vil orientere sig mod en anden variant af hybridledelse. Det kan således forventes, at empiriske undersøgelser vil resultere i identifikationen af hybridledere, der ikke er statiske, men bevæger sig i et kontinuum mellem de tre varianter af hybridledere. Nedenstående figur illustrerer dette kontinuum:

**Figur 3: Kontinuum mellem tre varianter af hybridledere**



*Kilde: Egen figur på basis af begreber fra Byrkjeflot og Jespersen 2010.*

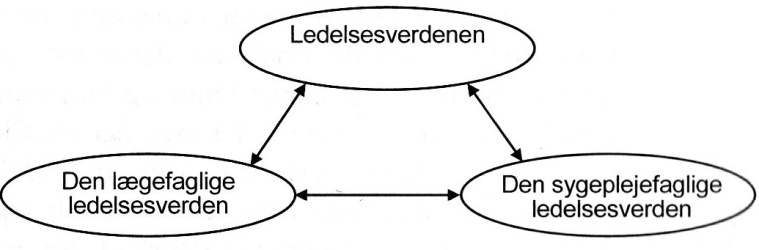
Det kan på baggrund af de teoretiske varianter af hybridledelse formodes, at de operative ledere på Aalborg Universitetshospital vil kunne identificeres, enten under den kliniske hybridleder, eller den neobureaukratiske hybridleder. Mere specifikt vil det forventes, at de ledende læger i et vist omfang orienterer sig mod den kliniske hybridleder, mens sygeplejerskerne orienterer sig mere mod den neobureaukratiske hybridleder. Den markedsorienterede hybridleder formodes ikke at kunne identificeres. I afsnittet, analysens opbygning, vil to mere konkrete antagelser blive opstillet på baggrund af teoriapparatet.

I sammenhæng med identifikationen af hybride ledelsesroller, er samspillet mellem lægerne og sygeplejerskerne vigtigt at afdække, da samarbejdsmønstre og fordeling af opgaver mellem de to netop kan spille ind på, hvilken variant af hybridledelse henholdsvis lægerne og sygeplejerskerne varetager. Således inddrages der i det følgende teori med fokus på professioners interaktion.

# Abbotts professionelle jurisdiktioner

Som nævnt i det foregående afsnit, skal operative ledere på de danske hospitaler ikke kun koncentrere sig om at forene én faglig verden med den generelle ledelsesverden. På det operative ledelsesniveau er der således to forskellige professioner, læger og sygeplejersker, der skal koordinere et samarbejde samtidigt med, at de skal orientere sig mod den generelle ledelsesverden. Udfordringerne illustreres i nedenstående figur:

**Figur 4: De tre ledelsesverdener**



*Kilde: Jespersen 2005 s. 160*

De to traditionelt stærke professioner, læger og sygeplejerskers ledelsesstrategier, har som førnævnt haft stor historisk betydning i definitionen af lederroller i det danske hospitalsvæsen. Et vigtigt spørgsmål i den sammenhæng er imidlertid, hvordan det indbyrdes forhold mellem professionerne reguleres. Dette forhold kan analyseres ud fra den amerikanske professor Andrew Abbots opstillede begreber om *professionelle systemer* og *professionelle jurisdiktioner*(Abbott 1988).

Hovedpointen er, at man ikke kan forstå professionerne ved udelukkende at se på en isoleret profession, men derimod må nødt til at inddrage det indbyrdes forhold. Kort sagt, hvordan de interagerer i forhold til at fordele arbejdsopgaver og udfører deres daglige professionelle arbejde. Abbott mener, at denne daglige interaktion, er mindst ligeså afgørende som den enkelte professions orientering mod hospitalsledelsen og de politiske magthavere. Professionen kæmper ikke bare for deres interesser i forhold til magthaverne, men også på de indre linjer i form af skiftende professionelle grænseflader til andre professioner. Gennem interaktionen med de andre professioner defineres ens egen profession så at sige (Jespersen 2005).

Abbott arbejder med jurisdiktioner som begreb, hvilket dækker over det fundament, som den enkelte profession bygger sin ret til et givent arbejdsområde på. Det kan være både faglige, kulturelle og sociale begrundelser, der ligger til grund. Jurisdiktionerne kan ifølge Abbott antage seks forskellige former, som er: *Fuld jurisdiktion, Underordning, Intellektuel jurisdiktion, Rådgivende jurisdiktion, Arbejdsdelingsjurisdiktion og Klientdifferenttiering* (Abbott 1988 s. 111; Sognstrup 2003).

*Fuld jurisdiktion* opnås i det tilfælde, at en profession opnår fuldt herredømme over sit vidensområde samt entydige og anerkendte grænser i forhold til andre professioners domæner. Fuld jurisdiktion kræver både legal, kulturel og social anerkendelse af omgivelserne for at være gyldig.

*Underordning* opstår i det tilfælde, at en profession overlades et ansvar fra en overordnet profession. Det er en svag jurisdiktion, som bygger på uddelegeret ansvar og pligter. Eksempelvis kan lægers uddelegering af ellers lægerelaterede opgaver til sygeplejersker, falde ind under denne jurisdiktion.

*Intellektuel jurisdiktion* opstår i det tilfælde, hvor en profession påberåber sig retten til opgaver udenfor fuld jurisdiktion på baggrund af særlig faglig viden på området.

*Rådgivende Jurisdiktion* opstår, når en given profession på baggrund af viden og position opnår en ret og pligt til at rådgive i forhold til arbejdsopgaver og beslutninger. Det kan typisk være en hospitalsledelse, der søger faglige råd hos lægestanden.

*Arbejdsdelingsjurisdiktion* opstår mellem to strukturelt ligeværdige men forskellige professioner. Delt afdelingsledelse mellem en ledende overlæge og en oversygeplejerske, der deler opgaver mellem sig, på baggrund af faglige kompetencer og ansvar, er et eksempel på dette.

*Klientdifferentiering* er den sjette og sidste jurisdiktion i Abbotts terminologi. I denne kategori deles arbejdsopgaverne via en opdeling af klienter, eksempelvis ved at splitte ansvar op efter typer af klienter. Et eksempel kan være, at psykiatrien håndterer psykiske lidelser i offentligt regi, mens der sjældent inddrages psykologer i det offentlige, der mere regerer på et privatiseret marked.

Ud fra de seks jurisdiktioner, vil de enkelte arbejdsområder på hospitalets operative niveau blive fordelt og forhandlet på baggrund af de antagelser, som henholdsvis lægerne og sygeplejerskerne har om deres egne kompetencer og retmæssige arbejdsområder. Sådanne jurisdiktionskampe vil særligt opstå når nye organisationsformer, nye ledelsesroller og eventuel ny lovgivning skal inkorporeres i det daglige arbejde på hospitalerne. Ikke bare store ledelsesomstruktureringer påvirker det indbyrdes forhold og bringer spørgsmål om arbejdsdeling og jurisdiktioner i spil. Den kontinuerlige løbende udvikling i teknologi og faglige metoder, gør at jurisdiktionerne konstant udfordres og justeres hen ad vejen.

På denne baggrund kan det således ikke antages, at arbejdsdelingerne og de definerede operative ledelsesroller skyldes hensyn til hverken de mest optimale forhold for patienterne eller hensyn til økonomisk og tidsmæssig effektivitet. De kan i lige så høj grad skyldes indbyrdes kampe og forhandling om arbejdsområder de to professioner imellem og derved antage former, som ikke altid virker logisk ud fra patientorienterede eller økonomiske perspektiver (Jespersen 2005).

# Design og metode

I dette følgende afsnit udlægges det valgte design og metodetilgang. Det valgte design konkretiseres og argumenterne for den valgte tilgang fremføres, hvorefter metodetilgangen ligeledes præsenteres.

## *Valg af casedesign*

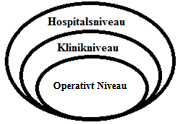
Specialets undersøgelsesdesign baseres på et casestudie af ledelsesroller på Aalborg Universitetshospitals operative niveau. I den sammenhæng er det på sin plads at definere, hvad et casestudium egentlig er. En definition findes i følgende citat, der fastslår at:

”…*et casestudie er en empirisk analyse, der undersøger et samtidig eller historik fænomen i en social kontekst, hvor fænomenet udfolder sig” (Antoft et al. s. 32).*

Det kvalitative casedesign har således sin styrke i forhold til at afdække fænomener i en social kontekst. Yderligere åbner casestudiet for en lang række muligheder for dataindsamling. Således kan både dokumentstudier, kvalitative interview, kvantitative data m.m. eksempelvis indgå (de Vaus 2001).

Casedesignet har til formål at indfange den viden, der er nødvendig for at løse specialets undersøgelsesspørgsmål. Da det er svært at afdække de operative ledelsesroller fuldstændigt i en kompleks organisation som Aalborg Universitetshospital, er det nødvendigt at udvælge et mindre udsnit af organisationen til undersøgelse. Der er i den forbindelse tilknyttet en række forskelle ved at behandle Aalborg Universitetshospital som en organisation, der består af mange forskellige delelementer, niveauer og komponenter eller som en samlet organisation under ét. Direkte afledt af denne tilgangsforskel tales der om et embedded eller holistisk casedesign (de Vaus 2001). Aalborg Universitetshospital opfattes i dette speciale som bestående af flere forskellige niveauer, delelementer og komponenter. Der tages således højde for, at der forefindes forskellige afsnit, specialer, og en sammensat medarbejderstab bestående af bl.a. læge-, pleje- og administrativt personale. Det antages, at der er stor forskel på eksempelvis et kirurgisk afsnit, et genoptræningsafsnit, rengøringsafdelingen eller noget helt fjerde. Yderligere er det danske hospitalsvæsen kendetegnet ved en stor grad af decentralisering(Borum et al. 2003 s. 210), hvor en stor del af ledelsesansvaret er lagt ud til mindre enheder i form af centre, eller i dette tilfælde klinikker og videre ud til enkelte afsnit. En erkendelse heraf afspejler sig således i et embedded casedesign også kaldet en multi-level tilgang, der opfatter hospitalet som delt i tre ledelsesniveauer, mere specifikt i et hospitalsniveau, klinikniveau og operativt niveau. Der fokuseres herefter på udvalgte enheder på klinikniveau og efterfølgende på enkelte operative afsnits og specialeniveauer under de enkelte klinikker. Figuren nedenunder illustrerer de tre ledelsesniveauer:

**Figur 4. Ledelsesniveauer på Aalborg Universitetshospital**



Kilde: Egen model

Således udvælges tre mindre klinikker og derunder nogle eksemplificerende operative afsnit og specialer, der bliver undersøgt kvalitativt ud fra bestemte kriterier, der skildres nærmere i beskrivelsen af caseudvælgelse, som følger umiddelbart efter næste afsnit.

## Metodologiske overvejelser

En vigtig pointe er hvilken rolle specialets teori spiller i casedesignet. Fælles for alle casestudier i samfundsvidenskaben er, at de bør være funderet på et teoretisk apparat, i bestræbelserne på at generalisere resultaterne til mere end den konkrete case (de Vaus 2001). I dette speciale vælges et abduktivt design, som er en teorifortolkende tilgang, der placerer sig mellem den teoritestende tilgang og den teorigenererende tilgang (Ibid.). Mens udgangspunktet for det teoritestende casestudie er stærke teoretiske antagelser, som afprøves via feltstudier, og den teorigenererende casestudie forsøger at formulere ny teoretisk viden på baggrund af empirisk materiale, begynder den teorifortolkende tilgang derimod med et mere åbent undersøgelsesspørgsmål, hvor der tages udgangspunkt i en teori til at forstå det undersøgte fænomen (de Vaus 2001; Antoft et al. 2007). Således er teorien i dette casedesign ikke nødvendigvis det styrende element i udvælgelsen af casen indledningsvist, men bliver imidlertid mere styrende i forhold til udvælgelsen af de caseelementer, der undersøges og teorien bruges til at identificere mønstre og tendenser i det empiriske materiale (Antoft et. al 2007 s. 39). Den abduktive design orienterer sig således både fremad i forhold til at forstå sammenhænge i casen og bagud i forhold til eventuelle svagheder og utilstrækkeligheder i det teoretiske grundlag. Konkret betyder det, at teoriapparatet, der baserer sig på hybridledelse og Abbotts jurisdiktioner, er udvalgt på forhånd og strukturerer feltarbejdet, men samtidigt at feltarbejdets resultater i form af bl.a. interviewdata kan bruges til at fortolke og justere antagelser baseret på teoriapparatet (Maaløe 2002).

Den teorifortolkende tilgang er således udgangspunktet for casedesignet, hvori teorien ikke er omdrejningspunktet, men styrende for undersøgelsen af ledelsesroller på hospitalers operative niveau. Casedesignet vil således tage form som et teorifortolkende embedded case design.

## *Caseudvælgelse og komparativt casedesign*

Der udvælges som sagt tre enheder på klinikniveau, eller embedded cases til nærmere undersøgelse. Dette gøres, fordi den viden som genereres, giver et indblik i de generelle og unikke træk, der er ved de cases som inddrages i designet. Derudover fremstår resultaterne ofte mere robuste og overbevisende, hvis de har baggrund i mere end en enkelt case. Det betyder dog ikke, at et sådan multipelt komparativt casedesign nødvendigvis frembringer et bedre forskningsresultat. Det vigtige er, at der er et formål med at inddrage de forskellige cases, der kan bidrage til at løse problemformuleringen ud fra en overordnet strategisk udvælgelse af de enkelte cases (Antoft et al. 2007). Til denne udvælgelse er der to hovedkriterier, der kan ligge til grund for udvælgelse, enten et most similar eller et most different casedesign. Most similar, eller mest ens casedesign dækker over en udvælgelse af cases med så mange ens parametre som muligt, således det undersøgte fænomen ideelt set bliver det eneste, der spiller ind på de variationer, der måtte optræde imellem casene. Most different casedesign, eller mest forskelligt casedesign, dækker derimod over udvælgelse af cases, der på så mange parametre som muligt adskiller sig fra hinanden. Det vigtige er i denne sammenhæng, at man i udvælgelsesprocessen gør sig klart hvad formålet med casedesignet er, og prøve at tilnærme sig de valgte kriterier. Ofte vil andre kriterier spille ind på udvælgelsen, såsom pragmatiske årsager. Det kan ganske enkelt være at visse cases ikke er mulige at inddrage i designet, hvis aktører eksempelvis ikke vil medvirke, eller af andre årsager ikke kan levere de påkrævede oplysninger.

I dette speciale er den grundlæggende præmis en tilnærmelse til most similar design, hvor klinikker udvælges efter sammenlignelige parametre som størrelse, arbejdsopgaver og personalesammensætning. Derudover har pragmatiske årsager, såsom kilders tilgængelighed og vilje til at deltage i specialets undersøgelse, spillet ind. Den overordnede udvælgelse af klinikker er dog udvalgt på baggrund af klinikchefernes forskelligartede baggrund. Således har de tre udvalgte klinikkers øverste leder hver sin faglige baggrund, henholdsvis en lægefaglig, en sygeplejefaglig samt en samfundsteoretisk akademisk baggrund. Dette valg foretages ud fra det historisk interessante perspektiv, at de tre ledere repræsenterer hver sin søjle i den traditionelle ledelsesorganisering. Deres forskellige baggrunde kan måske/måske ikke identificere sammenhænge i forståelsen af ledelsesrollerne på det operative niveau, der kan føres tilbage til deres faglige baggrund. Denne overordnede udvælgelse har begrænset antallet af klinikker betragteligt, da kun en klinik har én klinikchef med sygeplejefaglig baggrund og kun én klinik har en klinikchef med samfundsteoretisk baggrund. De øvrige 6 klinikker er alle ledet af klinikchefer med lægefaglig baggrund. Undersøgelsen af klinikkerne på de øvrige niveauer er udvalgt efter sammenlignelige kriterier, således de afsnitsledere og specialeledende overlæger, der udvælges til undersøgelse under de respektive klinikkers ledelse, alle har en vis sammenlignelighed. I overvejelserne om udvælgelse har det ikke givet mening at sammenligne eksempelvis et specialetungt anæstesiafsnit med et genoptræningsafsnit, eller et afsnit, hvor alt urent udstyr steriliseres. De tre afsnitseksempler er således vidt forskellige, hvor divergerende personalegrupper, uligevægtig fordeling og forskelligt antal af læger og plejepersonale er tilknyttet de enkelte afsnit. Sidstnævnte rengøringsafsnit er ligeledes kendetegnet ved ingen eller meget lidt kontakt til patienter, som også fordrer andre arbejdsgange end de patienttunge afsnit og specialer.

## Casebeskrivelse

Som sagt er tre forskellige klinikker på Aalborg Universitetshospital udvalgt til nærmere analyse i forhold til specialets undersøgelsesspørgsmål. Klinikkerne er Klinik Anæstesi, Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi samt Klinik Hoved – Orto. Her følger en nærmere beskrivelse af først Aalborg Universitetshospital og dernæst de tre respektive klinikker.

