



AALBORG UNIVERSITET

PÅ VEJ MOD EN NY LEDELSESORGANISATION

- RAPPORT FRA ET FØLGEFORSKNINGSPROJEKT PÅ AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

Centre for
Organization,
Management and
Administration



PÅ VEJ MOD EN NY LEDELSESORGANISATION

RAPPORT FRA ET
FØLGEFORSKNINGSPROJEKT PÅ
AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL



AALBORG UNIVERSITET

1.oplag 2015

Copyright: Forfatterne

ISBN :

Layout: FLUXUS v/Randi Elisabeth Knudsen

Centre for Organization, Management and Administration
Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet
Kroghstræde 7, 9220 Aalborg Øst

”

Nyere litteratur om organisationer behandler ofte i detaljer, hvordan forhåbninger om forandring undergraves af organisatorisk adfærd. Litteraturen og forskningen er fyldt med historier om organisationers modstand mod fornuftige bestræbelser på at ændre dem. Men det, disse erfaringer fortæller os er ikke, at organisationer er stive og ufleksible. Tværtimod tegner de et billede af organisationer, der er imponerende opfindsomme. Organisationer ændrer sig i reaktion på deres omgivelser, herunder også deres ledelser. Men de ændrer sig sjældent på en måde, der realiserer en enkelt aktørgruppes bevidste plan. I nogle tilfælde ignorerer organisationer klare retningslinjer; andre gange efterlever de dem mere strikt, end det var hensigten. Nogle gange skåner de beslutningstagerne for de ubehagelige konsekvenser af tåbelige politikker; andre gange gør de det ikke. Nogle gange står de stille, når vi ønsker, de skal flytte sig; andre gange flytter de sig, når vi ønsker, de skal stå stille.

(J. G. March 1995, s. 31)

FORORD

'Fremtidig Klinisk Ledelsesmæssig Organisering' – i daglig tale benævnt FLO – dækker kort sagt over en omfattende reorganiseringssproces på Region Nordjyllands sygehuse, hvor de klassiske fagbureaukratier med traditionelle klinik- og afdelingsstrukturer søges transformeret til patientorienterede hospitaler, der er organiseret omkring sammenhængende patientforløb.

(Re)organiseringer af syge- og sundhedsvæsenet har haft prioritet i megen aktuel national og international organisations- og ledelsesforskning, og også FLO fortjener forskningsmæssig opmærksomhed.

5

I regi af Centre for Organization, Management and Administration (COMA), Aalborg Universitet (AAU), blev der rettet henvendelse til Region Nordjylland med henblik på et samarbejde om forskning i forbindelse med implementeringen af FLO.

Efterår 2012 og primo 2013 blev der indgået aftale om etableringen af et såkaldt følgeforskningsprojekt. Følgeforskning er en idé, som til FLO-sammenhængen baserer sig på at følge forandringsprocesserne over tid. Spørgsmålet om Region Nordjylland har kunnet drage nytte af sine optjente erfaringer med FLOs udvikling er netop et empirisk spørgsmål, som gør et fokus på processerne helt afgørende.

Formålet med forskningsprojektet er at følge implementeringen af FLO for at skabe viden om forudsætninger og muligheder for organisatorisk forandring og ledelsesmæssig nyskabelse i sygehusvæsenet i Region Nordjylland.

Denne rapport har koncentreret sig om perioden fra FLO's start i januar 2013 og frem til ultimo 2014. Følgeforskningsprojektet søges dog gennemført frem til og med april 2016. Der arbejdes p.t. på flere forskningsressourcer her til.

Rapporten har dog alene sat fokus på Aalborg Universitetshospital. Dels af ressourcemæssige hensyn dels fordi Aalborg Universitetshospital er det største og mest komplekse af regionens sygehuse, som forventes at udgøre et af fremtidens såkaldte 'supersygehuse' i Danmark.

Rapporten skal tillige ses i sammenhæng med en kvantitativ evaluering af FLO, som er foretaget af Danish Center for Healthcare Improvements (Holst et al. 2015). Resultaterne fra denne kvantitative evaluering understøtter resultaterne i nærværende (kvalitative) følgeforskningsprojekt.

De forskere, som alle er forankret i forskningscentret COMA på Aalborg Universitet, og som har været tilknyttet forskningsprojektet, er:

- Professor i Organisation og Ledelse, Ph.d. Janne Seemann, projektleder
- Professor i Health Management, Ph.d. Runo Axelsson
- Lektor i Organisation, Strategi og Ledelse, Ph.d. Jeppe Gustafsson
- Lektor i Health Management, Ph.d. Susanna Bihari Axelsson
- Instituttleder, lektor i Professionssociologi, Ph.d. Rasmus Antoft
- Forskningsassistent, sociolog Mia Fredens

En stor tak til Region Nordjylland ved (nu fhv.) regionsdirektør Per Christiansen og sundhedsdirektør Jens Winther Jensen for midler til denne følgeforskning. For en økonom og en læge må det være en udfordring at lade forskere med stærke rødder i organisationssociologien udforske et nøglefelt i deres region. Også tak til vores egen arbejdsplads Aalborg Universitet og især til Institut for Sociologi og Socialt Arbejde samt Institut for Økonomi og Ledelse for støtte til projektet.