Aalborg Universitetshospital er Region Nordjyllands største sygehus, og Nordjyllands største arbejdsplads med ca. 6.500 ansatte. Hospitalet er delt udover mange matrikler, hvilket inkluderer Syd og Nord i Aalborg samt matrikler i Dronninglund, Hobro, Hjørring, Farsø, Frederikshavn og Thy-Mors. Hospitalet varetager behandlingsmæssige specialiserede opgaver for potentielt 640.000 indbyggere i både Region Nordjylland og Midtjylland samt basissygehusfunktioner for 250.000 indbyggere i Region Nordjylland(Aalborgsygehus.dk 2013). Aalborg Sygehus blev allerede i 2003 et universitetshospital via samarbejde med Århus Universitetshospital, men fra 1. Januar 2013 skiftede Sygehuset navn til Aalborg Universitetshospital, og har nu indledt et samarbejde med Aalborg Universitet om medicinuddannelse og klinisk forskning(Ibid.). Derudover er otte klinikker oprettet i samme ombæring, der samler afsnit under sig i større samlende enheder. Tre af disse følger.

## Klinik Anæstesi

Klinik Anæstesi ledes af Klinikchef Henrik Imer Nielsen, uddannet Cand.scient.adm. Klinikken dækker over ca. 16 afsnit på tre hovedområder, hvilket er Anæstesi/smertecenter, et patienthotel og en sterilcentral. Anæstesi/smertecenter dækker først og fremmest over anæstesiologisk afdeling syd, der har hjemme på Aalborg Universitetshospital syd, Sygehus Himmerland, Hobro og Farsø. Anæstesiafsnittene varetager anæstesi(bedøvelse), intensiv behandling samt overvågning af kritisk syge patienter for alle førnævnte matrikler. Derudover dækker området et særligt smertecenter, som leverer højt specialiseret smertebehandling til patienter med kroniske smertetilstande. Hele 13 afsnit hører under Anæstesi/smertecenter. Patienthotellet fungerer som et enkelt afsnit og er et alternativ til indlæggelse for patienter, som kan klare sig selv, men ikke er klar til udskrivelse. Sterilcentralen består af to afsnit, hvor det første samler udstyr til rengøring og sterilisering for hele Aalborg Universitetshospital Syd og til dels Nord. Derudover rengøres og opredes senge fra hele matrikel syd i det andet afsnit. Klinikken har over 500 ansatte under sig, hvor Anæstesi/smertecenter tegner sig for langt størstedelen af disse (aalborgsygehus.rn.dk)

## Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi

Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi ledes af Klinikchef Anne Dorthe Bjerrum, oprindeligt uddannet sygeplejerske. Klinikken består af ca. 27 afsnit, som dækker over områderne Anæstesiologisk Afdeling Nord, Børneafdelingen, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Sexologisk Klinik samt Urologisk Afdeling. Anæstesiologisk Afdeling Nord består af to afsnit og betjener først og fremmest anæstesi og intensiv behandling på matrikel Nord og særligt i forhold til de øvrige specialer indenfor klinikken. Dvs. børneafdelingen og de øvrige områder, som hovedsagligt behandler kvinderelaterede sygdomme. Børneafdelingen består af 8 afsnit og vedrører selvsagt behandlingskrævende børn. Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling består af 12 afsnit og behandler bl.a. sygdomme i underlivet samt bestyrer fødegangen på Aalborg Universitetshospital. Sexologisk Klinik behandler sexologiske problemer hos begge køn og par på et enkelt afsnit. Endelig behandler Urologisk Afdeling med fire afsnit, patienter med sygdomme i nyre og urinveje samt de mandlige kønsorganer (Ibid.).

## Klinik Hoved – Orto

Klinik Hoved – Orto ledes af Klinikchef Odd Ravlo med lægefaglig baggrund. Klinikken består af ca. 30 afsnit fordelt på følgende områder: Audiologisk Afdeling/Høreklinikken, Kæbekirurgisk Afdeling, Neurokirurgisk Afdeling, Neurologisk og Neurofysiologisk Afdeling, Ortopædkirurgiske Afdelinger, Øjenområdet samt Øre – Næse – Halskirurgisk Afdeling. Audiologisk Afdeling/Høreafdelingen undersøger patienters hørelse og justerer høreapparater. Kæbekirurgisk Afdeling foretager behandling af tænder, mund og kæbe. Neurokirurgisk Afdeling behandler skader i hoved, nervebaner, ryg og nakke. Neurologisk og Neurofysiologisk Afdeling undersøger for sygdomme i bl.a. hjerne, rygmarv og nervebaner. De Ortopædkirurgiske Afdelinger behandler skader i knogler og led. Øjenområdet dækker undersøgelser og behandling af øjnene, mens Øre-Næse-Halskirurgisk Afdeling behandler patienters sygdomme i netop Øre-Næse og Halsregionen. De fleste områder har kun et enkelt afsnit, mens Neurokirurgisk har tre, Neurologisk og Neurofysiologisk har fem, mens det store område er Ortopædkirurgien med hele 18 afsnit fordelt på fem matrikler. De fleste områder foretager kirurgiske indgreb, Audiologisk Afdeling/Høreklinikken samt Neurologisk og Neurofysiologisk afdeling er undtaget.

# Metodiske overvejelser

Den metodiske tilgang i specialet er koncentreret om dels dokumentstudier og dels forskningsinterviews med relevante aktører.

## Dokumentstudier

Officielle dokumenter fra bl.a. Region Nordjylland og Aalborg Universitetshospital ligger til grund for undersøgelse af de formelle strukturændringer. Dokumenterne beskrives herunder i nærmere detaljer. Primære dokumenter er:

”Analyse af ledelsesstrukturen i sygehusvæsenet i Region Nordjylland” Forfattet 14. juni 2010

Denne rapport udgør den offficielle undersøgelse af ledelsesstrukturen i det nordjyske sygehusvæsen, der har ligget til grund for de senere vedtagne ændringer. Rapporten giver et overblik over tidligere evalueringer og anbefalinger. Dokumentet er forfattet af konsulentfirmaet Muusmann/4Improve

”Oplæg til fremtidig klinisk ledelsesmæssig organisering” Forfattet 28. juni 2012.

Denne rapport beskriver i detaljer baggrunden og fokus for de strukturelle ændringer, herunder defineres ledelsesrollerne på det operative dokument generelt, mens implementeringsprocessen af forandringerne på klinikniveau og operativt niveau ligeledes konkretiseres. Dokumentet er forfattet af Region Nordjylland.

”Ledelse og organisering af sygeplejen” Forfattet 7.1 2013

Arbejdspapir, der beskriver organiseringen af sygeplejen på Aalborg Universitetshospital under de nye strukturer. Dokumentet er forfattet af centraladministrationen på Aalborg Universitetshospital.

”Funktionsbeskrivelser for operative ledere på Aalborg Sygehus” Forfattet 3. oktober 2012

Skrivelser, der beskriver de specialeledende overlægers og de afsnitsledende sygeplejerskers funktioner og roller. Dokumentet er forfattet af Region Nordjylland.

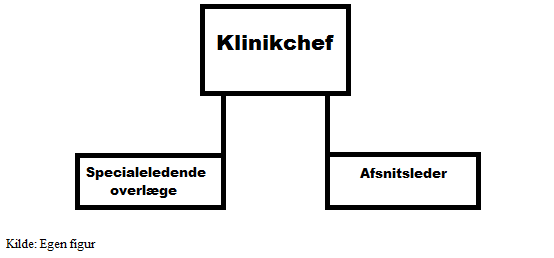
## Kvalitative forskningsinterview

De kvalitative forskningsinterview anvendes for at få indblik og indsigt i relevante informanters meningskonstruktioner, der tillægges stor betydning. Det formodes således, at det er tolkningen af ledelsesrollerne i den ændrede strukturelle kontekst, der er afgørende for at besvare undersøgelsesspørgsmålet og ikke de strukturelle ændringer i sig selv. Derfor er det nødvendigt at opnå indsigt i, hvorledes informanterne oplever de nye rammers betydning for ledelsesrollerne på det operative niveau. Til at opnå denne viden bruges det semi-strukturerede interview som metode. Det semistrukturerede interview har sin styrke i at indfange netop informanternes egne tolkninger og meninger. Spørgsmålene er udformet således, at de forberedte spørgsmål er åbne og uden forudfattede meninger fra interviewerens side. Undervejs er der frihed til at spørge ind til eventuelle interessante pointer, eller for at få klarlagt eventuelle uklarheder fra informanten(Bryman 2008). Metoden er i tråd med den teoritolkende tilgang, da teorien er styrende for interviewspørgsmålene, men ikke ledende i en bestemt retning og åbne for nye perspektiver, der ikke nødvendigvis falder ind under den teoretiske ramme.

*Valg af informanter*

Der foretages i dette speciale i alt ni individuelle interviews, hvoraf tre af dem foretages med de respektive Klinikchefer for de tre udvalgte klinikker, Klinik Anæstesi, Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi samt Klinik Hoved – Orto. Disse interview foretages, fordi de er den nærmeste leder for de operative ledere ude på klinikkens afsnit. I forbindelse med at identificere, hvilket frirum eller restriktioner de operative ledere er underlagt, kan klinikcheferne være med til at belyse klinikkens visioner i forhold til de operative lederes rolle. I og med, at rollerne i skrivende stund stadig defineres og tilrettelægges løbende, er visionerne fra klinikcheferne således relevante. Yderligere foretages seks interview med operative ledere, tre specialeledende overlæger og tre afsnitsledende sygeplejersker. Disse interview foretages for at få indsigt i de operative lederes egen tolkning af deres ledelsesroller. På den måde bliver der interviewet henholdsvis en specialeledende overlæge og en afsnitsledende sygeplejerske, udover klinikchefen fra hver klinik. Nedenstående figur illustrerer informanterne fra hver klinik:

**Figur 5. Informanter fra hver enkelt klinik**



Det er i den sammenhæng vigtigt at pointere, at hensigten ikke er at få informanterne til at evaluere deres egen rolle i forhold til den tidligere struktur, men snarere at få dem til at perspektivere og formulere egen opfattelse af egne ledelsesroller i de nye strukturelle rammer. De operative ledere er udvalgt efter afsnit, der er forholdsvist sammenlignelige i forhold til personalesammensætning, arbejdsmønstre og størrelse. Repræsentanter fra apopleksiafsnittet, under neurologisk og neurofysiologisk afdeling, er således interviewet under Klinik Hoved-Orto. Anæstesiafsnittet på Anæstesiologisk Afdeling Nord under Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi og Intensivafsnittet TIA på Anæstisiologisk Afdeling Syd under Klinik Anæstesi leverer ligeledes informanter i form af operative ledere. At interviewe seks operative ledere er naturligvis ikke repræsentativt dækkende for hverken hele hospitalet eller de enkelte klinikker, men fungerer som eksemplificerende i forhold til at indfange væsentlige refleksioner.

Da der fokuseres på det operative ledelsesplan, fravælges et fokus på det politiske beslutningsplan, da disse kun kan tilskrives en rolle i forhold til de overordnede strukturer og kun i mindre grad at være involveret i beskrivelserne på et konkret operativt niveau. Således vil politiske kilder og interview med beslutningstagere ikke blive foretaget. Med samme begrundelse fravælges den øverste hospitalsledelse, da de udover de formelle beskrivelser, kun i begrænset omfang er involveret i prægningen af ledelsesrollerne på det operative niveau.

# Operationalisering af teori

Formålet med dette afsnit er at operationalisere specialets teori og demonstrere, hvorledes de teoretiske koncepter søges omsat til empiriske analyseredskaber. Inden analysen påbegyndes vil analysens operationalisering, opbygning og struktur blive præsenteret og begrundet.

## Operationalisering

I forbindelse med at identificere de teoretiske koncepter, illustrerer følgende operationaliseringsmodel sammenhæng mellem teori og mulig identifikation i empirien.

**Figur 6. Operationaliseringsmodel**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Teoretiske koncepter | Definition af teoretiske koncepter | Indikatorer | Kilder | Eksempler på Interviewspørgsmål |
| Hybridledelse | Den kliniske hybridleder | Den operative leder som først og fremmest er orienteret mod sin faglighed og dernæst inkorporerer de generelle ledelsesværktøjer, der er nødvendige for at udføre sine ledelsesopgaver | * Ledelsen giver indtryk af at den er operative leder skal vægte faglig ledelse og klinisk deltagelse * Prioriteringen af arbejdsgaver hos den operative leder vægter mod de faglige hensyn * Den operative leder giver selv indtryk af at have stor frihed * Organisationsstrukturen vægter faglighed | Interview  Dokumentstudier af oplæg til organisationsændringer | *Klinikchef:*  *Hvordan ser du den specialeledende overlæges/afsnitsleders rolle i forhold til faglig-, strategisk- , administrativ- og personaleledelse?*  *Operativ leder:*  *Hvor meget tid bruger du anslået på henholdsvis faglig ledelse, administrativ ledelse og personaleledelse?*  *Hvordan prioriterer du de forskellige ledelsesområder?* |
| Den markedsorienterede hybridleder | Den operative leder som befinder sig i et stærkt konkurrencepræget felt og er derfor markant præget af effektivitetshensyn. | * Ledelsen giver indtryk af at effektivitet og administration er tungtvejende. * Den operative leder giver indtryk af at vægte administrative opgaver højt i sin hverdag. * Organisationsstruktur vægter administration og effektivitet | Interview  Dokumentstudier af oplæg til organisationsændringer | *Klinikchef:*  *Hvordan ser du den specialeledende overlæges/afsnitsleders rolle i forhold til faglig-, strategisk- , administrativ- og personaleledelse?*  *Operativ leder:*  *Hvor meget tid bruger du anslået på henholdsvis faglig ledelse, administrativ ledelse og personaleledelse?*  *Hvordan prioriterer du de forskellige ledelsesområder?* |
| Den Neobureaukratiske hybridleder | Den operative leder der på den ene side orienterer sig mod sin faglighed, men samtidig må forholde sig til både en centraliseret og decentraliseret organisation, hvor eksterne krav stilles, men stadig har mulighed for at præge de opstillede krav. | * Ledelsen giver indtryk af at den operative leder er pålagt mange faste opgaver * Den operative leder giver indtryk af at have frihed i sin ledelsesrolle med begrænsninger * Den operative leder giver udtryk for at have fokus på administration. * Organisationsstruktur bærer præg af decentrale og centrale hensyn | Interview  Dokumentstudier af oplæg til organisationsændringer | *Klinikchef:*  *Hvordan ser du den specialeledende overlæges/afsnitsleders rolle i forhold til faglig-, strategisk- , administrativ- og personaleledelse?*  *Operativ leder:*  *Hvor meget tid bruger du anslået på henholdsvis faglig ledelse, administrativ ledelse og personaleledelse?*  *Føler du at du har en stor frihed til at præge din egen ledelsesrolle?* |
|  | Abbotts Jurisdiktioner  -Fuld jurisdiktion  -Underordning  -Intellektuel jurisdiktion  -Rådgivende jurisdiktion Arbejdsdelingsjurisdiktion  -Klientdifferentiering | Dagligdagens ledelse bærer præg af samarbejde og forhandlinger med andre professioner om at definere arbejds- og ansvarsområder | * Klinikchefen giver udtryk for særlige ansvarsfordelinger mellem de operative ledere * De operative ledere angiver specifikke arbejds- og ansvarsområder som deres domæne * Formelle dokumenter beskriver de operative lederes ansvar | Interview  Dokumentstudier af oplæg til organisationsændringer | *Klinikchef:*  Hvordan tror du det vil påvirke det hidtidige samarbejde mellem de ledende læger og sygeplejersker?  *Operativ leder:*  Påvirker de nye strukturer samarbejdsmønstrene med de andre afsnitsledere/specialeledere? |

*Kilde: Egen model*

Af figur 6 fremgår fem trin fra venstre mod højre, der illustrerer, hvordan idealtypiske teoretiske koncepter operationaliseres til mulig identifikation i empirien. Det første trin præsenterer de teoretiske koncepter, hvilke konkretiserer de dele af teorien, som er relevante i forhold til projektets problemstilling. Næste trin forklarer i nærmere detaljer den dybereliggende betydning af de teoretiske koncepter. Tredje trin opstiller subjektive formodninger og forventninger om, hvordan de teoretiske koncepter kan identificeres i den undersøgte empiri. Fjerde trin konkretiserer hvilke datakilder, der anvendes til at belyse koncepterne, mens det sidste trin opstiller eksempler på konkrete spørgsmål, der skal være med til at identificere og indfange de teoretiske koncepter.

## Analysens opbygning

For at identificere hybridledelsesvariationer på Aalborg Universitetshospitals operationelle ledelsesniveau, vil analysen blive opdelt i to dele.