Ikke mindst stor tak til de mange ledere og medarbejdere på Aalborg Universitetshospital, som har stillet sig til rådighed for dialog i fokusgrupper, enkeltinterviews og workshops; ladet sig observere samt fremskaffet en større mængde dokumenter mv. Hvor har I dog været imødekomne, og gjort det rigtig spændende at komme indenfor i jeres organisation. Som forandringsproces drejer FLO sig om lange seje træk og langsigtede gevinster. En rapport, som har fulgt reorganiseringens bestræbelser i ca. to år, kan derfor på ingen måde frembringe noget klart og endegyldigt resultat med to streger under.

Med projektets fokus på processer er det til gengæld vores forventning, at følgeforskningen kan medvirke til at udvide grænserne og diskussionsrepertoiret for, hvilke problemer og muligheder, man kan få øje på med henblik på at forbedre fremtidens ledelse og organisering i det nordjyske sygehusvæsen. Samtidig indkredser rapporten behov og fokuspunkter for den videre forskning.

Centre for Organization, Management and Administration
Aalborg Universitet, januar 2015

Janne Seemann Jeppe Gustafsson

Runo Axelsson Susanna Bihari Axelsson

Rasmus Antoft Mia Fredens

Centre for
Organization,
Management and
Administration

INDHOLD

FORORD	5
KAPITEL 1	
UDGANGSPUNKTER OG PROBLEMFELTER	11
1.1 FLO i hovedtræk	12
1.2 FLO i internationalt og nationalt perspektiv	15
1.3 Problemformulering	16
KAPITEL 2	
DESIGN OG METODE	19
2.1 Kvalitative metoder og datagenerering	19
2.2 Analyseramme	22
KAPITEL 3	
FORANDRINGSFORLØBET	27
3.1 Om forandringsforløbet og dets faser	27
3.2 Fase 0: Tiden før og op til FLO	28
3.3 Fase 1: Implementering, uklarheder og sammenstød med andre hensyn	31
3.4 Fase 2: 'Trækkene trækkes op'	40
KAPITEL 4	
REAKTIONER OG SYNSPUNKTER PÅ FLO	51
4.1 Regions- og hospitalsledelsernes intentioner med FLO	51
4.2 Reaktioner fra ledende overlæger	53
4.3 Reaktioner fra afsnitsledende sygeplejersker	57
4.4 Store forventninger til de forløbsansvarlige viceklinikchefer	61
KAPITEL 5	
OPSAMLLENDE ANALYSE	79
5.1 Forandringsforløbet	79
5.2 Seks væsentlige statements	83
5.3 Fremadrettede forskningsspørgsmål	89
Referencer	92
Appendiks	98

KAPITEL 1

UDGANGSPUNKTER OG PROBLEMFELTER

Nærværende studie af de forandringer indenfor det nordjyske sygehusvæsen, som går under betegnelsen Fremtidig Klinisk Ledelsesmæssig Organisation (FLO), kan karakteriseres som følgeforskning. Det er en forskningsstrategi, som går ud på at følge forandringsprocesser over tid. Spørgsmålet om Region Nordjylland har kunnet drage nytte af sine optjente erfaringer med FLOs udvikling er netop et empirisk spørgsmål, som gør et fokus på processerne helt afgørende.

Det er forløbene og processerne, der indgår i at træffe valg, i at gøre erfaringer og i at forandre og tilpasse sygehusorganiseringen, som det er meningsfuldt at beskæftige sig med både praktisk og teoretisk. FLO vil både forme sygehusorganiseringen og selv blive formet af sygehusorganiseringen.

I forbindelse med studierne af det nordjyske sygehusvæsen er det blevet klart, at forskningsprojektet benævnes 'Evalueringen' blandt aktørerne i sygehusvæsenet. Selve begrebet evaluering er ganske vist et omfattende begreb, som inkluderer en række evalueringsformer. Men det viser sig, at en række aktører i det nordjyske sygehusvæsen har eller har haft forventninger om en klassisk effekt-evaluering (Krogstrup, 2003; 2011).

Derfor må det indledningsvis understreges, at det er uhyre vanskeligt at leve op til sådanne forventninger. I en klassisk effekt-evaluering skal man f.eks. og især være i stand til at dokumentere, om ændringer i dette tilfælde, den

nordjyske sygehusorganisering, skyldes den helt konkrete implementering af FLO eller muligvis helt andre forhold. Sygehusvæsenet er organisatorisk forstået en særdeles kompliceret social struktur med en ligeså kompliceret implementeringsstruktur. Det gør planlagte reorganiseringer og effekterne heraf nærmest umulige at isolere fra de mange (andre) ændringer (og deres effekter), som konstant pågår i en levende organisme som et sygehus.

Selvom det på et givet tidspunkt skulle lykkes at få styr på konkrete effekter, vil det sociale systems konstante ændringer betyde, at en sådan viden hurtigt kan blive uaktuel. Det må derfor fremhæves, at der *ikke* er tale om en klassisk effekt-evaluering. Kræfterne er i stedet blevet brugt på at belyse forskellige procesdimensioner (March, 1995).

Processens betydning kommer også til udtryk i påstanden om, at såkaldte 'organisationsløsninger' ikke kan og skal opfattes som autonome fænomener. 'Organisationsløsningen' – i dette tilfælde implementeringen af FLO – vil være en unik løsning, som er udtryk for, hvad der skete undervejs med både sygehusorganisationen og dens ansatte (Seemann, 2007).