* *Analysedel 1 – Undersøgelse af formel ledelsesorganisering og operative ledelsesroller*
* *Analysedel 2 – Undersøgelse af de operationelle ledelsesroller via kvalitative interview*

Grunden til denne opdeling er, at det er særligt interessant at identificere forskelle mellem de formelle beskrivelser af de operative ledelsesroller, og hvordan ledelsesrollerne rent faktisk udmønter sig og opfattes på klinik og operativt niveau. Analysedel 1 og 2 skal således komplimentere hinanden og frembringe en mere dækkende analyse, end de hver især kan frembringe.

Analysedel 1 opstiller en forholdsvis detaljeret analyse af de strukturelle ændringer, der er indtruffet på Aalborg Universitetshospital fra januar 2013, med særligt fokus på hospitalets og regionens formelle beskrivelser af de operative ledelsesroller og beskrivelserne af implementeringsprocesserne. Således søges der i de formelle beskrivelser af strukturer og ledelsesroller, hvilke typer af hybridleder, der formelt kan identificeres i henholdsvis den specialeledende overlæges rolle og afsnitslederens rolle.

Analysedel 2 baserer sig på kvalitativt interviewdata indsamlet på klinikniveau og afsnitsniveau. Tre klinikker er som førnævnt udvalgt, og interview med hver enkelt klinikchef samt én specialeledende overlæge og én afsnitsleder under hver klinik danner grundlag for Analysedel 2. Hensigten er at afdække relevante aktørers opfattelse af hospitalets operative ledelsesroller, herunder både de operative ledere selv og fra de respektive klinikledelsers side. Forskelle og ligheder mellem rolleopfattelsen og beskrivelserne forventes således afdækket, dels på tværs af de tre klinikker, men også internt på klinikkerne imellem klinikchef og de operative ledere.

## Analysens struktur

Den valgte analytiske tilgang er, hvad David de Vaus kalder ”*Ideal Type Analysis”* (de Vaus 2001). Fordelen ved denne tilgang beskrives i følgende citat:

*”Using this approach we avoid description that simply describes whatever we happen to find out about the case (…). Instead, the description is structured, planned and purposeful.”*(de Vaus 2001 s. 251)

Med andre ord forsøges analysetilgangen struktureret på en meningsfyldt og den mest hensigtsmæssige måde, der i sidste ende bedst kan besvare specialets undersøgelsesspørgsmål. Strukturen i analysen er baseret på to teoretisk funderede antagelser opstillet i afslutningen af teoriapparatet, nemlig at:

1. *De specialeledende overlæger vil orientere sig mod klinisk hybridrolle, men må på baggrund af ledelsesrollens krav bevæge sig mod en neobureaukratisk hybridrolle.*
2. *De afsnitsledende sygeplejersker vil orientere sig mod en neobureukratisk hybridrolle, med fokus på ledelse indenfor særligt administration og personaleledelse.*

Analysedel 1 vil struktureres i tre dele, hvor første del beskriver Aalborg Universitetshospitals organisatoriske rammer og ændringer på et overordnet plan. Anden del beskriver de ledelsesmæssige omorganiseringer fra januar 2013, med særligt fokus på de operative roller. Tredje del vil beskrive implementeringsprocessen af ændringerne. Slutteligt vil der kort blive samlet op på resultaterne af Analysedel 1.

Analysedel 2 er ligeledes struktureret efter en tredeling, hvor den første del koncentrerer sig om de specialeledende overlægers rolle som ledere. Der søges blandt de interviewede informanter identifikationer på hvilke ledelsesopgaver, der vægtes og prioriteres, således en orientering mod en bestemt hybridrolle kan identificeres, herunder både ligheder og forskelle på tværs og internt i klinikkerne. Anden del følger samme struktur, men fokuserer blot på afsnitsledernes rolle som ledere. Tredje del søger at belyse arbejds- og ansvarsfordelingerne mellem de specialeledende overlæger og afsnitsledere, hvilket kan influere udformningen af de individuelle ledelsesroller.

# Analysedel 1.

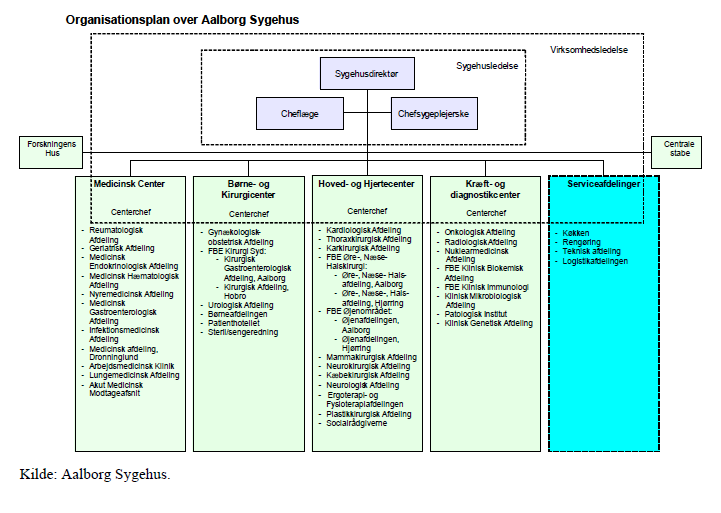
## Ledelsesorganisering og beskrivelse af operative roller på formelt plan

For at forstå den hverdag, som de ledende læger og sygeplejersker på Aalborg Sygehus skal forholde sig til, bliver der via dokumentstudier undersøgt hvilke ændringer, der reelt er indført på det formelle strukturelle plan fra januar 2013, med særligt fokus på de ledelsesmæssige omorganiseringer.

## Aalborg Universitetshospital – Fra centre til klinikker

Det nuværende Aalborg Universitetshospital, tidligere Aalborg Sygehus, har i vid udstrækning gennemgået en udvikling som de øvrige større hospitaler og sygehuse i Danmark. Således blev der i 1988 indført trojkaledelse og to år senere i 1990 blev fælles afdelingsledelse indført(Jespersen 2005). Selvom der var tendenser til centerdannelse i slutningen af 90’erne og endda etablering af et specialkirurgisk center og medicincenter i 2003, var det imidlertid først i 2009, at en egentlig centerstruktur blev etableret. I 2006 bestilte Nordjyllands Amt således en evaluering af ledelsesorganiseringen på amtets sygehuse, hvilken konsulentfirmaet Mussmann/4Improve udfærdigede. Anbefalingerne i evalueringen var at etablere en centerstruktur med udgangspunkt i patientforløb og effektiv udnyttelse af ressourcer samt en række andre ændringsforslag (Muusmann 2010). På baggrund af anbefalingerne blev der etableret en centerstruktur, som samlede relevante afdelinger i en struktur lignende den som bl.a. Rigshospitalet havde indført år forinden. Hovedformålet var at indføre en mere enkel ledelsesstruktur og reducere ledelsens ”span of control”(Ibid.). Resultatet blev nedenstående organisationsstruktur, hvor fire deciderede centre og en femte kolonne med ikke sundhedsfaglige afdelinger blev etableret. Hver enkelt centerchef havde direkte reference til sygehusets topledelse:

**Figur 7. Tidligere centerstruktur på Aalborg Sygehus**



Ovenstående struktur blev fuldt ud integreret i 2009, men blev allerede i 2010 udsat for en ny undersøgelse af Mussmann/4improve, med henblik på at forbedre centerstrukturen og forberede overgangen fra sygehus til universitetshospital, således strukturen ville være fremtidssikret (Mussmann 2010 s. 48). En af de væsentligste anbefalinger i rapporten fra 2010 var at omstrukturere de fireetablerede centre til enheder af lidt mindre størrelse, og derved gøre dem mere overskuelige samt i højere grad at styrke den faglige sammenhæng i disse enheder (Ibid.).

På baggrund af rapporten blev der iværksat ændringer, ikke bare på Aalborg Sygehus, men alle regionens sygehuse, der fik navnet Fremtidig Ledelsesmæssig Organisering(FLO). Ændringerne havde tre fokusområder (Region Nordjylland 2012), hvilket var :

* Centerstrukturen fortsættes og optimeres
* Patientforløbsbeskrivelser søges optimeret
* Modernisering af klinisk ledelse med fokus på entydig og professionel ledelse

Centrene i den nye struktur blev omdøbt til klinikker, der hver især blev reorganiseret på baggrund af anbefalingerne om mindre og mere fagligt sammenhængende enheder. Centerstrukturen blev modificeret således der nu er 8 klinikker, i stedet for de fire centre. Tanken bag opdelingerne var, at klinikkerne sammensættes af ”naturligt sammenhørende” specialer, der både i forhold til patientforløb og faglig udvikling synes relevante at samle i klinikker. Det er hensigten, at den enkelte patient, så vidt muligt, kun skal bevæge sig inden for den samme klinik i løbet af sit sygdomsforløb, da overgange mellem afdelinger og specialer hidtil har været det svageste punkt i forhold til opståede fejl. Klinikkerne blev også sammensat med tanke på, at der skulle være en vis genkendelighed på tværs af regionens sygehuse. Klinikstrukturen er således også indført på regionens øvrige sygehuse, men med øje for lokale forhold, der har bevirket at klinikinddelingerne ikke er fuldstændige ens (Region Nordjylland 2012). Den nuværende klinikstruktur er fra januar 2013 organiseret på følgende måde.

**Figur 8. Klinikstruktur på Aalborg Universitetshospital 2013**



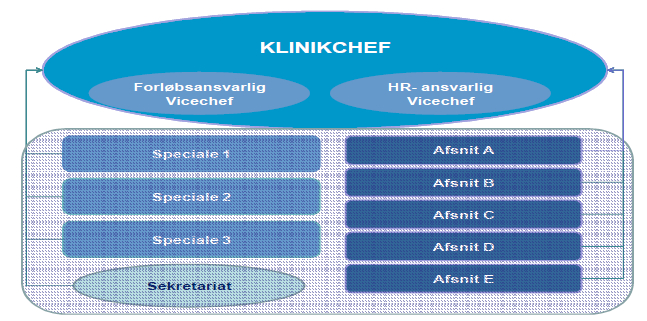
*Kilde: Region Nordjylland 2012.*

De otte klinikker er etableret ud fra forskellige vægtninger af patientforløb og fornuftig sammensætning af specialer.

## Modernisering af klinisk ledelse

De formelle inddelinger af klinikkerne tegner de overordnede strukturelle forandringer på Aalborg Universitetshospital. Et af fokuspunkterne for omstruktureringen er som nævnt en modernisering af den kliniske ledelse. Baggrunden for at ændre på de hidtidige strukturer er en bestræbelse på at etablere en entydig ledelse og placere et eksplicit forløbsansvar i ledelsen. En ledelsesstruktur, der skal medvirke til forbedre vilkår for at lede, at træffe hurtige beslutninger, koordinering og samarbejde på tværs af de faglige specialer og ikke mindst i langt højere grad end tidligere, at understøtte den forskningsmæssige indsats som universitetshospital (Aalborg Sygehus 2012). Ledelsen af hver klinik bliver således struktureret på en ganske anderledes måde end de hidtidige ledelsesmodeller på center og afdelingsniveau. Den nye model indbefatter, at hver enkelt klinik ledes af en klinikchef, med to viceklinikchefer under sig. Den ene med ansvaret for HR og den anden med ansvaret for patientforløb. Derudover ophæves den tidligere fælles afdelingsledelse bestående af en ledende overlæge og en oversygeplejerske. Faktisk ophæves afdelingsbegrebet helt i den nye model, og erstattes af mindre afsnit, som hver får en afsnitsledende sygeplejerske. Lægerne organiseres indenfor deres specialer under en specialeledende overlæge. Nedenstående generiske model illustrerer opbygningen af klinikledelse og de underliggende specialer og afsnit:

**Figur 9. Ledelsesorganisering på klinikniveau**



*Kilde: Region Nordjylland 2012*

Det er i denne model hensigten, at den afsnitsledende sygeplejersker skal arbejde tæt sammen med den specialeledende overlæge, der umiddelbart er tilknyttet vedkommendes afsnit. Den specialeledende overlæge og afsnitslederen er på samme ledelsesniveau, og kan i mange henseender sammenlignes med de tidligere roller som afdelingsledende overlæge og oversygeplejerske/ afdelingssygeplejerske (Region Nordjylland 2012). Typisk er der tilknyttede flere afsnit til de enkelte specialer, således den specialeledende overlæge skal samarbejde med flere afsnitsledere om en række fælles opgaver, vedrørende drift og patientkoordinering. Denne operative ledelsesmodel adskiller sig dermed fra den tidligere delte afdelingsledelse på bl.a. det punkt, at den specialeledende overlæge ikke længere kun skal samarbejde med én ledende sygeplejerske. Umiddelbart tyder strukturændringerne på, at lægerne, i og med de organiseres under specialer, på et styrket fokus på deres faglighed og mindre fokus på daglig drift, mens afsnitslederne synes netop at få et øget ansvarsområde indenfor den daglige drift. Analyse af strukturerne alene kan dog ikke lægge til grund for en sådan konklusion. Hensigten med ledelsesmodellen beskrives ordret på følgende måde:

*”Modellen lægger vægt på, at der etableres en entydig ledelse samt at der etableres et eksplicit*

*ledelsesmæssigt ansvar for patientforløb. Herudover er det en hovedtanke ved modellen, at der*

*ikke bliver en 1:1 sammenhæng mellem specialer og afsnit, dels for at reducere antallet af lag i*

*modellen, men også for at sikre at de enkelte afsnit har en robust størrelse og at driften optimeres*

*på tværs af afsnit”* (Region Nordjylland 2012).

Med robust størrelse menes der, at afsnit og specialer opdeles i størrelser, der både sikrer en effektiv drift, men også kreerer et ledelsesspænd, så den enkelte leder kan foretage en kvalificeret personaleledelse. Aalborg Universitetshospital baserer sin opfattelse af optimalt ledelsesspænd på en nyere undersøgelse, *Projekt Store Hospitalsafdelinger* fra 2011, der fastslår at ledelse af max 40 medarbejdere på større afdelinger/afsnit er den øvre grænse, men at der også foreligger en udefineret nedre grænse i forhold til at optimere og effektivisere driften (Ibid.).

Målsætningen med at etablere entydig ledelse beskrives som etableringen af ensartede referencelinjer. Dvs. at der mellem de enkelte ledelseslag foreligger klare retningslinjer for, hvem der er den direkte overordnede. De operative ledere refererer således direkte til klinikchefen, og klinikchefen refererer direkte til hospitalsdirektøren (Aalborg Universitetshospital 2013). Således henviser entydig ledelse ikke til ansvars og ledelsesfordelingen specifikt mellem de specialeledende overlæger og afsnitslederne, som placeres på samme ledelsesniveau, men til entydige referencelinjer op og ned mellem ledelsesniveauerne.

Yderligere fremgår det af hensigtserklæringerne, at det operative personale og ledere, via etableret teamarbejde, skal arbejdes på tværs af organisationen. Det kan være indenfor specialer, på tværs af specialer, på tværs af afsnit og på tværs af alle de ovenfor nævnte enheder. Teamarbejdet er særligt vigtigt i forbindelse med målet om at optimere patientforløb. De kan både have faste og løse strukturer og kan udover klinikken også gå på tværs af hele organisationen, på tværs af sektorer og sygehuse. Pointen er, at det er patientens behov, der er i centrum og ikke de organisatoriske skel. Formelle beføjelser til teams og rammer for koordinering er noget, der løbende bliver tilpasset og derfor ikke eksplicit fremgår af organisationsstrukturen (Region Nordjylland 2012).

## Formelle beskrivelser af specialeledende overlægers og afsnitsledernes rolle

De operative ledere, i form af de specialeledende overlæger og afsnitsledere, er det ledelsesniveau, der ligger tættest på den daglige drift og kerneydelserne for hospitalet. En væsentlig del af ansvaret for både faglig ledelse og personaleledelse ligger i disse roller, men de er også budgetansvarlige i en vis udstrækning. Klinikchefen har det samlede økonomiske budgetansvar for de enkelte klinikker, men hvor det ledelsesmæssigt og styringsmæssigt er meningsfyldt, decentraliseres budgetansvaret ned til det operative niveau. Det bagvedliggende princip er, at speciale- eller afsnitsrelevante udgifter og disponeringer, samt konsekvenserne heraf skal kunne aflæses på den enkelte operative leders budget. Lønudgifter og øvrige personalerelaterede udgifter samt patientrelaterede udgifter er eksempler på det budgetansvar, der ligger på de operative ledere. De specialeledende overlæger har altså et økonomisk ansvar indenfor sit speciale og afsnitslederne et økonomisk ansvar indenfor sit afsnit. Eventuelle fælles udgifter indenfor specialerne og de tilknyttede afsnit skal således aftales indbyrdes. Yderligere formelle beskrivelser af de enkelte ledelsesroller, beskrevet før ændringerne trådte i kraft, er som nedenstående:

*”Den Specialeledende overlæges funktion er at lede en gruppe af højt kvalificerede medarbejdere, og sikre at den faglige viden omsættes og bliver en del af klinikledelsens beslutningsgrundlag. Der ligger med andre ord både en væsentlig personaleledelsesopgave og en væsentlig opgave i ledelse opad til klinikledelsen i denne rolle. Specialelederen er leder først og fagperson dernæst(…). Den Specialeledende overlæge har også en væsentlig opgave i forhold til at sikre den mest hensigtsmæssige anvendelse af de forhåndenværende ressourcer. Det er en kompleks opgave, særligt når patientforløbene går ud af specialet, og allokeringen af ressourcer derfor skal afstemmes med patientforløbets andre aktører”*(Region Nordjylland 2012).