Derfor går forskningsprojektet heller ikke ud på at jage kobeogsopskrifter på den bedste og mest overlegne organisationsform. Forskning har for længst påvist, at 'one best way of organizing' ikke findes (Minzberg, 1992; Hatch, 1997). Hensigten er derimod at danne sig et overblik over muligheder og begrænsninger i de processer, som kan lede frem til en hensigtsmæssig organisering.

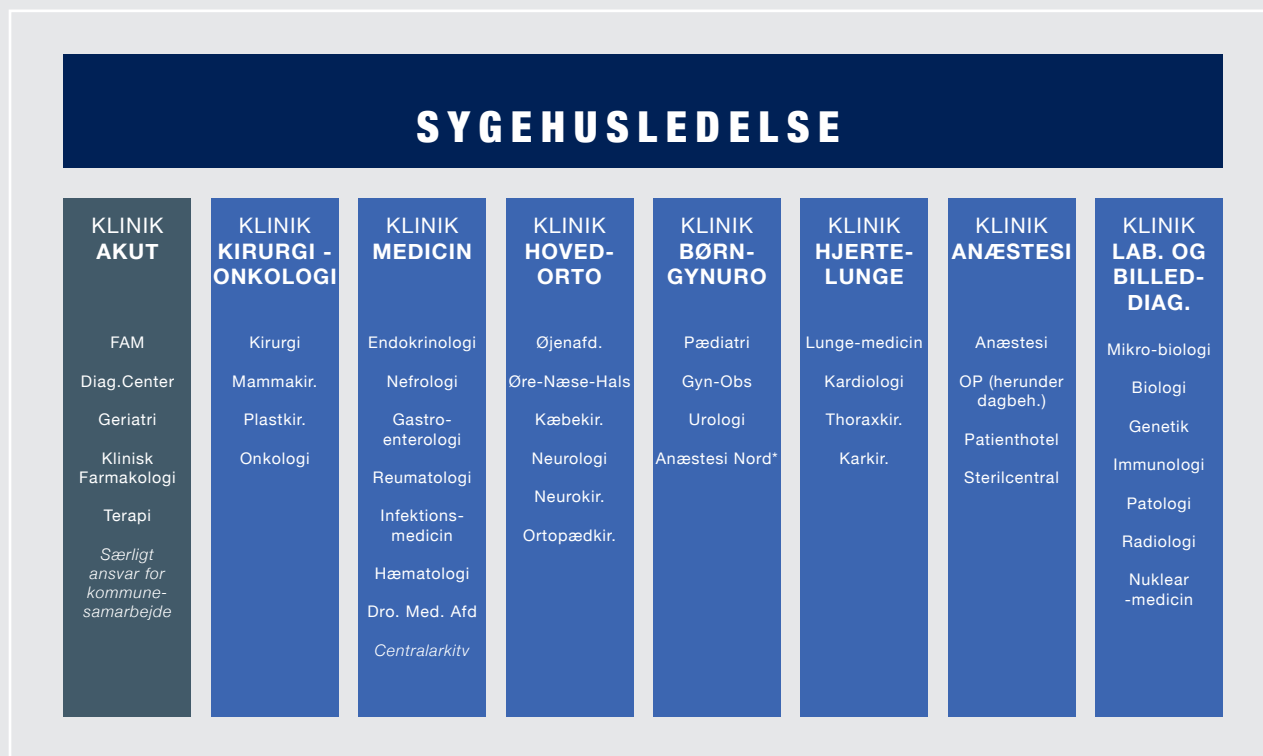
1.1 FLO I HOVEDTRÆK

Region Nordjylland har med FLO igangsat en radikal reorganiseringssproces af regionens sygehuse, hvor det klassiske fagbureaukrati med traditionelle klinik-og afdelingsstrukturer søges transformeret til et patientorienteret hospital, der er organiseret omkring sammenhængende patientforløb (Region Nordjylland, juni 2012). Nedenfor sættes der alene fokus på Aalborg Universitetshospital, idet nærværende rapport af ressourcemæssige grunde alene har valgt én sygehusorganisation.

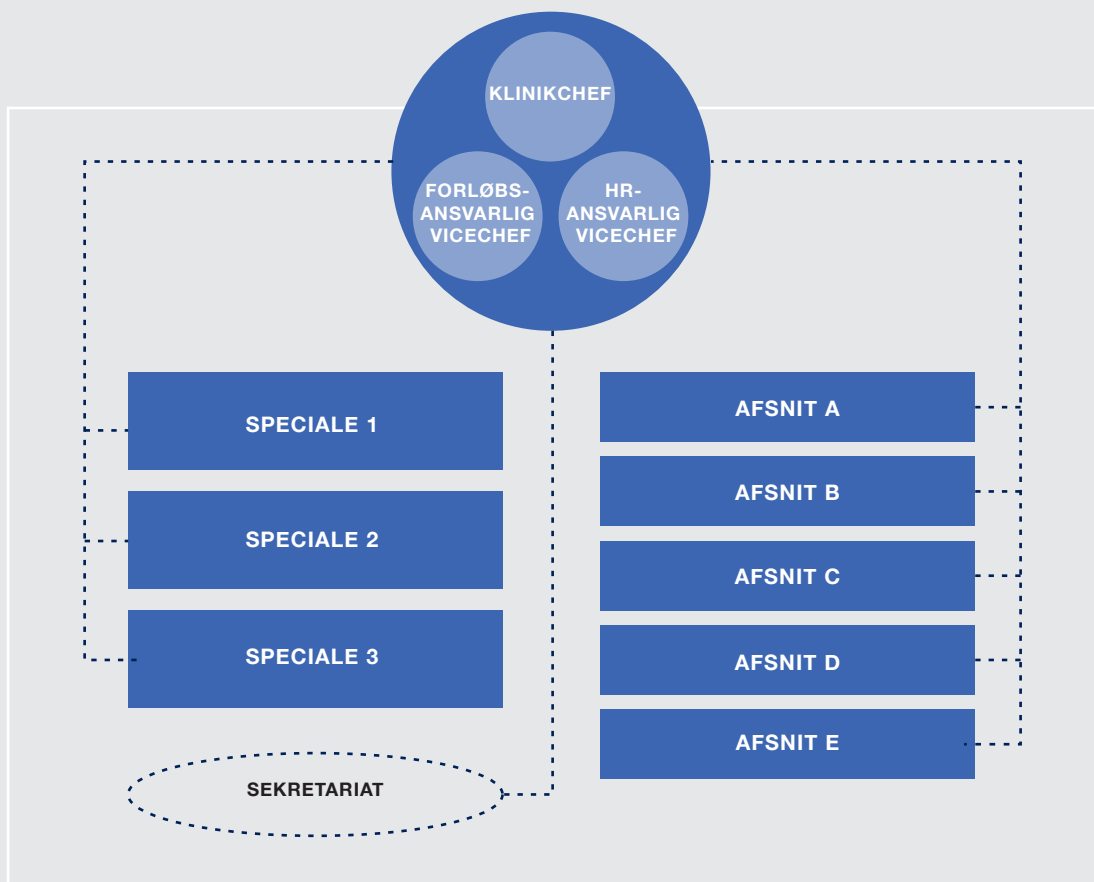
Den nye organisationsstruktur på Aalborg Universitetshospital består af otte klinikker med hver deres kombination af medicinske specialer. Dette betyder, at den kliniske struktur bryder med de traditionelle og opdelte grænser mellem forskellige medicinske specialer. Hovedidéen bag denne struktur er at sætte patienterne i centrum ved at gruppere de fagprofessionelle specialister

omkring patienterne i stedet for at sende patienterne rundt til de forskellige specialer.

Der er tre væsentlige nyskabelser i hospitalsorganisationen. Den første nyskabelse er en klinisk struktur med en ny kombinationstype af forskellige medicinske specialer med henblik på at facilitere patientforløbene mere optimalt. Blandt disse kan nævnes Klinik Hoved-orto med en kombination af ortopædi og forskellige specialer knyttet til hovedet, herunder neurologi og neurokirurgi; Klinik Børn-Gyn-uro med en kombination af pædiatri, gynækologi, obstetrik og urologi samt Klinik Hjerte-lunge med en kombination af pulmonal medicin, kardiologi og thoraxkirurgi. En af de kliniske afdelinger, Klinik Akut, har en usædvanlig kombination af akut lægehjælp og geriatri, og den er også hovedansvarlig for kontakterne mellem hospitalet og de forskellige samarbejdsparter i den primære sektor. Den nye kliniske struktur på hospitalet er illustreret i figur 1.



▲
FIGUR 1
Klinikstrukturen på Aalborg Universitetshospital.



▲
FIGUR 2
Klinikledelsens trojka.

Hver klinik ledes af en trojka bestående af en klinikchef og to viceklinikchefer. De to viceklinikchefer har ansvar for henholdsvis de menneskelige ressourcer (HR) og patientforløb. Klinikledelsen illustreres i figur 2.

Fem af klinikcheferne er læger, to er administratorer (DJØF'ere) og en er sygeplejerske. De fleste viceklinikchefer med ansvar for HR er sygeplejersker, mens der er tre læger og seks sygeplejersker, der er viceklinikchefer med ansvar for patientforløb. En af klinikkerne (Klinik Hoved-orto) har dog to viceklinikchefer med ansvar for patientforløb på grund af klinikkens størrelse.