*”Afsnitslederens funktion er at lede en gruppe af højt kvalificerede medarbejdere, og sikre at den faglige viden omsættes og bliver en del af klinikledelsens beslutningsgrundlag. Der ligger med*

*andre ord både en væsentlig personaleledelsesopgave og en væsentlig opgave i ledelse opad til klinikledelsen i denne rolle. Afsnitslederen er leder først og fremmest og fagperson dernæst.*

*Afsnitslederens rolle har en væsentlig opgave i forhold til at sikre den mest hensigtsmæssige anvendelse af de forhåndenværende ressourcer. Hovedopgaven ligger i at sikre en*

*hensigtsmæssig ressourceanvendelse i det enkelte afsnit(…).afsnitslederens opgave går ikke kun*

*mellem afsnit og specialer, men indebærer også ledelse på tværs, hvor det er afsnitslederens*

*opgave at se muligheder for at optimere på tværs af afsnit, så der i hele klinikken er en optimal*

*drift”*(Region Nordjylland 2012).

Ledelsesrollerne konkretiseres på hver enkelt klinik, men ovenstående er den generelle funktionsbeskrivelse af de to operative ledere, der foreligger. Beskrivelserne af ledelsesrollerne er forholdsvis ens, med ansvar for omsætning af faglig viden, økonomisk styring og personaleledelse som væsentlige elementer i rollerne. Eneste forskel er tilsyneladende, at der lægges særligt vægt på afsnitslederens ansvar for at koordinere og samarbejde på tværs af afsnit, mens den specialeledende overlæge skal koordinere en hensigtsmæssig fordeling af ressourcer i forbindelse med patientforløb. Bemærkelsesværdigt er det også, at begge roller italesættes som først og fremmest ledere og dernæst som fagpersoner. Der fremgår ikke nogle formelle ansvarsfordelinger i samspillet mellem de specialeledende overlæger og afsnitslederne af de officielle beskrivelser af rollerne. Specialeledende overlæger og afsnitslederne er på samme ledelsesniveau, men skal selv indbyrdes aftale og afstemme ansvarsfordelingerne som udgangspunkt (Region Nordjylland 2012).

## Implementering af den nye ledelsesmæssige organisering

Processen med at etablere ændringen har form af en klar Top-Down tilgang, hvor ledelsen via en ekstern evaluering fra et konsulentfirma har identificeret behovet for forandringer og har iværksat ændringerne uden at inddrage hele organisationen i de første faser af implementeringsprocessen. Således etableres og formuleres først de omgivende strukturer, hvorefter ledernes og medarbejdernes rolle defineres ned gennem lagene i tre etaper (Region Nordjylland 2012).

*Første etape* omhandlede klinikchefernes rekruttering og fastlæggelse af deres ansvarsområde. Klinikchefen skulle herefter være indforstået med at være med til planlægningen af klinikdannelsen. Således tiltænktes den kommende klinikchef en nøglerolle i relation til rekrutteringen af øvrige ledere i klinikken. *Anden etape* omhandlede rekrutteringen af viceklinikchefer. Klinikchefen tilrettelagde i samspil med en koordinationsgruppe den konkrete rekruttering af viceklinikchefstillingerne i klinikken. Kredsen af mulige kandidater til viceklinikchefstillinger fastlægges af koordinationsgruppen. *Tredje etape* indebærer besættelse af øvrige lederstillinger i de nye klinikker; det vil sige afsnits-, speciale- og sekretariatsledere. Kredsen af mulige kandidater til øvrige lederstillinger fastlægges ligeledes af koordinationsgruppen (Ibid).

Et hovedprincip bag rekruttering af lederne, var at stillingsbesættelser på alle niveauer i forbindelse med forandringerne i den kliniske organisering skulle ske på baggrund af interne stillingsopslag. Ledende overlæger, oversygeplejersker, tidligere centerchefer og andre topledere i organisationen besatte således klinkchefstillingerne og stillingerne som viceklinikchef i de enkelte klinikker. Stillingerne som specialeledende overlæger har i overvejende grad tilfaldet tidligere ledende overlæger fra afdelingsledelser, og afsnitslederposterne er tilfaldet tidligere afsnitssygeplejersker (Aalborg Sygehus 2013). Et andet princip er, at den ændrede ledelsesorganisering ikke ændrer noget i de daglige arbejdsopgaver på medarbejderniveauet. Derfor vil intet ændre sig i forhold til ansættelsesforhold eller opgaver for den enkelte medarbejder underlagt ledelsesniveauerne på trods af ændringer i de organisatoriske tilhørsforhold.

## Opsamling på analysedel 1

Sammenfattende kan det konkluderes, at der er sket omfattende ændringer på ikke bare det organisatoriske plan, men også de strukturelle rammer omkring ledelse og medarbejdere. Fire centre er blevet til otte mindre klinikker, og der er sket en etableringen af en tredelt klinikledelse, og derudover er de tidligere afdelingsledelser ophævet. Således er der sket en omfattende forandring af ledelsesorganiseringen på flere niveauer. Lægernes nye organisering i specialer synes på papiret at styrke deres faglige forankring, mens afsnitsledernes rolle som enebestyrere på de enkelte afsnit hæver de tidligere afdelingssygeplejerskers ansvar til et højere niveau, end de hidtil har haft.

Nærmere analyse viser, at de generelle funktionsbeskrivelser af de specialeledende overlæger og de afsnitsledende sygeplejersker dog er mærktbar ens, med en undtagelse omkring afsnitsledernes særlige fokus på at koordinere på tværs af afsnit og lægernes fokus på allokering af ressourcer i forbindelse med patientforløb. For begge operative ledere er det beskrevet, at de er ledere først og dernæst fagpersoner. Der fremgår ikke officielt nogen beskrivelser af ansvarsfordelinger mellem de to ledelsesroller, men blot at de er på samme ledelsesniveau. På baggrund af analysedel 1, kan det således konkluderes, at der rent formelt ikke tillægges de to roller særlige forskelle, hvor begge skal forholde sig til administrative- økonomiske- samt faglige- og personalemæssige opgaver. Således synes ledelsesrollerne for både de specialeledende overlæger og afsnitsledernes vedkommende at være generalistorienteret i de officielle dokumenter. Om dette også er sådan ledelsesrollerne opfattes blandt de operative ledere selv og deres klinikchefer undersøges i det følgende.

# Analysedel 2

## Undersøgelse af de operationelle ledelsesroller via kvalitative interviews

I den første analysedel blev det undersøgt, hvad der rent formelt er ændret i forhold til ledelsesorganiseringen på Aalborg Universitetshospitals operative niveau. Det fremgår således, at der er ændret på de strukturelle rammer i en væsentlig grad, og således også på det operative niveau. De specialeledende overlægers og afsnitsledernes rolle synes på papiret forholdsvis ens i opgavebeskrivelser, og sammensætningen i ledelsesrollerne kan på den baggrund forventes ikke at adskille sig væsentligt fra hinanden. De strukturelle omorganiseringer med læger i specialer og afsnitsledere i afsnit kan dog alligevel tænkes at udmønte sig i forskelle med henholdsvis mere fokus på faglighed for lægerne og mere fokus på daglig drift for de afsnitsledende sygeplejersker. Spørgsmålet er så, hvorvidt disse antagelser også stemmer overens med de ledelsesvisioner, der findes ude på de enkelte klinikker, og om opfattelsen er gældende blandt dem, der skal varetage disse ledelsesroller i hverdagen. Således har interview med tre klinikchefer, tre specialeledende overlæger samt tre afsnitsledende sygeplejersker indbragt viden om deres opfattelse af de nye ledelsesroller. De operative ledere skal opfattes som eksemplificerende, hvorfor de i analysen holdes anonyme.

# Den specialeledende overlæges rolle som leder

I det følgende vil de specialeledende overlægers rolle undersøges. Opfattelsen af ledelsesrollen hos både deres direkte ledere og dem selv vil blive fremført og sammenlignet og holdt oppe mod antagelsen om, at lægerne orienterer sig mod den kliniske hybridlederrolle, men må pga. ydre krav i stigende grad orientere sig mod en neobureaukratisk hybridrolle i den nye ledelsesorganisering.

Lægerne har, som allerede tidligere anført, en traditionel stærk selvopfattelse i forhold til deres egen ledelsesrolle. De har fungeret som uantastede ledere i det danske hospitalsvæsen op til 1984, og har som en del af deres ledelsesstrategi at besidde den overordnede ledelse på hospitalet, også i forhold til andre professioner. Indførelsen af afdelingsledelserne i 80’erne, specifikt på Aalborg Sygehus i 1990, har betydet en mindre egenrådig lægelig ledelse, men stadig har lægerne det afgørende ord i tilspidsede situationer. Undervejs har kravene fra omgivelserne betydet, at lægernes ledelsesopgaver omfatter flere påkrævede administrative opgaver, og at der foretages mere ekstern kontrol af udførelsen af deres arbejde i forhold til tiden før den fælles afdelingsledelse (Sognstrup 2003; Jespersen 2005). Hvor er lægernes ledelsesrolle så på vej hen nu? I de nye strukturer er klinikcheferne den person som de specialeledende overlæger refererer direkte til. Hvordan ser de rollen som specialeledende overlæge udfolde sig?

Henrik Imer Nielsen, Klinikchef for Klinik Anæstesi er klar i mælet på spørgsmålet om, hvad der kendetegner en god specialeledende overlæge:

*”Jamen, altså det er jo klart, at den ledende overlæges rolle er, at sikre den faglige udvikling og sikre, at der sker tilstrækkelig med forskning og sikre, at selvfølgelig ressourcerne på lægeområderne de bliver brugt mest muligt optimalt og at man overholder de økonomiske rammer.”*

En lignende opfattelse findes hos Anne Dorthe Bjerrum, Klinikchef for Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi, som ligeledes tillægger fagligheden hos de specialeledende overlæger en væsentlig rolle i deres egenskab som ledere. Således udtaler hun:

*”Jamen jeg synes, det de skal kunne, og det der også kendetegner dem, det er at de brænder for deres lægespeciale. Det er det der driver dem. Deres motivation, det er, selvfølgelig at være leder af den gruppe folk som har samme motivation i sig, nemlig det lægefaglige speciale(…). Så man kan sige at de er, i hvert fald i mit hoved, der er de hybridledere, men med meget stort, en stor vægt på den faglige del.”*

Det er altså de to klinikchefers opfattelse, at både ledelsesmæssigt ansvar og motivation hos de pågældende overlæger tager udgangspunkt i fagligheden. Som Henrik Imer fastslår, så har den ledende læge ansvaret for at ressourcerne bliver brugt optimalt. Økonomistyring er dermed en vigtig faktor, men samtidig står sikring af den faglige udvikling stærkt i hans opfattelse af den specialeledende læges ledelsesrolle. Det særligt interessante er, at ingen af de to klinikchefer har en lægefaglig baggrund men tilkendegiver at lægefagligheden er central i ledelsesrollen.

Den tredje klinikchef, Odd Ravlo, der er klinikchef for Klinik Hoved – Orto, lægger imidlertid vægt på andre egenskaber hos de specialeledende overlæger. Han mener, at kommunikation fra de ledende læger er en afgørende egenskab, og derudover at vedkommende forstår sit økonomiske ansvar. Således fastslår han at:

*”Det som karakteriserer en god leder, det er jo at han har god fornemmelse og kontakt med hvad som foregår og at han har den fornødne respekt og kontakt så han kan få gennemført de ting som er nødvendige. F.eks. Nu er vi jo ikke, men det er vi tit, i en sparerunde, så er det jo klart at der er nogle ting som skal udmøntes iblandt medarbejderne og det skal jo diskuteres den vej igennem. Der er det jo vigtigt at de forstår og accepterer at den besparelse skal gennemføres, og at de arbejder konstruktivt og ser ind på sit område”.*

Odd Ravlo slår endvidere på, at den specialeledende overlæges faglighed træder i baggrunden for de administrative forpligtigelser. Fagligheden i rollen består ifølge ham mere i at sikre, at fagområdet er opdateret og under udvikling. Således udtaler Ravlo:

*”Den ledende overlæge har jo selvfølgelig sin faglighed, men han er mest leder og mindre fagperson(…). Så den faglige del af hans ledelse er mere at sørge for at have god kontakt med de specialeansvarlige, sådan at han sikrer sig at det faglige område er opdateret.*

Der synes således at være forskel i klinikchefernes opfattelse af de specialeledende overlægers fokusområder. Det er bemærkelsesværdigt, at de to førstnævnte klinikchefer tydeligt angiver at ledelsesrollen udspringer af fagligheden, mens det i Odd Ravlos optik mere er et spørgsmål om kommunikativ og administrativ forståelse. En forskel, der måske har sin baggrund i de lokale forskelle, der findes på klinikkerne og de enkelte afsnit. De specialeledende overlægers egen opfattelse af ledelsesrollen tyder nemlig på, at der væsentlig diversitet i hvordan ledelsesrollen involverer forskellige ledelsesområder. En specialeledende overlæge fra Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi, ser således en reduktion i sin rolle som personaleleder, direkte som følge af de strukturelle ændringer på hospitalet.

*”Altså personaleledelse bruger jeg ikke meget, for jeg har kun 11 ansatte, det kan jeg… hvor jeg tidligere har haft over 300, så kan jeg sagtens klare det med venstre hånd det her. Så jeg bruger meget lidt tid på personaleledelse. Faglig ledelse, en hel del tid fordi der er større krav til, skal man sige, den skriftlige dokumenterede faglige ledelse. Det er akkreditering og retningslinjer og den slags.”*

Direkte adspurgt om, hvorvidt lægen følger et skred mod en mere faglig ledelsesrolle i den nye struktur, erklæres det: ”*Ja der er der, ja.”* Vedkommende føler således, at de personalemæssige ledelsesopgaver i tid og omfang er blevet reduceret, hvorimod den faglige ledelse, i form af dokumentation af faglighed, i visse perioder, fylder meget. Vedkommende vil dog gerne prioritere andre ledelsesopgaver højere på sigt, og ser da også den udvikling i ledelsesrollen. Således udtaler lægen:

*”… Jeg er jo en der traditionelt vægter organisatorisk ledelse rigtig højt, så vil det komme på banen igen. Det er i hvert fald den udvikling jeg kan se.”*

Grunden til, at den faglige dokumentation fylder meget for vedkommende i skrivende stund skyldes akkreditering under Den Danske Kvalitetsmodel i efteråret 2013, som pålægger både de ledende læger og sygeplejersker faste opgaver. Akkrediteringsrelaterede opgaver opstod dog før og uafhængigt af de nylige strukturelle ændringer på Aalborg Universitetshospital. Man kan diskutere, hvorvidt dokumentation af fagligheden hører under faglig eller administrativ ledelse, men det er tydeligt at lægen selv opfatter det som en del af sine faglige opgaver. At den faglige ledelse fylder meget, og personaleledelse i mindre grad præger hverdagen er ligeledes opfattelsen hos en anden specialeledende overlæge fra Klinik Anæstesi. På spørgsmålet om, hvor meget tid vedkommende bruger på personaleledelse, udtaler overlægen:

”*Ja, det tager jo lidt tid. Men de er jo relativ selvkørende… Altså du ved, sådan noget som, f.eks. noget en ledende overlæge skal, nemlig medarbejderudviklingssamtaler, ik os. Det har vi slet ikke taget hul på, i vores konstitution.”*

Yderligere anslår samme læge at der i det daglige arbejde bruges 60 % af tiden på den faglige ledelse og 15 % på personaleledelse og det resterende går med administration. Det er dog ikke sådan vedkommende nødvendigvis ønsker at prioritere sine ledelsesopgaver. Lægen fastslår således at:

*”Ja … jeg vil gerne prioritere de andre ledelsesområder end faglig ledelse lidt højere. Men det kan jeg ikke.”*

I samme ombæring skal det dog nævnes, at Klinik Anæstesis anæstesiologiske speciale i øjeblikket har fire konstituerede specialeledende overlæger, som i en overgangsperiode skal varetage en rolle tilsvarende de tidligere ledende overlæger i afdelingsledelserne. På sigt er det meningen, at én enkelt specialeledende overlæge skal dække Klinik Anstæsis anæstesispeciale. Den rolle vil øjensynligt ændre arbejdsmængden i forhold til specielt personaleledelse og administration:

*”… Den ledende overlæge, han skal være overlæge for 75 læger. Og han er simpelthen nødt til, eller hun, er nødt til at uddelegere noget af ledelsesansvaret(…).Så derfor må den ledende overlæge sætte sig ned, når han, eller hun kommer, og sige; ”hvor meget skal mine afsnitsledende overlæger varetage, i de funktioner, som jeg ikke kan nå, fordi jeg har 75 læger under mig?”*

På de to klinikker, Klinik Anæstesi og Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi, synes der på nuværende tidspunkt at kunne spores sammenlignelige tendenser i et stort fokus på de faglige elementer i de specialeledende overlægers ledelsesroller. I det ene tilfælde er det i en konstitueret rolle, men der tegner der sig et billede af en klinisk hybridleder, som definerer sin ledelse ud fra et fagligt udgangspunkt. De adspurgte specialeledende overlæger giver dog udtryk for at de rent faktisk ønsker en rolle, der levner dem mere tid til de generelle ledelsesopgaver. Ingen af de adspurgte, hverken de to klinikchefer eller de ledende læger ser en rent faglig rolle i funktionen, men mere faglig end administrativ. Kendetegnende for de to ledende overlæger, er at de begge arbejder indenfor højt specialiserede områder, anæstesi og intensiv behandling, med forskellige fokusområder og under to forskellige klinikker. Dog er der her et øjensynligt fokus på høj faglighed og mindre fokus på specielt personaleledelse, da der er tale om mindre højtspecialiserede specialer med relativt få læger organiseret direkte under den specialeledende overlæge. Noget, som dog ser ud til at ændre sig for den permanente løsning på klinik anæstesi, hvor den specialeledende overlæge er tiltænkt en ledende rolle for 75 læger og en større samlet enhed. På sigt bliver der dermed en markant forskel på de to forskellige stillinger, hvor den specialeledende overlæge på klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi som sagt kun har 11 læger under sin ledelse.