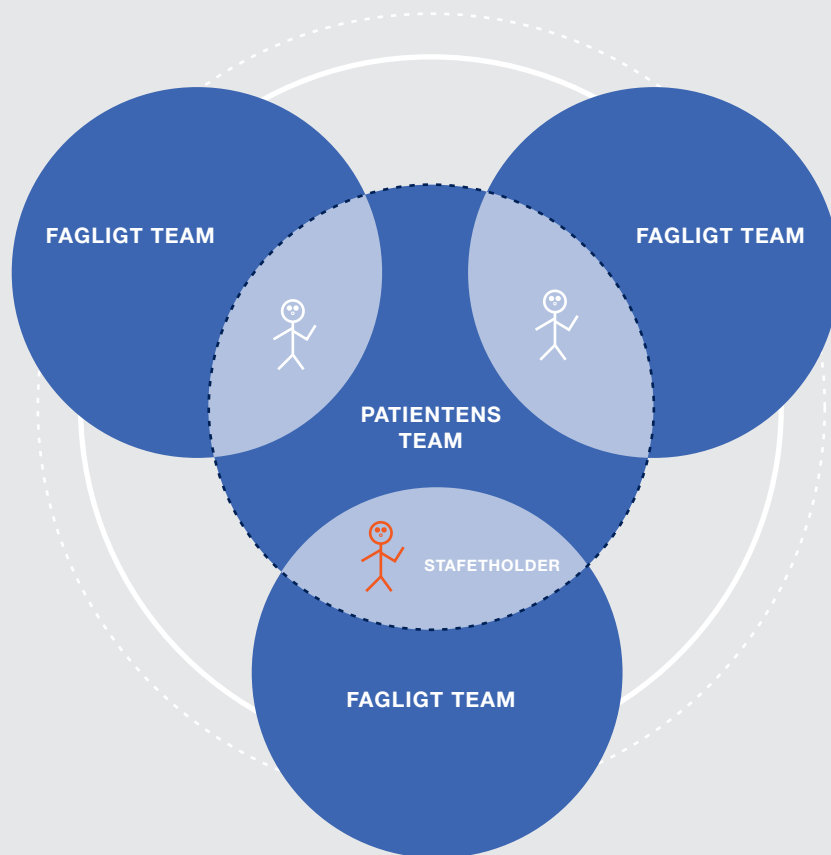
Den anden nyskabelse er udnævnelsen af viceklinikcheferne med ansvar for patientforløb (FVCK). Patientforløb er hermed gjort til en særskilt ledelsesopgave. De er ansvarlige for at koordinere patientforløb i egne klinikker og på tværs af klinikkerne. De er også ansvarlige for at koordinere patientforløb på tværs af hospitalet og den primære sektor.

Der har været en intensiv diskussion på hospitalet om, hvorvidt de patientforløbsansvarlige viceklinikchefer

burde være læger eller sygeplejersker. Da stillingerne skulle besættes, var der imidlertid meget få læger blandt ansøgerne. Efter udnævnelsen af de forløbsansvarlige viceklinikchefer, blev det for alvor erkendt blandt mange læger, at de måtte se sig placeret i en underordnet position til de sygeplejersker, der besatte de opslåede stillinger. Dette har ført til en vis modstand fra lægerne. Som det vil fremgå senere i denne rapport, er der stadig diskussioner i gang om den rolle, funktion og magt/kompetence, viceklinikcheferne med ansvar for forløb har/skal have i den nye organisationsstruktur.

Den tredje nyskabelse er det stærke fokus på teamwork, som skal støtte op om patientforløbene. Der er tale om at formalisere den teamorganiserede arbejdsform i faglige teams og patientorienterede teams. Trojkaledelserne i hver af klinikkerne skal arbejde som et ledelsesteam, hvor viceklinikcheferne med ansvar for patientforløbene har en vigtig rolle. I hver af klinikkerne er det forventningen, at der løbende dannes tæt forbundne teams på forskellige niveauer.

Der er andre typer ledelsesteams, som består af ledende



▲
FIGUR 3
Teamstrukturen på
klinikniveau.

læger og sygeplejersker. De faglige teams består af speciallæger, sygeplejersker og andre fagfolk, der arbejder inden for eller på tværs af de forskellige medicinske specialer. Samtidig deltager medlemmerne af disse teams som patientansvarlige læger og sygeplejersker (i samarbejde med andre personaler) i det såkaldte 'patientens team', som dannes i forbindelse med koordineringen af pleje og behandling af de individuelle patienter. Det er i disse teams, at en forbedring af patientforløbene skal finde sted. Derfor er 'patientens team' at betragte som et særdeles væsentligt omdrejningspunkt i FLO. Teamstrukturen på klinikniveau er illustreret i figur 3.

Det vil fremgå af rapporten, at begrebet 'patientens team' har været og er en stor udfordring for ledere og medarbejdere. Kort fortalt har det været svært at omsætte 'patientens team' til konkret handling.

Der er etableret en række netværk for at støtte lederne i den nye hospitalsstruktur. Der er for eksempel dannet netværk for klinikcheferne og for de forskellige viceklinikchefer. Netværket af viceklinikchefer med ansvar for patientforløb mødes regelmæssigt for at udveksle oplysninger og drøfte fælles problemer i koordineringen af patientforløb. Der er også regelmæssige møder mellem dette netværk og selve hospitalsledelsen.

Der er (stadig) helt traditionelle systemer for regnskab og budgetlægning, hvilket betyder, at der afsættes ressourcer til de organisatoriske enheder og ikke til aktiviteter eller processer. Den øverste ledelse af hospitalet er klar over, at det er nødvendigt at ændre disse systemer med henblik på at etablere den nye organisation og forbedre patientforløbene på universitetshospitalet.

1.2 FLO I INTERNATIONALT OG NATIONALT PERSPEKTIV

Traditionelt er hospitaler rundt om i verden blevet organiseret omkring medicinske specialer og afdelinger snarere end omkring patienternes behov. Dette har resulteret i, at patientforløbene på mange hospitaler er ineffektive, usammenhængende og uorganiserede. Sådanne patientforløb forringer behandlings- og plejekvaliteten samt en effektiv udnyttelse af ressourcerne (McKee & Healy, 2002).

Siden 1980'erne har der været et stigende fokus på at forbedre patienternes forløb på hospitalerne. Mange hospitaler, især i USA, har anvendt industrielle modeller til procesforbedringer. Herunder for eksempel Total Quality Management og Business Process Reengineering (Deming, 1986; Hammer & Champy, 1993). De fleste af disse modeller er optaget af at måle medgået tid og omkostninger ved forskellige (behandlings)aktiviteter med henblik på at identificere barrierer og reducere spild af ressourcer. Den mest populære model i øjeblikket synes at være Lean Production, der er blevet importeret til sundhedsvæsenet fra den japanske bilindustri (Kim et al., 2006). I Sverige hævder for eksempel ni ud af ti hospitaler, at de på forskellig vis har anvendt denne model (Weimarsson, 2011).

Det står ikke klart, hvilke resultater der konkret er opnået med anvendelsen af industrielle modeller i hospitaler. Men det har været en vanskelig øvelse at omsætte disse modeller til en helt anden kontekst som et sundhedsvæsen eller dets hospitaler, hvor kompleksiteten generelt er langt højere end i mange industriproduktioner. Det har også været vanskeligt at vurdere virkningerne af disse modeller. I stedet har der været en diskussion blandt forskere i snart mange år om fordele og risici ved at importere industrielle modeller til sundhedsvæsenet (Axelsson, 2000; Walshe, 2009). Der har også været klager fra de sundhedsprofessionelle over, at målingen af tid og omkostninger betyder en stigende mængde af papirarbejde og mindre tid til patienterne (Zaremba, 2013).

På samme tid som de industrielle modeller holdt deres indtog på hospitalerne, har der været en anden udvikling af forbedringer af processer (patientforløb) i sundhedsvæsenet. Det er udviklingen af såkaldt 'Integrated Care', som har fundet sted inden for sundhedsvæsenet, og som er blevet støttet af World Health Organization. Der er således udviklet

en række procesorienterede modeller for integration af forskellige sygdomme til patientgrupperne. Herunder for eksempel og især 'Shared Care', 'Integrated Care Pathways' og 'Chains of Care' (Hughes & Pritchard, 1995; Campbell et al., 1998; Ahgren & Axelsson, 2007). Også mange hospitaler har anvendt disse modeller til at forbedre deres patientforløb.

I modsætning til de industrielle modeller for kvalitetsstyring (Quality Management), er 'Integrated Care' modeller hovedsageligt baseret på erfaringer fra selve sundhedssektoren. Det betyder, at der er færre oversættelsesproblemer i anvendelsen af disse modeller sammenlignet med de industrielle modeller. Der er imidlertid de samme problemer med at vurdere virkningerne af disse modeller, men der har været rapporteret mange vellykkede anvendelser af 'Integrated Care' i løbet af de seneste år (f.eks. Dowling et al., 2004; Fältholm & Jansson, 2008; Wadmann et al., 2009).

Det europæiske observatorium for sundhedssystemer- og politikker (European Observatory on Health Systems and Policies) har udført en række casestudier af hospitaler i Europa (Rechel et al., 2009a, 2009b). Mange af de undersøgte hospitaler, for eksempel dem fra de nordiske lande, Tyskland og Holland har organiseret deres aktiviteter omkring de behov, patienterne har. De har forsøgt at definere og fokusere patientforløb for forskellige sygdomme. De fleste af dem har dog alene koncentreret sig om akutte patienter.

Sammenhængende patientforløb søges indfriet via forskellige former for 'case management' og tværfaglige teams. Nogle hospitaler har endda indført 'special access' eller 'transfer centers' for at kunne 'spore' overflytninger, henvisninger/visitationer og tilhørende opgaver. Lignende modeller er også blevet rapporteret fra USA og Storbritannien (Drazen & Rhoads, 2011; Health Foundation, 2013).

I Danmark spores ligeledes opbrud med hospitalsafdelinger, som har udgangspunkt i de lægelige specialer, som tillige har defineret ledelsesstrukturen på de danske hospitaler. Men der er forskelle i indhold og tempi i de 5 danske regioner.

I region Syddanmark blev det i 2009 politisk besluttet, at klynger på tværs af specialer skulle erstatte den hidtidige

afdelingsstruktur. Klyngerne eller centrene, som de også kaldes, består overordnet af 60-80 senge med tilhørende ambulatorier. Hver klynge er underopdelt i klinikker med underliggende teams baseret på patientforløb. Implementeringen skal foregå gradvis en sygehusenhed ad gangen, og klyngekonceptet tilpasses det enkelte sygehus i regionen ud fra en betragtning om, at organisationer er forskellige (Jungersen, 2012).

I Region Midt, Region Sjælland og Region Hovedstaden er det fortsat specialerne, der definerer ledelsesstrukturen. Her har man ikke set en ændring af ledelsesstrukturen, som det, der skulle sikre mere sammenhængende patientforløb, men derimod øget fokus på patientforløb og på teamarbejde på tværs. Samtidig sker der strukturelle ændringer i form af at flere specialer deler et afsnit, hvilket vil være den overvejende organiseringsform på de kommende nye sygehuse (Jungersen, 2012).