At der er store lokale forskelle i de specialeledende overlægers rolle og arbejdssammensætning bekræftes via interview med en specialeledende overlæge fra Klinik Hoved – Orto som beskriver sin rolle anderledes, end de to andre interviewede læger. Her ser den pågældende overlæge sin egen faglige ledelse reduceret til fordel for administrative opgaver. Således udtaler vedkommende:

*” Jeg kan jo ikke på skrift direkte se, at der som funktionsbeskrivelsen er for den ledende rolle på nuværende, at den bliver ændret, men selvfølgelig som udvikling, der har været henover de seneste år, så kan jeg bare for min egen part se, at jeg bliver, jeg har mere og mere skrivebords- og pc tid end jeg har tid til egentlig at være i direkte kontakt med personalet og så gå ind i den faglige ledelse.”*

Den pågældende læge anslår at 20 procent af ledelsesopgaverne falder ind under faglig ledelse, mens administrativ- og personaleledelse hver især optager 40 procent af vedkommendes tid. En udvikling som den ledende læge bestemt ikke er tilfreds med. Således ville prioriteringen af ledelsesopgaverne være anderledes, hvis det var op til den pågældende læge selv at bestemme.

*”Ja, jeg vil da helt klart hellere bruge min tid på faglig ledelse. Det er da ganske svært at se på, og opleve nogle ting, hvor man tænker, ”arh, det kunne da gøres smartere og bedre”. At man stadig sidder der med fingrene i lommen og ikke have tid til at gå ordentligt ind i det som faglig leder.”*

Selvom denne specialedende overlæge fra Klinik Hoved- Orto ikke direkte vil angive de strukturelle ændringer, eller andre ændringer som årsagen til vægtningen i ledelsesrollen, er der dog et klart billede af hvilke opgaver vedkommende synes fylder meget i det daglige arbejde, hvilket illustreres i følgende udsagn:

*”…Der er kommet mange flere personer ind i det ledelsesmæssige system både på klinikniveau og opadtil og administrative system, så der langt flere der kan, i gåseøjne, genere hinanden med en masse skrivelser og ting, der skal iværksættes, og så er der selvfølgelig også nogle krav udefra, som ved akkreditering, eller andre ting, der skal opfyldes(…). Men der er klart blevet tid til mindre faglig ledelse, hvad jeg synes er uhensigtsmæssigt.”*

Klinikchefen for Hoved – Orto, Odd Ravlo, opfatter dog denne vægtning af opgaver som helt forventelig, men erkender dog, at der også skal være tid til en faglig og klinisk deltagelse. Således anslår han, at administrativ ledelse, herunder også personaleledelse tegner sig for klart størstedelen af de specialeledende overlægers tid:

*Jeg har sådan et billede, at minimum 75% skal være administrativt… altså den ledende del. Så kan vi have… de fleste ledende overlæger ønsker at have (Minimum) en lille klinisk aktivitet, dels for at holde sig skarpe indenfor sit fag, men det har også noget at gøre med… at have den faglige respekt i overlægegruppen, og det har også noget med at gøre, at man ved at være en del af det, så har man fingeren på pulsen om hvordan det foregår.*

Odd Ravlo giver således udtryk for, at den kliniske tilstedeværelse er vigtig for ledelsesrollen, og at den specialeledende overlæge således ikke bliver en udelukkende administrativ ledelsesrolle. Klinikchef Anne Dorthe Bjerrum er enig i, at der er et vist behov for klinisk deltagelse af de specialeledende overlæger. Særligt i hendes klinik, mener hun, at det giver god mening, at der er en faglig og klinisk deltagelse for de specialeledende overlæger. Således udtaler Anne Dorthe Bjerrum at:

*”…det afhænger lidt af dels størrelsen og dels kompleksiteten i det ledelsesområde man har. Som tingene er skruet sammen inde hos os, der kan jeg se at der er en fornuft i at de ledende overlæger deltager i det kliniske arbejde. Men ikke 100%. De skal levne tid til ledelse. Om de så bruger en eller tre eller fire dage om ugen, det afhænger lidt af hvad det er for nogle opgaver.”*

Den fornuft som Anne Dorthe Bjerrum refererer til i denne sammenhæng, forklarer hun med at det er vigtigt for den specialeledende overlæge at opnå respekt og legitimitet til sin autoritet også gennem sine faglige kundskaber. Således udtrykker hun det:

*”…Vi kommer ikke udenom at det handler også om magt(…). Den bedste og mest positive magt for mig at se, det er hvis man kan skabe den der faglige autoritet. Det giver sådan en legitim magt i forholdet til sine medarbejdere. Det mener jeg er ledelse.”*

Overordnet kan det konkluderes, at der er forskelle på hvordan de specialeledende overlægers arbejdsopgaver vægtes på forskellige afsnit. To af de adspurgte specialeledende overlæger ser således sin rolle i forhold til personaleledelse som reduceret til et omfang, der ikke optager meget af arbejdstiden, men den faglige rolle fylder meget hos de samme to. Den tredje læge ser dog sin rolle som meget fokuseret på administrativ- og personaleledelse, og føler at denne rolle umuliggør den prioritering af arbejdsopgaver som den pågældende læge ønsker, mere faglig ledelse. Samme prioriteringsproblem angives dog også af de to andre specialeledende overlæger, blot med et ønske om at prioritere de generelle ledelseopgaver højere end de faglige ledelsesopgaver. Entydigheden blandt de ledende overlæger er således ikke klar, og ligeledes er der også forskelligartede opfattelser blandt klinikcheferne.

## Specialeledende overlæger som hybridledere

Der tegner sig et broget billede af de specialeledende lægers ledelsesrolle, som ikke synes at kunne kategoriseres som orienteret i en homogen retning, hverken i forhold til hvordan deres ledelsesrolle udformes eller i forhold til, hvordan lægerne selv ønsker deres rolle skal være. Det kan dog på baggrund af de ovennævnte interview fastslås, at fagligheden enten fylder meget i ledelsesrollen, eller også ønskes den at fylde meget, når lægerne selv spørges. Alle tre klinikchefer er ligeledes enige om, at klinisk deltagelse i et vist omfang er en del af ledelsesrollen, for at den specialeledende overlæge kan opnå legitimitet og opretholde sin autoritet blandt sine ansatte.

Det er interessant, at to af lægerne oplever sine opgaver inden for personaleledelse som begrænsede, og at de synes, der er meget fokus på fagligheden i deres rolle. Lægen fra Klinik Anæstesi ønsker direkte at opprioritere de andre ledelsesområder. Billedet er stik modsat hos lægen fra Klinik Hoved Orto. Bemærkelsesværdigt er det, at begge føler, at de alle føler sig fastlåste i forhold til de opgaver de er pålagt. To af lægerne angiver således, at akkreditering og de krav, der følger med optager meget af deres tid. Lægen fra Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi opfatter dog dette som en del af sin faglige rolle, mens det mere betegnes som en administrativ opgave hos lægen fra Klinik Hoved – Orto.

I forhold til hybridledelse synes alle tre interviewede læger at give udtryk for en accept af, at deres rolle indbefatter ledelsesopgaver indenfor administration, personaleledelse og faglig ledelse. Ingen af de tre giver udtryk for, at de ønsker en udelukkende fagligt orienteret rolle, eller udelukkende administrativt ledende rolle. Lægerne synes således at opfatte sig selv som administratorer, der stadigvæk i et vist omfang skal være klinisk aktive, holder sig opdateret på det faglige område, men samtidig også orienterer sig mod den generelle ledelsesverden og involverer sig både i administration og strategisk ledelse. Der synes desuden konsensus blandt klinikcheferne om, at den specialeledende overlæge, i forhold til at opretholde sin autoritet og legitimitet blandt sine medarbejdere, bør deltage i det kliniske arbejde. Der er ingen ytringer om, at den specialeledende overlæge bør opgive sin kliniske aktivitet og søge mod at blive en generalistleder på fuld tid. Reduktionen af personaleansvar, der indtræffer for flere læger som følge af de strukturelle ændringer i FLO, synes at påvirke i retning af et mere fagligt fokus i ledelsesrollen. Dette er i hvert fald, hvad lægen fra Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi giver udtryk for. På visse punkter tyder det således på, at de specialeledende overlæger bliver mere klinisk/fagligt orienterede. Dog må dette siges, at være lokalt forekommende, men at der generelt er færre læger organiseret under de ledende specialeledende overlæger end sygeplejersker under afsnitslederne, bekræfter Klinikchef Odd Ravlo. Om afsnitsledernes personaledelse siger han således:

*”… De har jo typisk mellem 30-50 medarbejdere under sig, hvor den ledende overlæge har noget færre læger under sig.”*

Reduktion i personaleledelse synes dermed at være den mest væsentlige generelle forandring af de specialeledende overlægers ledelsesrolle som følge af FLO i forhold til deres rolle som ledende overlæger på de tidligere afdelinger. I forhold til Haldor Byrkjeflot og Peter Kragh Jespersens opdeling af forskellige varianter af hybridledere, den kliniske hybridleder, den markedsorienterede hybridleder samt den neobureaukratiske hybridleder, vil billedet ikke være entydigt, hverken i forhold til den enkelte læge eller i forhold til de tre varianter. To af lægerne synes således at bevæge sig mere mod den klassiske kliniske hybridleder, selvom dette ikke synes helt frivilligt. Den specialeledende overlæge fra Klinik Hoved – Orto synes derimod at placere sig et sted i den neobureaukratiske hybridleder, men med et ønske om at bevæge sig mod en mere klinisk hybridleder. Nogen entydig placering kan dog ikke foretages af de tre læger.

# De afsnitsledende sygeplejerskers rolle som ledere

Afsnitsledende sygeplejersker befinder sig som tidligere nævnt på samme ledelsesniveau som de specialeledende overlæger. Typisk er det de tidligere afdelingssygeplejersker, som før var underlagt en oversygeplejerske på de gamle afdelinger, som nu er rykket et ledelsesniveau op. Sygeplejerskerne har i deres interne ledelsesstrategi ambitioner om at opnå en ligeværdig position med de ledende læger og opnå ansvar indenfor ikke bare plejeområdet, men også administrative opgaver som eksempelvis økonomistyring. De strukturelle ændringer på Aalborg Universitetshospital synes på papiret at styrke deres ledelsesstrategi. Spørgsmålet er, hvordan ledelsesrollen opfattes blandt afsnitslederne selv og deres klinikchefer?

Klinikchefen fra Klinik Anæstesi, Henrik Imer Nielsen, beskriver sin opfattelse af afsnitledernes rolle på følgende måde:

*”Altså en god afsnitsleder fra min stol, det er en afsnitsleder, der er proaktiv, der selv træffer beslutninger, som agerer inden for de rammer og tager initiativ inden for de rammer og inden for de roller, der er blevet tildelt i forbindelse med FLO(…). Det er helt afgørende, at det er nogle udviklingsorienterede ledere, der tager ansvar og som er proaktive i forhold til også samarbejdet med deres samarbejdspartnere. Det er helt nødvendigt. Og så skal de jo selvfølgelig kunne overholde de økonomiske og normeringsmæssige rammer.”*

En anden klinikchef, Anne Dorthe Bjerrum, ser rollen som meget sammenlignelig med de specialeledende overlæger og fremfører således at:

*”… den afsnitsledende har ligesom den ledende overlæge en rolle i forhold til at koordinere og sætte nogle teams i gang på kryds og tværs, og holde styr på hvem der er hvor. Og sørge for at det er de rigtige kompetencer der er omkring de opgaver der skal løses.”*

Denne opfattelse af afsnitslederen støttes op af Klinikchefen fra Hoved – Orto. Odd Ravlo slår nemlig også på, at økonomistyring og sikring af kompetente medarbejdere er et kerneelement*.*

*”… de afsnitsledende sygeplejersker skal sikre at de har de medarbejdere de skal have med de kompetencer de skal have i forhold til de midler, ressourcer som de er stillet til rådighed, altså kroner og ører.”*

Alle tre klinikchefer er således enige om, at de afsnitsledende sygeplejersker hovedsageligt skal sikre fornuftigt brug af økonomiske ressourcer og sikre kompetente medarbejdere indenfor sit afsnit og samtidigt besidde evner for samarbejde og koordination.

De tre interviewede afsnitsledere på klinikkerne, giver udtryk for en tilsvarende opfattelse af deres egen ledelsesroller, og at skiftet fra stillingen som afdelingssygeplejerske i den gamle organisering til afsnitsleder kan mærkes. At oversygeplejerskefunktionen er fjernet har, som tidligere nævnt, bevirket at en del af de opgaver, der tidligere lå i den funktion, nu er flyttet til afsnitslederfunktionen. En transition som naturligt øger fokus på de administrative opgaver. Således beretter en afsnitsleder fra Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi, hvad ledelsesrollen omfatter:

*Den indeholder nogle af de opgaver, som den tidligere oversygeplejerske varetog. Jeg har glædet mig meget til at få et økonomisk ansvar. Det har jeg fået i forhold til en lønsum… personalelønsummen, men der er rigtig rigtig mange nye opgaver som jeg skal til at sætte mig ind i.*

En anden afsnitsleder fra klinik Hoved- Orto, beskriver rolleskiftet på følgende måde:

*”Den har jo ændret sig i forhold til den var mere operationel og tæt på patienten tidligere. Der er den stadigvæk operationel, men det er mere på det organisatoriske og administrative niveau. Så derfor har man fjernet sig mere fra afdelingens sådan primære funktion i forhold til sygeplejen, kvaliteten og i forhold til at følge op og være kittet omkring patienterne.*

Det er således tydeligt, at ledelsesrollen for de enkelte afsnitsledere har taget et trin op ad stigen, og nu skal varetage flere administrative opgaver og mindre faglige opgaver end tidligere. Tildelingen af større økonomisk ansvar tiltaler særligt førstnævnte afsnitsleder. På spørgsmålet om opgavernes fordeling i det daglige arbejde anslår alle tre, at personaleledelse optager en væsentlig del af deres tid, men også at mange administrative opgaver pålægges dem, således de ikke udelukkende selv kan prioritere frit. Således udtaler afsnitslederen fra Klinik – Barn og Urinvejskirurgi:

”*Jeg vægter personaleledelse rigtig meget, men i og med vi bliver indkaldt til så mange møder som jeg gør, så bliver det rigtig meget administrativ ledelse og så bliver det i mindre grad faglig ledelse, men personaleledelse vil jeg have tid til.”*

Samme afsnitsleder konkretiserer yderligere sin opfattelse af de mange pålagte opgaver i følgende udsagn:

”*Jeg kan sige, at inden for den sidste halve time er jeg inviteret til 17 møder. Der er ligesom andre, der i hvert fald også disponerer over min tid, som gør at jeg ikke har de frihedsgrader til det jeg gerne vil gå i dybden med(…)… Samtidig har jeg det sådan at det ikke kan være anderledes i en opstartsfase. Vi skal turde at være ude på noget dybt vand og stå på broen, mens den bliver bygget.*

Samme opfattelse kan spores hos de to øvrige interviewede afsnitsledere. Personaleledelse og administrativ ledelse er de områder, som de bruger deres tid på, mens de pålagte opgaver fylder en hel del i det daglige arbejde. Afsnitslederen fra klinik Hoved – Orto beskriver sine arbejdsopgaver og tidsforbrug således:

”*Jeg tror det, personale-faglig-ledelse, det kommer næsten under ét. Altså fordi den faglige ledelse, den går også på kompetenceudvikling af den enkelte og altså adfærdsmæssige ændringer hos den enkelte og støtten op omkring så man tilser personen som en helhed(…)… jeg tror det er halvt og halvt. Altså faglig ledelse og personaleledelse halvt og så halvt administration.*

På spørgsmålet om hvorvidt der frihed i ledelsesrollen til at prioriterer svarer selvsamme afsnitsleder på følgende måde:

*”Det gør jeg. Men dog vil jeg også alligevel sige, at jeg synes oftest at de opgaver, der kommer de er meget kontrolopgaver og de kommer top-down og ikke buttom-up. Så de udviklingsopgaver og sådan noget, der kunne være interessante for medarbejderen at tage fat på, de bliver, dem bliver der ofte ikke så meget plads til, som de opgaver, der kommer oppefra.”*

Den tredje afsnitsleder fra Klinik Anæstesi er fuldstændig i tråd med sine to kolleger i forhold til ledelsesrollens fokus og indhold. Således udtaler vedkommende:

*”… Altså i det store hele, der ser jeg mig som en leder sammen med min afsnitsledende læge, overlæge og speciallæge(…). Så min rolle er jo som administrativ og som driftmæssig leder, men i allerhøjeste grad som leder for personale. Det er det, som jeg ser som hovedindholdet.”*

I en mere detaljeret beskrivelse af sine arbejdsfordelinger, anslår samme afsnitsleder, at halvdelen af arbejdsopgaverne anslås at falde ind under driftsstyring og administration og den sidste halvdel under personaleledelse.