Efter flere årtier med utallige forandringer uden der er sket egentlige transformationer af dominerende service- og organisationsformer i sundhedssektoren, er der nu flere steder i Danmark initiativer, der måske kan vise sig at få karakter af et begyndende paradigmeskifte. Men i såvel et nationalt som et internationalt perspektiv synes reorganiseringen af Aalborg Universitetshospital at være helt 'i tråd' med den gennemgåede udvikling og dens unikke elementer:

Det er ikke begrænset til akut lægehjælp, men omfatter patientforløb på hele hospitalet. Det betyder både en kulturel og ikke alene en strukturel forandring af organisationen. En ny ledelsesstruktur er indført på hospitalets kliniskniveauer med en klinikleder og to viceklinikchefer med ansvar for henholdsvis HR og patientforløb. Desuden søges en struktur af tværfaglige teams udviklet på tværs af specialerne i klinikkerne samt på tværs af klinikkerne. En anden vigtig del af reorganiseringen er at udvikle forbindelserne mellem hospitalet og den primære sektor, herunder de praktiserende læger og kommunerne. Det betyder, at omorganiseringen ikke blot sigter mod at forbedre patientforløbene inden for hospitalets mure, men også på tværs af hospitalet og primærsektoren.

1.3 PROBLEMFORMULERING

Det fremgår af samarbejdsaftale med Region Nordjylland, at formålet med forskningsprojektet er "at følge implementeringen af FLO for at skabe viden om forudsætninger og muligheder for organisatorisk forandring og ledelsesmæssig nyskabelse i sygehusvæsenet i Region Nordjylland" (Samarbejdsaftale mellem Region Nordjylland og AAU vedrørende følgeforskning i.f.m. FLO, 2013).

Desuden fremgår følgende af samarbejdsaftalen: " Med fokus på organisatoriske forandringsprocesser, aktørers handlinger i disse processer og kompleksiteten her i designes projektet som et overvejende eksplorativt kvalitativt case studium, hvor multiple kilder til datagenerering anvendes herunder kvalitative forsknings- og fokusgruppeinterviews med relevante aktører på både ledelses og medarbejderniveau, dokumentstudier, inddragelse af eksisterende analyser og evalueringer mv."

Desuden blev det aftalt som en afgrænsning, at denne rapport fra de første to år med FLO alene beskæftiger sig med Aalborg Universitetshospital og dermed undlader de øvrige nordjyske sygehuse samt relationerne til primær sektor. Disse forhold medtages i den fremadrettede del af følgeforskningsprojektet (se kapitel 4).

For nemheds skyld omtales Aalborg Universitetshospital i den resterende del af rapporten ved forkortelsen Aalborg UH, og de forløbsansvarlige viceklinikchefer forkortes til FVKC.

Med ovenstående in mente har vi formuleret et særdeles overordnet, bredt og åbent forskningsspørgsmål:

Når FLO implementeres – hvad sker der så på Aalborg UH?

For at få svar på dette spørgsmål sigter studiet mod:

- at følge FLO's udvikling eller 'skæbne' over tid på Aalborg UH
- at analysere hæmmende og fremmende faktorer for FLO's udvikling på Aalborg UH, samt
- at indkredse erfaringer med FLO på Aalborg UH og pege på uhensigtsmæssigheder, mangler og justeringsbehov samt følge den videre udvikling af visioner og løsninger.

Forskningsprojektet er således på "FLOs parti" og tager udgangspunkt i de formulerede intentioner, kortlægger projektets skæbne i de indledende faser og følger forandringsagenternes bestræbelser på at realisere FLO-visionen om at skabe et sammenhængende, patientcentreret sundhedssystem. Forandringer i organisationer er ikke neutrale, og det er et studium af forandring i en hospitalsorganisation heller ikke.

Med ovenstående forskningsspørgsmål sættes der fokus på organisatoriske forandringsprocesser samt aktørers handlinger i disse processer, hvilket gør det hensigtsmæssigt at basere sig på følgeforskning.

Følgeforskning er en forskningsstrategi, som har til formål at studere en forandring – i dette tilfælde FLO – over tid, således at der opnås viden om 'FLO's skæbne': Hvordan og hvorfor forandringsprocessen udfolder sig, som den gør? En sådan strategi gør det netop muligt at følge implementeringen af FLO over tid og dermed give indsigt i, hvorledes FLO tolkes, forhandles og oversættes til en daglig praksis på Aalborg UH. Samtidig etableres løbende et billede af muligheder og barrierer for konkret anvendelse af FLO i daglig praksis, og dermed skabes viden, som kan danne grundlag for løbende forbedringer og revisioner af FLO.

Med et fokus på aktørers handlinger i de organisatoriske forandringsprocesser er der valgt fire forskellige nedslag for at afdække fire forskellige aktørgruppers handlinger og reaktioner på FLO. Det drejer sig om de to mest klassiske og dominerende faggrupper i en sygehusorganisation, nemlig læger og sygeplejersker. Med FLO in mente inkluderer det derfor de ledende overlæger samt de afsnitsledende sygeplejersker. Herudover drejer et tredje nedslag sig om den mest nyskabende stillingskategori, dvs. de forløbsansvarlige viceklinikchefer.

Denne nye stillingskategori blev udnævnt som særlige forandringsagenter i forbindelse med udrulningen af FLO. Derfor afdækkes med dette tredje nedslag de med FLO nyskabte FVCK'eres problemer og muligheder. Der suppleres med et fjerde og sidste nedslag: Regions- og hospitalsledelserne, hvor særligt (top) ledelsesintentionerne med FLO beskrives.