Overordnet tegner der sig således et forholdsvis homogent billede af de afsnitsledende sygeplejersker som ledere, der orienterer sig mod generelle ledelsesopgaver indenfor personaleledelse og administrativ ledelse, mens den faglige ledelse synes at stå i baggrunden, eller flyde sammen med personaleledelsesopgaverne. Alle tre afsnitsledende sygeplejersker giver således udtryk for, at deres ledelsesrolle er delt op mellem halv personaleledelse og halv drift/administrativ ledelse, og derudover, at mange opgaver og mødeaktivitet bliver pålagt dem ovenfra. I modsætning til lægerne synes der ikke rum eller behov for klinisk deltagelse i afsnitsledernes ledelsesrolle. Klinikchef Odd Ravlo udtrykker sin opfattelse på følgende måde:

”*De afsnitsledende sygeplejersker tror jeg, altså på almindelige store afdelinger(afsnit), tror jeg ikke de har ret meget klinisk arbejde. De er næsten 100% ledere. De er både drifts, faglige og administrative ledere.*

At personaleledelse er så markant i beskrivelsen af ledelsesrollen hos både klinikcheferne og afsnitslederne selv begrunder Ravlo i følgende udsagn:

*”Det er meget personaleledelse. Altså de har jo typisk mellem 30-50 medarbejdere under sig, hvor den ledende overlæge har noget færre læger under sig.”*

Klinkcheferne for Klinik Anæstesi og Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi ser ligeledes personaleledelse som et markant arbejdsområde for afsnitslederne, Henrik Imer fra Klinik Anæstesi ser dog store lokale forskelle i vægtningen, hvilket han udtrykker i følgende udsagn:

*”Vi har afsnit her i Klinik Anæstesi der er rangeret lige fra 15 medarbejdere og op til 80. Så span of control er meget forskellig og span of control siger så også noget om, hvad der er der primære indhold i ens arbejde. Det er da klart, der er ekstrem meget personaleledelse. Der er ekstremt meget ledelse i forhold til at få dagligdagen til at hænge sammen og få rullerne til at køre og få fremmødet til at køre og hvor mangler der folk og hvor skal jeg og den der daglige planlægning.”*

Anne Dorthe Bjerrum understøtter denne opfattelse og tilkendegiver i samme ombæring, at der samtidig er et stigende antal eksterne opgaver til afsnitslederne. Således udtrykker hun det:

*”… Vi har en afsnitsledende sygeplejerske der har omkring 80 medarbejdere, og det er klart hun kan ikke være med i plejen på samme måde som en sygeplejerske der har måske 20 medarbejdere. Der er et større koordineringsarbejde. Men jeg ser så også at alle de afsnitsledende sygeplejersker har fået flere eksterne opgaver, hvis man kan sige det sådan. Altså, de er mere ude af deres afsnit, fordi de har ikke deres oversygeplejerske længere.”*

Anne Dorthe Bjerrums erkendelse af, at der er mange eksterne opgaver oveni driftsledelse og administration, og at der således er mindre tid til at være ude på afsnittene står lidt i modsætning til en anden vigtig egenskab, som hun fremhæver hos afsnitslederne:

*”… At man er synlig og at man viser vejen. Man fortæller sine medarbejdere hvor er det er vi skal hen. Og så at man ikke nødvendigvis vil være med i alting, men giver lov, giver plads til at der er nogle andre der kan gå forrest, men de skal hele tiden vide at du er der(…)…at man er til stede og også viser sig som den gode rollemodel, og hvordan ting skal gøres. Det er ikke kun i forhold til den måde man gør tingene på, men også i høj grad det sprog man bruger.”*

Det er således vigtigt for Anne Dorthe Bjerrum, at afsnitslederen er synlig i det daglige arbejde, ikke nødvendigvis deltagende, men synlig. De mange eksternt pålagte opgaver og administrative dagligdagsopgaver kan dog tænkes at gøre disse ambitioner vanskelige. Ikke desto mindre kan denne ambition spores hos afsnitslederen fra Klinik Anæstesi, som netop prioriterer at være synlig for sine medarbejdere.

*”jeg tænker meget på nærvær og tillid, og at jeg synlig, så derfor bruger jeg meget tid ude blandt personalet. Og der er også rigtig mange samtaler, der er meget opfølgning, der er meget udvikling, og der er hele noget tilpasning, fordi personalet, der er 65, og de er meget forskellige og går i forskellige retninger, så jeg bruger meget tid på ligesom at, hvad skal man sige, være opmærksom på hvilke nuancer, der er omkring den enkelte.”*

Synlighed og deltagelse tillægges således stor vægt i de to sidstnævnte udsagn. Dette skal ske gennem en personaleledelse, der går tæt på medarbejderne, men ikke via direkte deltagelse i det daglige arbejde med pleje, hvilket både klinikcheferne og de afsnitsledende sygeplejersker ikke ser som en del af arbejdsopgaverne og muligt på de almindelige afsnit. Afsnitslederne synes således at skulle finde en balance mellem nærværende personaleledelse og samtidig bestyre afsnittenes drift og håndtere administrative opgave fra både internt og eksternt hold.

## Afsnitslederne som hybridledere

På baggrund af ovenstående udsagn kan det udledes, at der er en forholdsmæssig homogen opfattelse blandt både de afsnitsledende sygeplejersker på det operative niveau og deres overordnede, om hvad ledelsesrollen omfatter, og hvor vægtningen kommer til at ligge. Således peger samtlige respondenter på personaleledelse som en markant del af ledelsesopgaven for afsnitslederne. Derudover er der nu pålagt afsnitslederne, som tidligere var afdelingssygeplejersker, et driftsmæssigt ansvar og et stigende antal administrative opgaver, både pålagt eksternt og internt. En del af disse administrative opgaver hænger dog naturligt sammen med de strukturelle ændringer indført januar 2013, og det kan således ikke udledes, hvor mange af de administrative opgaver, der har permanent karakter, da implementeringsfasen stadig er aktiv i skrivende stund.

Afsnitslederne kommer fra en mere fagligt orienteret mellemlederrolle som afdelingssygeplejerske under en oversygeplejerske til en rolle, som nu ligner oversygeplejerskerollen til forveksling. Dog synes der at være forskelle. Afsnitslederen står ikke med et økonomisk ansvar alene, men skal via samarbejde med sin afsnitsledende kolleger inden for samme speciale og den tilknyttede specialeledende overlæge aftale budget og driftsomkostninger på plads. Det vil sige, hvor de før var to, oversygeplejersken og en ledende overlæge på afdelingsniveau, er de nu måske to, tre eller fire afsnitsledere, der skal varetage det økonomiske ansvar indenfor specialet i samarbejde med den specialeledende overlæge. Ansvaret for økonomistyring synes dermed ikke helt på samme niveau hos den enkelte afsnitsleder, som det ansvar der tidligere lå på oversygeplejerskerne. Klinkchef Odd Ravlo erkender da også, at afsnitsledernes egenskaber indenfor flere områder skal opgraderes hos de tidligere afdelingssygeplejersker. Således erklærer han:

”*Det har vi arbejdet på lige siden 1. januar. Med at opkvalificere de afsnitsledende sygeplejersker til det ledelsesniveau der ligger over det niveau de havde som afdelingssygeplejersker. Så de skal løftes et ledelsesniveau op på niveau med den ledende overlæge.”*

Afsnitsledernes tidligere rolle som afdelingssygeplejerske, hvor de var tættere på det daglige faglige arbejde og deres stadigt lidt uvante forhold til økonomi og driftsstyring afspejler sig måske i deres rollebeskrivelse, som fokuserer meget på personaleledelse. Klinikcheferne har dog en tilsvarende opfattelse af afsnitslederrollen, som således synes mere personaleorienteret og mindre administrativ end de tidligere oversygeplejerskers rolle.

Billedet af afsnitslederne i forhold til hybridledelse er sammenfattende, at de orienterer sig mod den daglige drift, hvor det at være ude i afdelingerne og tæt på personalet er vigtigt. De er således fokuserede på at få den daglige drift til at fungere og ikke udelukkende fokuseret på at økonomistyre eller tage sig af de administrative opgaver. De prioriterer således også personaleledelse og det at være synlige ude på afdelingerne højt. Klinisk deltagende arbejde er ikke noget, der indgår i deres arbejdsopgaver, men fagligheden skal stadig holdes ajour gennem personaleledelsen, således er der ikke en entydig orientering mod den generelle eller den faglige ledelsesverden. I forhold til Haldor Byrkjeflot og Peter Kragh Jespersens opstilling af tre nuancerede hybridledere, den kliniske hybridleder, den markedsorienterede hybridleder og den neobureaukratiske hybridleder, vil afsnitslederne placere sig et sted mellem den kliniske hybridleder og den neobureaukratiske hybridleder. Dette skyldes, at de er underlagt en del administrative krav om dokumentation og kvalitetssikring bl.a. beskrevet i den danske kvalitetsmodel for sygehuse, der skal opfyldes for at de danske hospitaler og sygehuse kan blive akkrediterede. Eksterne kontrollører følger op på denne dokumentation, og de enkelte afsnitsledere må således afsætte tid til at opfylde disse pålagte opgaver fra eksternt og centralt hold. På den ene side skal afsnitslederne således forholde sig til et større decentralt og uddelegeret ansvar for økonomi og drift på deres enkelte afsnit, men samtidig forholde sig til de centrale og eksterne krav, der knytter sig særligt til dokumentation af kvalitet. Et halvt år efter FLO-ændringerne trådte i kraft, giver de interviewede afsnitsledere udtryk for, at de har mange fastlagte opgaver, der ifølge deres egen opfattelse, fastlåser deres ledelsesopgaver i en anseelig grad. Omvendt kan det tænkes, at afsnitslederne stadig skal tilvendes et større fokus på administrativ ledelse, da deres hidtidige rolle som afdelingssygeplejerske var mere fagligt orienteret. De opfatter muligvis sig selv som mere personalenære og fagligt orienterede, end afsnitslederrollen egentlig tillader dem at være. Omvæltningerne kan derfor synes meget markante for afsnitslederne, hvor mødeaktivitet og pålagte administrative opgaver fylder mere i deres hverdag end hidtil, hvilket også kommer til udtryk flere udsagn. Tendensen er dog, at ledelsesrollen bevæger sig mod den neobureaukratiske hybridleder, der skal balancere mellem de mange eksterne og interne krav, men det er for tidligt i implementeringsfasen at placere dem entydigt i denne kategori.

# Arbejdsdeling mellem de specialeledende overlæger og afsnitsledere

I forbindelse med de strukturelle ændringer på Aalborg Univesitetshospital, er de nøjagtige beskrivelser af ledelsesansvar og funktioner for de operative ledere ikke nedskrevet. Ophævelsen af afdelingsledelserne og overgangen fra en velfunderet ledelsesmodel, har naturligt efterladt en række spørgsmål om detaljerne i ledelsesrollerne. Der synes således at være en vis usikkerhed i afgrænsningen mellem de specialeledende overlægers og afsnitsledernes ansvarsfordeling.

Den manglende fastlæggelse af detaljer i funktions- og ansvarsbeskrivelser kan tydeligt spores i interviewene med de specialeledende overlæger, yderligere kendetegnende for lægernes opfattelse af ansvar er, at de ser deres egen rolle som central i den nye organisation. Dette udtrykkes særligt af en specialeledende overlæge fra Klinik Anæstesi, der peger på det faktum at vedkommendes klinikledelse ikke besidder lægefaglige kompetencer. På den baggrund udtaler lægen at:

”… *De to viceklinikchefer og klinikchefen er ikke læger. Så derfor mener jeg jo helst den ledende overlæge skulle springe i organisationsdiagrammet og være en del af klinikledelsen, ville jeg mene. Men det vil man jo ikke. Fordi at FLO er fastmonteret i sin struktur og sin strategi… men altså den måde min klinik har varetaget det på, det er at vi har tætte møder med klinikledelsen og at de næsten kun agerer efter konference med det lægefaglige ledelsesforum.”*

Lægen påberåber sig dermed en forventning om at blive taget med på råd i samtlige lægefaglige spørgsmål. Særligt da der ikke sidder en læge i klinikledelsen, og den specialeledende overlæge dermed sidder på den højst rangerede lægefaglige stilling i klinik Anæstesi. I Abbotts Jurisdiktionsterminologi, kan lægen dermed siges at markere en intellektuel og rådgivende jurisdiktion. Samme læge giver også udtryk for, at der bliver arbejdet på at få defineret de formelle ansvarsplaceringer, som pågældende mener er essentiel for den videre udvikling. Således fastslår lægen:

*”… Overlægeforeningen på Aalborg Sygehus, den ledende overlægeforening, har også gjort en masse tiltag for at beskrive, hvad et er for nogle … hvad det er for nogle ansvarsområder den ledende overlæge har, netop fordi FLO jo skærer kagen på en anden måde, ik os. Så det har været vigtigt for lægerne ligesom at skære ud, hvilket ansvar og hvilke kompetencer vi har som ledende overlæger i den her organisation.”*

Den specialeledende overlæge i denne klinik synes at have en forventning om udvidet ledelsesautonomi, måske med rette, da det øvre ledelsesniveau ikke kan, eller vil, blande sig i de faglige beslutninger, så længe de økonomiske rammer overholdes, hvilket illustreres i Klinikchef Henrik Imer Nielsens udtalelse om den specialeledende overlæges rolle:

*”… Det er jo den faglige retningsgivende og den faglige ansvarlige person, som der er i klinikken. Det er jo en meget, meget vigtig post, og det er jo ikke en post som jeg på nogen måde kan give indtryk, at jeg, som administrativ uddannet person, skal gå ind og fylde en hel masse i.”*

Direkte adspurgt om sit eget ledelsesniveau mener den specialeledende overlæge fra Klinik Anæstesi således, at det ligger på et højere niveau end de afsnitsledende sygeplejersker. At den specialeledende overlæge har, eller bør have, lidt mere vægt end afsnitslederne er ligeledes opfattelsen hos en specialeledende overlæge fra Klinik Hoved – Orto. Vedkommende slår således fast at:

”… *Jeg har også signaleret over for de to afsnitsledende sygeplejersker, eller sige, jeg har ikke lagt skjul på, at jeg mener, at det skal være sådan og bør være sådan, at den ledende overlæge, om der skulle være uenighed om retning osv. har det finale ord at sgu have sagt. Og det gælder også i forhold til prioriteringen af ressourcer, der anvendes på f.eks. kurser til personale eller indkøb…”*

Der er i disse udtalelser en klar tendens til, at de interviewede specialeledende overlæger ser sin egen ledelsesrolle som både vigtig og på et højere ansvarsniveau end de afsnitsledende sygeplejersker. Særligt for den sidstnævnte læge fra Klinik Hoved – Orto er det vigtigt at få fastlagt at lægens ord er det, der vægter tungest i tilfælde af uenighed. De to læger giver implicit udtryk for, at de ønsker jurisdiktion i forhold til det overordnede ansvar, så de er sikre på at deres beslutninger i sidste ende er det, der vejer tungest i tilfælde af uenighed. Abbotts jurisdiktionsbegreb kan her bruges til at markere sygeplejerskernes jurisdiktion som *underordning* i forhold til lægerne. Lægerne har ikke *fuld Jurisdiktion*, men sygeplejerskerne skal rette sig efter lægernes beslutninger i tilfælde af uenighed.

De adspurgte afsnitsledere fokuserer mere på de nye samarbejdsmuligheder i den operative ledelsesmodel. Således lægger en afsnitsleder fra Klinik Hoved – Orto, vægt på at afsnitsledende sygeplejersker og specialeledende overlæger skal finde løsninger i fællesskab i et ligeværdigt forhold. Dog er der opdelinger af ansvarsområder, som tages for givet. Således udtaler afsnitslederen:

”… S*ådan overordnet faglig udvikling, der har overlægen det overordnede ansvar. Og personaleledelsen i de enkelte afsnit, der er vi ligestillet med, der har vi hvert vores ansvar i de forskellige afsnit. Så vi har en forventning om, at vi kan tale os til rette omkring problemløsninger, som kunne være konfliktfyldte.”*

Der ligger i udsagnet en erkendelse af, at der er områder, der tilfalder lægen, men at der i forhold til eksempelvis personaleledelse, er en klar deling af ansvaret. Den specialeledende overlæge tager sig af lægerne som personalegruppe, mens afsnitslederen tager sig af sygeplejerskerne og det øvrige plejepersonale. I Abbotts terminologi sker der en såkaldt arbejdsdelingsjurisdiktion, hvor arbejdet mellem de to professioner bliver delt på baggrund af personaleopdeling. En anden afsnitsleder fra Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi fokuserer også positivt på de nye muligheder som vedkommende ser i den nye struktur, illustreret i følgende udsagn:

*”Jeg ser også at der i og med at der ikke er den kapacitet i forhold til oversygeplejersken mere. Så er vi jo så to afsnitsledende sygeplejersker, der jo gerne skulle være en støtte for vores ledende overlæge, og han skulle jo også gerne være en støtte for os. Jeg synes også at der er nogle gode muligheder i den måde klinikstrukturen er bygget op.*

Den specialeledende overlæge lfra Klinik – Barn og Urinvejskirurgi fremhæver ligeledes samarbejdet med afsnitslederne som noget særligt indenfor sit speciale, og fokuserer dermed ikke meget på de præcise ansvarsfordelinger som sin to lægekollegaer fra de andre klinikker. Det synes simpelthen ikke relevant i vedkommendes daglige arbejde på anæstesiafsnit nord. Således udtaler han:

*”…Anæstesi er jo stort set blevet fuldstændig uddelegeret i forhold til de lægefaglige kompetencer. Dvs. at sygeplejerskernes arbejde egentlig er magen til vores arbejde, med nogle få forskelle. De bedøver patienter og vi bedøver patienter. Hvis de går fra et job, så tager vi det eller omvendt hvis vi går fra et job så tager de det. Så det er fuldstændigt overlappende udellegerede faglige kompetencer der ligger inden for det arbejde.”*

På anæstesiafsnittet under Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi er der således vægt på en *arbejdsdelingsjurisdiktion,* hvor der enten officielt eller uofficielt er forhandlet en arbejdsdeling på plads mellem lægerne og sygeplejerskerne, hvor sygeplejerskerne har opnået *underordning*, dvs. uddelegeret ret til at udføre lægerelaterede opgaver og de efter udsagn fra den specialeledende overlæge, faktisk indgår på lige fod med lægerne i det daglige arbejde,

Opsamlende er det bemærkelsesværdigt, at de to først citerede læger indledningsvist fokuserer på at få defineret deres rolle og ansvar klart, og at de klart tilkendegiver, at de selv ser deres rolle som mere tungtvejende end afsnitslederne, på trods af, at ledelsesrollerne formelt befinder sig på samme ledelsesniveau. En umiddelbar klar markering af deres jurisdiktioner. Afsnitslederne tilkendegiver derimod et fokus på samarbejdsmulighederne og ligestillingen, hvilket lægen fra Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi også tilkendegiver. Lokale forskelle synes således også i forhold til jurisdiktioner, at være af stor betydning. Der er den markante forskel på de to ledelsesroller, specialeledende overlæge og afsnitsleder, at de specialeledende overlæger kom fra en stilling, som ledende overlæge på afdelinger før og dermed befinder sig på et tilsvarende ledelsesniveau som i den tidligere ledelsesorganisering. Afsnitslederne er derimod rykket et niveau op i forhold til deres tidligere ledelsesniveau som afdelingssygeplejersker. Der er ikke sket forandringer i forhold til placeringer af opgaver imellem den specialeledende læge og sygeplejerske. Så det er kun afsnitslederne, der oplever et markant skifte i, at nye opgaver tilfalder dem. Således fastslår en afsnitsleder fra Klinik Anæstesi på spørgsmålet om eventuelle nye opgaver, der tidligere lå hos den ledende overlæge nu skulle være tilfaldet vedkommende:

*”Ikke decideret fra den ledende overlæge. Så går det til den ledende afsnitslæge. Der, hvor der er noget, der tilfalder mig, det er fra den tidligere oversygeplejerske, hvor det er omkring f.eks. fraværssamtaler, ansættelse, afskedigelse. Og så er det noget omkring kursusstyring og prioritering, det er der.”*

Tidligere fordelinger af arbejdsopgaver mellem ledende overlæger og oversygeplejersker synes således videreført i den nye ledelsesorganisering. De fleste ansvarsområder synes dermed allerede fastlagt indenfor de fleste områder, men grænsefladerne i forhold til fællesopgaverne defineres løbende. Afsnitsledernes inkorporering af nye opgaver, er en transition som Klinikchef Anne Dorthe Bjerrum udmærket kan se nogle udfordringer i. Således udtaler hun:

”*Det er uhyre vigtigt at de afsnitsledende træder i karakter og at de tager opgaven og vil opgaven. Fordi hvis de ikke vil det, så er der noget som falder fra hinanden. Jeg hører af og til de afsnitsledende, lidt opgivende, sige at de har alt for meget og de synes ikke at de kan overskue osv. Hvor jeg gør meget ud af at sige til dem, nu må i simpelthen ud af røret. Nu må i simpelthen se at få indhentet de kompetencer som i mener, at i mangler(…). Jeg ser ikke noget problem i forhold til de ledende overlæger, fordi de er vant til det. De har jo siddet som en del af afdelingsledelserne.*

Om samarbejdet mellem de specialeledende overlæger og afsnitslederne, ser Anne Dorthe Bjerrum fordele i den nye struktur på det operative plan, men også vanskeligheder i det faktum at de endelige ansvarsfordelinger ikke er officielle endnu.

*”… Specialerne er blevet mere handlekraftige, hvis man kan sige det sådan, fordi der ikke er hierarkiet hvor man skal op og ned. Hierarkiet begrænser jo de hurtige arbejdsgange. Det kan jeg se, at det fungerer bedre.”*

Om vanskelighederne, udtaler hun:

*”Vi mangler det der hedder sygehusets, eller hospitalets funktionsbeskrivelser… og det er nok især på de ledende overlæger, hvor at det har været vigtigt at få præciseret at det er dem der har det endelige ansvar for specialet. Det er jo lægespecialerne det er bygget op omkring, ikke også, men også i forhold til hvor stort et økonomisk ansvar har de ledende overlæger i forhold til de afsnitsledende sygeplejersker?”*

Klinikchef Odd Ravlo giver ligeledes udtryk for, at lægerne har en pointe i at kræve en ansvarsplacering, der tydeligt giver dem sikkerhed for at have det endelige ansvar i tilfælde af uenighed. Således udtaler han sig om ansvarsfordelingen:

*Det er klart at den ledende overlæge har behandlingsansvar, dvs. behandlingsansvar hele vejen igennem. Altså, det kan ikke nytte noget at en eller anden perifer sengeafdeling siger, ah nu gider vi ikke give patienten morgenmad(…).. Sådan at helt ude i det yderste led, der har den ledende overlæge sådan set beslutningskompetencer indenfor plejen, hvis det har noget med patientforløb at gøre. Og jeg har svært ved at se noget som ikke har noget med patientforløb at gøre.*

Fordelene ved at fjerne et led i hierarkiet hos sygeplejerskerne er, hvad Klinikchef Odd Ravlo fremhæver som en klar fordel i denne ledelsesmodel. Således udtaler han:

*”… Fordelen ligger i at de som leder de enkelte afsnit, altså ikke har et filter i det som oversygeplejerskerne tidligere repræsenterede. For da skulle de jo referere til oversygeplejerskerne som så samlede sammen og diskuterede det enten i fællesskab eller med de ledende overlæge, og så gik det op eller ned eller ud i systemet. Så det er mere direkte kommunikation. Man har fjernet et kommunikationsled…”*

Sammenfattende kan det konstateres, at alle tre klinikchefer støtter op omkring lægernes ønske om klare ansvarsbeskrivelser og ser det som nødvendigt at få placeret et entydigt ansvar, på trods af, at det fremhæves i officielle skrivelser, at de specialeledende overlæger og afsnitsledende sygeplejersker er på samme ledelsesniveau og indbyrdes skal aftale budget og håndtering af fælles opgaver. De interviewede specialeledende overlæger og afsnitsledende sygeplejersker giver udtryk for forskelligt fokus i forhold til de nye samarbejdsmønstre, der skal etableres internt mellem specialer og tilknyttede afsnit. Lægerne fokuserer meget på at få deres ansvar officielt defineret og markerer i den sammenhæng deres egen position som den afgørende figur i tilfælde af uenighed med de afsnitsledende sygeplejersker. Sygeplejerskerne fokuserer derimod på fordelene og mulighederne i samarbejdet.

## Specialeledende overlæger og afsnitsledernes markering af jurisdiktioner

Der er ingen tvivl om, at de interviewede specialeledende overlæger, via deres meget stringente fokus på de formelle ansvarsbeskrivelser, ønsker en klar definition af deres ledelsesrolle og interne hierarki mellem afsnitslederne og dem selv. Selvom det drejer sig om tilfælde af uenigheder, der ikke kan afgøres på anden vis, og som ideelt kun skal forekomme undtagelsesvist, er det åbenlyst vigtigt for lægerne at få fastslået, at de har det sidste ord. Lægerne har klinkchefernes opbakning til dette, og modsiges ikke umiddelbart af sygeplejerskerne. Der synes således at herske en vis konsensus blandt alle parter om, at det er nødvendigt med en entydig placering af ansvar i tilfælde af uenighed. Ifølge Abbotts jurisdiktionsbegreb skal der både være legal, kulturel og social kontrol med et område for, at der kan tales om fuld jurisdiktion. Den legale side mangler således i forhold til at placere det endegyldige beslutningsansvar hos den specialeledende overlæge. Når den legale ret opnås, kan man med rette argumentere for, at de specialeledende overlæger er de reelle ledere i forholdet mellem specialeledende overlæger og afsnitsledere, på trods af de formelle strukturer, der placerer de to operative ledelsesroller på samme ledelsesniveau. Fuld jurisdiktion opnås ikke, men sygeplejerskernes jurisdiktion på området bliver reduceret til en form for *underordning,* hvor økonomisk og administrativ ansvar er delt mellem læger og sygeplejersker så længe der er enighed, ellers skal sygeplejerskerne følge den specialeledende overlæges anvisninger. I forhold til specifikke lokale forhold er der også en klar markering af den specialeledende overlæge fra Klinik Anæstesi, som påberåber sig en intellektuel og rådgivende Jurisdiktion i forhold til sin klinikledelse, da klinikledelsen netop ikke besidder lægefaglig viden. Yderligere er det tydeligt at faglig- samt personaleledelse deles op mellem Specialeledende overlæger og de Afsnitsledende sygeplejersker, med lægerne organiseret under den ledende læge og sygeplejerskerne samt øvrigt plejepersonale under afsnitslederen. En klar Jurisdiktionsdeling, der ifølge Abbotts begreber går under betegnelsen arbejdsdelingsjurisdiktion.

# Opsamling på analysedel 2

I analysedel 2 er ledelsesrollerne for henholdvis de specialeledende overlæger og de afsnitledende sygeplejersker blevet undersøgt via kvalitative interview. Analysens har af den subjektive opfattelse af de to ledelsesroller hos henholdsvis klinikchefer, specialeledende overlæger og afsnitsledere opsummeres i nedenstående skema, der illustrerer dels homogeniteten, eller mangel på samme, på tværs af klinikkerne og internt i hver klinik:

**Figur 10. Informanters udsagn om operative roller**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Klinik Anæstesi** | **Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi** | **Klinik Hoved - Orto** |
| **Klinikchef Henrik Imer Nielsen**  *Ser sig selv som administrator. Specialeledende overlæger har stor faglig autonomi.*  *Afsnitsledere bør være proaktive inden for fastsatte rammer* | **Klinikchef Anne Dorthe Bjerrum**  *Ser sig selv som understøttende leder*  *Specialeledende overlæger er fagdrevet.*  *Afsnitsledere skal administrere koordinere, og være rollemodeller* | **Klinikchef Odd Ravlo**  *Ser sig selv som administrator*  *Specialeledende overlæger er administratorer og dernæst fagpersoner*  *Afsnitsledere skal administrere og koordinere* |
| **Specialeledende overlæge**  *Klinisk hybridleder*  *Ser sin egen rolle som meget fagligt orienteret, og central i klinikken* | **Specialeledende overlæge**  *Klinisk Hybridleder*  *Ser sin egen rolle som meget fagligt orienteret.* | **Specialeledende overlæge**  *Neobureaukratisk hybridleder*  *Ser sin egen rolle som meget administrativ og mindre faglig orienteret.* |
| **Afsnitsleder**  *Driftsorienteret hybridleder.*  *Ser sig selv som halvt administrativ- og halvt driftsleder* | **Afsnitsleder**  *Driftsorienteret hybridleder*  *Ser sig selv som personaleleder og administrativ leder* | **Afsnitsleder**  *Driftsorienteret hybridleder*  *Ser sig selv som delvis personaleleder og administrativ leder* |

*Kilde: Eget skema*

I forhold til de specialeledende overlæger viste analysen, at der ikke er et homogent billede af de ledende lægers ledelsesrolle. Lokale forskelle i afsnitsstørrelser og type af lægespeciale m.m. synes således at have betydning for, hvorledes vægtningen af generelle ledelsesopgaver og faglige ledelsesopgaver i den enkelte specialeledende overlæges arbejdsdag. Således oplever to af de adspurgte overlæger, at deres faglige ledelse er klart det største fokusområde i deres ledelsesrolle, mens særligt personaleledelse er begrænset. Dog oplyser den sidste læge, at han ser sin rolle som meget administrativ og føler sine muligheder for faglig ledelse som begrænset. Internt på klinikkerne synes der at være en homogenitet i opfattelsen af ledelsesrollen. Således tilkendegiver de to klinikchefer, Henrik Imer og Anne Dorthe Bjerrum, at der er stort fokus på fagligheden i den specialeledende overlæges rolle, hvilket lægerne også selv mener på de to klinikker. På klinik Hoved – Orto er den specialeledendes overlæges opfattelse af en hovedsageligt administrativ ledelsesrolle helt i tråd med Klinikchef Odd Ravlos opfattelse. Så også her er der homogenitet, dog er der ikke tilfredshed hos lægen, mens Ravlo mere ser det som en naturlig arbejdsfordeling. De to specialeledende overlæger på Klinik Anæstesi og Klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi synes således at indtage en rolle som klinisk hybridleder, men med ønske og forventning om at inddrage mere generel ledelse i sin rolle, mens den tredje læge fra Klinik Hoved – Orto synes at indtage en neobureaukratisk hybridledelsesrolle, hvor vedkommende ser sit arbejde som administrativt betinget og styrende for prioriteringen af arbejdsopgaverne. Vedkommende ønsker i større grad at orientere sig mod faglige ledelsesopgaver.

Analysen af de afsnitsledende sygeplejersker viser, at de i forhold til de specialeledende overlæger indtager en mere homogen ledelsesrolle, hvilket viser sig i opfattelsen af rollen, både på tværs af klinikkerne og internt i hver klinik. Alle tre interviewede afsnitsledere tilkendegiver således, at de opfatter sin rolle som delvis personale/driftsleder og administrativ leder. Afsnitslederne, som tidligere var afdelingssygeplejersker, er løftet et ledelsesniveau op i forhold til deres tidligere rolle, og skal dermed varetage en større mængde administrative opgaver end tidligere, herunder økonomistyring og fastlagte opgaver i forbindelse med akkreditering. Afsnitsledernes prioritering af ledelsesopgaver lægger dog mest vægt på personaleledelse, hvilket også fra klinikchefernes side pointeres som en kerneopgave. Afsnitslederne synes således at definere sine ledelsesroller som en klinisk hybridleder, altså et fokus på de driftsrelaterede opgaver, men bevæger sig med de stigende antal administrative opgaver tilsyneladende på vej mod en rolle som neobureaukratisk hybridleder.

Endeligt viser den tredje del af Analysedel 2, at der i forhold til ansvarsfordeling synes at være lidt usikkerhed fra lægernes side, da det ikke formelt er formuleret en ansvarsfordeling mellem de specialeledende overlæger og de afsnitsledende sygeplejersker i tilfælde af uenighed. Noget som både lægerne og klinikcheferne anerkender på tværs er vigtigt at få defineret. De to læger fra Klinik Anæstesi og Hoved – Orto, pointerer således dette som særligt vigtigt at få klarlagt som en lægefaglig jurisdiktion, hvor de ønsker en *underordning* af sygeplejerkernes jurisdiktion. I forhold til arbejdsopgaverne generelt er det typisk, at lægerne varetager faglig- og personaleledelse af lægerne og afsnitslederne tilsvarende for sygeplejerskerne. Der sker således en arbejdsdelingsjurisdiktion, hvor arbejdet deles mellem læger og sygeplejersker. Særligt udtalt synes samarbejdet og forhandlingerne om arbejdsdeling at være tilfældet på det undersøgt afsnit under klinik Kvinde – Barn og Urinvejskirurgi.

# Analysens samlede resultater

Når resultaterne af de to analysedele sammenholdes, er det tydeligt at der i de formelle beskrivelser ikke er muligt at indfange eller beskrive de lokale forskelle, der gør sig gældende i de specialeledende overlægers ledelsesrolle. Således viser analysedel 2, at der er store lokale forskelle på hvilke arbejdsopgaver, der fylder meget for den enkelte specialeledende overlæge. De specialeledende overlæger kan på samme hospital orientere sig mod en klinisk hybridlederrolle, eller en mere neobureaukratisk generalistorienteret ledelsesrolle. Dog synes det i analysen at være betinget af ydre omstændigheder, hvorvidt lægen orienterer sig mod det ene eller det andet. Således kan der som eksemplificeret i analysen være både 11 og 75 læger organiseret under den ene specialeledende overlæge, og dermed have stor indflydelse på personaleledelsesopgaverne. Derudover gives der udtryk for, at krav om akkreditering og dokumentationskrav spiller ind på prioriteringen og muligheden for at disponere over sine egne ledelsesopgaver. Lokale forhold og eksterne krav fra decentral og centralt hold samt specialets type synes således at være afgørende for hvilken vægtning af opgaver der er i ledelsesrollen, mere end lægens egne prioriteringer. De store lokale forskelle fremgår ikke af de formelle beskrivelser af den specialeledende overlæge som belyst i analysedel 1. Det synes således meget svært at generalisere en beskrivelse af ledelsesrollen. 1. antagelse om at de specialeledende overlæger vil orientere sig mod klinisk hybridrolle, men på baggrund af ledelsesrollens krav må bevæge sig mod en neobureaukratisk hybridrolle bekræftes således ikke entydigt.

Angående de afsnitsledende sygeplejersker synes der derimod at være større overensstemmelse mellem de formelle beskrivelser af afsnitsledernes rolle og opfattelsen af ledelsesrollerne blandt klinikcheferne og afsnitslederne selv. Alle klinikchefer og afsnitsledere opfatter således afsnitsledernes rolle på tilnærmelsesvist den måde, som det også er beskrevet i de formelle dokumenter. Dvs. fokus på personaleledelse og administrative ledelsesopgaver. Dog synes der at være mere fokus på personaleledelse blandt de interviewede afsnitsledere end administrativ ledelse, hvilket bevirker at de muligvis orienterer sig mere mod den kliniske hybridleder, end de måske kan under de nye betingelser. Deres rolle synes meget påvirket af eksterne og interne krav om dokumentation og akkreditering, hvilket mere orienterer deres rolle mod den neobureaukratiske hybridleder. 2. antagelse om at de afsnitsledende sygeplejersker vil orientere sig mod en neobureukratisk hybridrolle, med fokus på ledelse indenfor særligt administration og personaleledelse, bekræftes således til en vis udstrækning.

Nedenstående figur forsøger at placere alle seks operative ledere i det tidligere introducerede kontinuum mellem de tre varianter af hybridledere. Det er dog svært at placere dem entydigt i en kategori, da der er flere ting der trækker i modsat retninger. Således kan de ønske selv at placere sig et bestemt sted men reelt befinde sig et andet sted på kontinuummet. Fælles for dem alle er dog, at de bevæger sig i grænseområdet mellem den kliniske og den neobureaukratiske hybridleder. I figuren er lægerne markeret med blåt, mens afsnitslederne er markeret med rødt:

**Figur 11. Operative lederes placering på kontinuum**

# 

# *Kilde: Egen model*

# Diskussion – Hvor er Hybridledelse på vej hen?

I det følgende diskuteres dette speciales resultater op imod Peter Kragh Jespersen resultater af sine empiriske undersøgelser af de operative ledelsesroller på daværende Aalborg Sygehus og to andre nordjyske sygehuse i perioden 1999-2001. Dette gøres for dels at kunne sætte specialets resultater i perspektiv, men også for at belyse den udvikling de operative ledelsesroller har været igennem og hvorvidt hybridledelse har udviklet sig i en bestemt retning.

Indledningsvist skal det nævnes, at der siden Kragh Jespersens empiriske undersøgelser er indtruffet en del ændringer på Aalborg Universitetshospital. Hans empiriske undersøgelser er således foretaget, før der blev etableret en centerstruktur på hospitalet og naturligvis før de strukturelle ændringer i 2013. Vilkårene for de operative ledere, dvs. ledende overlæger og oversygeplejersker i afdelingsledelser var anderledes i forhold til ledelsesreferencer både opad i organisationen og i hverdagen. Således refererede hver enkelte afdelingsledende overlæge eller sygeplejerske i den daværende struktur direkte til sygehusdirektionen, og havde til hverdag kun én leder på sit eget niveau at forholde sig til. Hospitalets omgivelser har ligeledes ændret sig i den mellemliggende periode og nye krav, bl.a. i form af dokumentation til akkreditering er de senere år noget som påvirker ledelsesopgaverne for de operative ledere. De mange nye krav til de operative ledere vil skulle logisk set påvirke de operative ledere til et øget fokus på administrative opgaver og mindre fokus på faglige opgaver og slet ikke levne tid til klinisk arbejde i de ledende roller. Specialets resultater viser dog at der stadig er klinisk aktivitet blandt de ledende overlæger. Begrundelsen er fra klinikchefernes side, at klinisk aktivitet er nødvendig for, at de specialeledende ledere kan opretholde sin autoritet i ledelsesrollen.

I Peter Kragh Jespersens resultater identificerede han tre varianter af hybridledere blandt lægerne, den fagligt orienterede, en formidler mellem den faglige og den generelle ledelsesverden, samt generalistlederen. I dette speciale er der blandt kun tre informanter identificeret to typer i form af to der er fagligt orienterede og en der er generalistleder. Bemærkelsesværdigt er det dog at de to læger med stort fagligt fokus gerne vil udvide sine generelle ledelsesområder og og generalistlederen ønsker sig væsentlig mere fokus på fagligheden. Det siger måske mere om at det der har ændret sig mest siden Kragh Jespersen undersøgelser måske i virkeligheden er hvor meget frihed der er til at præge sin egen ledelsesrolle. Alle tre adspurgte læger i dette speciale giver i hvert fald udtryk for at de føler sig enten forpligtet eller fastlåst til bestemte typer af opgaver, det være sig administrative opgaver vedrørende akkreditering, faglige forpligtelser eller andet. De strukturelle ændringer på Aalborg Universitetshospital reducerer generelt de personalemæssige forpligtigelser for de ledende overlæger, og frigør derved noget ledelsestid der i hvert fald i ét tilfælde har øget det faglige fokus. Peter Kragh Jespersen resultater viste at 2/3 af lægerne dengang vægtede faglig ledelse som det vigtigste. Dette billede er stadigt fremherskende må det konkluderes på baggrund af analysen, men tid og plads til de generelle ledelsesopgaver prioriteres også.

I forhold til de ledende sygeplejersker viste Kragh Jespersen resultater at der kunne identificeres to forskellige varianter af hybridledere, driftslederen og generalistlederen. Eller lettere modificeret, den kliniske hybridleder og den neobureaukratiske hybridleder. I dette speciale er det nærmeste identificerbare en mellemting mellem de to. Afsnitslederne orienterer sig således mod driften og specielt rollen som personaleleder, men giver udtryk at blive pålagt mange opgaver fra diverse kanter, der tyder mere på en generalistorienteret lederrolle. Faktum er i hvert fald at der ikke er nogle ad de adspurgte afsnitsledere, der deltager i det kliniske arbejde og dermed er de ledere på fuld tid, med et fokus halvt på personaleledelse og halvt administration. Bemærkelsesværdigt er det at oversygeplejerskerne i Kragh Jespersens undersøgelser vægtede faglige og personalemæssige ledelsesopgaver som de vigtigste, her synes der at være sket et skred yderligere mod administrativ en orientering, hvilket måske skyldes de stigende ydre og indre krav om dokumentation og akkreditering.

# Konklusion

Det kan slutteligt konkluderes at hybridlederrollen i bedste velgående lever på Aalborg Universitetshospital. På trods af de strukturelle ændringer er kravene til de operative ledere således stadig fokuseret på at inkorporere generelle ledelsesopgaver hvilket kan ses af de formelle beskrivelser af de specialeledende overlægers og afsnitsledernes funktion. Hvorvidt de ændrede strukturer påvirker udformningen af hybridlederrollerne er nok for tidligt at sige, da implementeringsfasen stadig er i gang og definitionerne af eksempelvis ansvarsfordeling mellem de operative ledere endnu ikke er fastlagt. Dog er der lokalt tegne på at de strukturelle ændringer kan ændre på sammensætningen af arbejdsopgaverne for de enkelte ledere, eksempelvis reduceret personaleansvar. Yderligere synes udviklingen i de specialeledende lægers rolle at være meget lokalt betinget, mens der synes en større homogenitet i de afsnitsledende sygeplejerskers rolle, der over én kam beskrives på samme måde. Om ledelsesrollerne permanent antager sådanne former som er beskrevet i dette speciale og hvor udbredte tendenserne er kræver yderligere undersøgelser, men konklusionen må være at afsnitslederne følger de formelle beskrivelser og intentioner om ledelsesrollen snorlige, mens det er lidt mere tvetydigt med de specialeledende overlægers rolle.

# Litteraturliste

**Aalborg** Sygehus (2012) Funktionsbeskrivelser for ledende overlæger og afsnitsledere, paper.

**Aalborg** Universitetshospital (2013) Ledelse og organisering af sygeplejen. Paper, Forskning i front – patienten i centrum.

**Abbott**, Andrew (1988) *The System of Professions – An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press

**Antoft**, Rasmus m.fl. (2007) *Håndværk & Horisonter – tradition og nytænkning i kvalitativ metode.* SyddanskUniversitetsforlag

**Bendix**, Henrik W. m.fl. (2008) *Hospitalsledelse*, Børsens Forlag

**Bentsen**, Zeuthen Eva m.fl. (1999). Når styringsambitioner møder praksis. Handelshøjskolens Forlag

**Borum**, Finn m.fl. (2003) Ledelse i sygehusvæsenet. Handelshøjskolens Forlag, 1. udgave.

**Borum,** Finn m. fl. (2004) Forskning i sygehuse under forandring. Nyt fra samfundsvidenskaberne, CBS, 1. oplag

***Bryman****, A. (2004). Quantity and Quality in Social Research. 3. Udgave. Oxford University Press*

**Byrkjeflot**, Haldor & Jespersen, Kragh Peter (2010) Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. Paper, Conference Contradictions in Public Management: Managing in volatile times 11th – 13th April 2012

**De Vaus**, David (2001) *Research Design in Social Research*. SAGE Publications, 2001

**Ejersbo**, Niels og Greve, Carsten (2008) Moderniseringen af den offentlige sektor. Børsens forlag, 2. udgave, 1. oplag.

**Exworthy**, M. & Halford, S (1999).: *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector.* Buckingham. Open University Press.

**Fitzgerald**, L (1994) Moving Clinicians into Management. A Professional Challenge or Threat? *Journal of Management in Medicine*. Vol.8 (6). pp.32-44.

# Jeppesen, Jens-Otto (1997) Ledelse af Professionelle, Fokus på sygehusledelse, Munksgaard.

**Jespersen**, Peter Kragh(1996) *Bureaukratiet – magt og effektivitet*, Jurist og

Økonomiforbundetsforlag, 1. udgave, 1. Oplag

**Jespersen**, Peter Kragh (2005) *Mellem profession og management*, Handelshøjskolens Forlag

**Jespersen**, Peter Kragh (2005b) *”Den tredje vej?” – Generalister, fagprofessionelle eller*

*hybridledere som fremtidens ledere i sygehuse?*, paper, the 18th Scandinavian Academy of

Management (NFF) meeting at Aarhus School of Business in Denmark on 18th – 20th August

2005

**Jespersen**, Kragh P. & Wrede, S. (2009): The Changing autonomy of the medical professions. Chapter 7 in *Nordic healthcare systems: Recent reforms and current policy changes*. Magnussen, J, Vrangbæk, K, Saltman, R (eds): Maidenhead. McGraw-Hill and Open University Press

**Kirkpatrick**, I. Jespersen, P.K. Dent, M. & Neogy, I.(2009): Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England. *Sociology of Health and Illness.* Vol. 31. No. 5 pp.642-658.

# Klausen, Kurt Kludi og Friberg Nielsen (2003) Ledelse af professionelle, Hildebrandt.

**Kurunmäki**, Liisa (2004) A hybrud profession – the acquistion of management accounting

expertise by medical professionals, in *Accounting, Organizations and Society, 29 (2004), pp. 327-*

*347*

**Llewellyn**, Sue (2001) ’Two-way Windows’: Clinicians as Medical Managers, in *Organization*

*Studies, 2001, 22/4, pp. 593-623*

**Maaløe**, Erik (2002) *Casestudier af og om mennesker i organisationer*, 1. udgave, Akademisk Forlag

**Muusmann** (2010) Analyse af ledelsesstrukturen i sygehusvæsenet i Region Nordjylland. Rapport, 14. juni 2010.

**Region Nordjylland** (2012) Oplæg til fremtidig klinisk organisering, Rapport, 28 Juni 2012.

**Sognstrup**, Hanne (2003) *Professionelle i afdelingsledelse*, Ph.d. afhandling, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet, AK Trykkeri

# Teelken, Dent & Ferlie, Mike (2012) Leadership in the Public Services - Promise and Pitfalls. Routledge.

[**Vikkelsø**, Signe](http://research.cbs.dk/portal/da/persons/signe-vikkelsoe%2891a9160b-66fb-4607-84c8-f3e1a696ec21%29/publications.html)[; Vinge, Sidsel](http://research.cbs.dk/portal/da/persons/sidsel-vinge%28c1b3d245-7696-4ef6-abe0-81ea57ebcead%29/publications.html) (2004) [Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet.](http://research.cbs.dk/portal/da/publications/hverdagens-arbejde-og-organisering-i-sundhedsvaesenet%280b959dd0-c021-11db-9769-000ea68e967b%29.html)København. Handelshøjskolens Forlag

[**Vinge**, Sidsel](http://research.cbs.dk/portal/da/persons/sidsel-vinge%28c1b3d245-7696-4ef6-abe0-81ea57ebcead%29/publications.html) (2003) [Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse.](http://research.cbs.dk/portal/da/publications/organisering-og-reorganisering-af-medicinsk-arbejde-paa-sygehuse%284e20b8f0-c022-11db-9769-000ea68e967b%29.html)

København : Samfundslitteratu**Voxsted**, Søren (2010) Førstelinjeledere i den kommunale sektor- En karakteristik af hybridlederen, Paper, *Institut for Ledelse og Virksomhedsstrategi. Syddansk Universitet*

***Wenneberg****, Barlebo Søren (2000) Socialkonstruktivisme – positioner, problemer og perspektiver. Samfundslitteratur*

**Internetsider:**

Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse

www. Sundhed.dk

Om Aalborg Universitetshospital og afdelinger

www.aalborgsygehus.rn.dk 2013