Hermed afdækkes FLO ud fra fire vinkler:

- *regions- og hospitalsledelsernes intentioner med FLO*
- *ledende overlægers reaktioner på FLO*
- *afsnitsledende sygeplejerskers reaktioner på FLO, samt*
- *forløbsansvarlige viceklinikchefers problemer og muligheder*

Med et delvist eksplorativt design indkredses projektets (fremadrettede) problemstillinger undervejs i forskningsprocessen. Derfor fremhæver denne rapport tillige og afslutningsvis de centrale problemstillinger, der kan danne baggrund for de fremtidige dele af følgeforskningsprojektet (se kapitel 5). Der drages ikke endegyldige konklusioner i følgeforskningsrapporten.

KAPITEL 2

DESIGN OG METODE

2.1 KVALITATIVE METODER OG DATAGENERERING

Forskningsprojektets overvejende eksplorative udgangspunkt lægger op til en kvalitativt forankret tilgang til indsamling af empiri og til analyse. Forskningsprojektet baseres på flere forskellige kvalitative datakilder, herunder fokusgruppesamtaler, semistrukturerede dybdegående interviews, observation og dokumentstudier. Interviewene fungerer som den primære datakilde, men forskningsprojektet vil således også triangulere mellem andre empiriske undersøgelser, dokumenter og observation.

KVALITATIVE INTERVIEWS

Tidligt i processen stod det klart, at en stor del af forskningsprojektet måtte baseres på interviewdata, herunder både fokusgruppesamtaler og semistrukturerede dybdegående interviews med enkeltpersoner. Det skyldes, at aktørers roller på den ene side baseres på aktørernes opfattelser af sig selv og andre, og på den anden side også omfatter andres opfattelser af aktørens rolle. Når det drejer sig om de sociale relationer, præges indhold og karakter af disse relationer af aktørernes gensidige holdninger og forventninger. Det betyder samtidig, at roller og sociale relationer præger aktørernes handlinger i forhold til andre aktører herunder andre faggrupper og patienterne (Jespersen et al., 2010). Dermed er de også med til at afgøre hvilke ydelser, der kommer ud af reorganiseringsefforterne for patienterne. I det empiriske materiale findes der eksempler på, at holdninger, forventninger og bestemte opfattelser er blevet omsat til handling eller har betydet, at der ikke kunne handles. Da både roller og sociale relationer ændrer sig over tid, har vi lagt vægt på at få belyst udviklingen i roller og relationer i løbet af den studerede periode. Interviewdata har også givet os mulighed for at afdække mere grundlæggende

fænomener som f.eks. betydningen af fagprofessionelle kulturer og traditioner og institutioner, og disse er inddraget, hvor de har været relevante som forklaring på adfærd og holdninger.

Med den vægt vi tillægger opfattelserne og holdningerne hos de involverede parter, har vi i denne rapport haft ønske om at lade informanterne "tale", og der anvendes derfor direkte citater i fremstillingen. Det giver mulighed for at illustrere de involverede aktørers forskellige sprogbrug, holdninger og synsvinkler og dermed give et indtryk af de bagvedliggende kulturer, styresystemer og tankesæt, som både er med til at fremme samarbejdet i organisationen, men som også kan begrunde de konflikter, der forekommer.

UDVÆLGELSE AF INFORMANTER OG METODIK

Informanterne er udvalgt, så de tilsammen dækker forskellige ledelsesniveauer og (men i mindre grad) medarbejdere, der til daglig er i konkret kontakt med patienterne. Som beskrevet i problemformuleringen har vi således lavet fire nedslag, der består af interviews med:

1. Topledelsen (i Region Nordjylland og på Aalborg UH)
2. Ledende overlæger.
3. Afsnitsledende sygeplejersker samt
4. Forløbsansvarlige viceklinikchefer.

Det er ved de tre sidste nedslag, det største fokus er lagt. Det skyldes, at læger og sygeplejersker er de mest dominerende faggrupper i sygehusvæsenet, og at de forløbsansvarlige viceklinikchefer er en helt ny og innovativ funktion, som først er blevet indført med FLO. Nogle er blevet interviewet enkeltvis hvor semistrukturerede kvalitative interviews har været den benyttede datagenereringsmetode, andre er udført som fokusgruppesamtaler. Desuden har der været udført enkelt- og dobbeltinterviews med vidende og centralt placerede

nøglepersoner i organisationen. Her er tale om deltagere dels med baggrund i stabsfunktioner på regions- og sygehusniveau dels tilhørte de kategorien 'sygehusansatte med lang anciennitet', og besad dermed et stort kendskab til Aalborg Universitetshospitals historie. Tillige er der udført enkeltinterviews med to klinikchefer i 2014.

Topledelsesniveauet er repræsenteret ved 2 semistrukturerede individuelle, dybdegående interviews på direktionsniveau i Region Nordjylland fra primo 2013 samt 4 semistrukturerede dybdegående interviews med ledelsen ved Aalborg UH fra september 2013.

Det semistrukturerede henviser til interviewets formål om at få interviewpersonerne til at svare så frit som muligt og fortælle de historier i relation til FLO, de finder relevante og vigtige. Interviewet er semistruktureret, fordi den detaljerede viden afgrænses omkring et bestemt emne – FLO, men som ikke struktureres i en sådan grad, at inddragelse og udforskning af nye temaer i relation til emnet udelukkes (Kvale 1996). Hovedstrukturen i interviewene med topledelsen koncentrerer sig om tre hovedtemaer: 1. Motiverne for reorganiseringen. 2. Udformningen af den nye organisation samt 3. Processen for at gennemføre forandringen. Interviewene havde en varighed på ca. 1,5 time. Et sammendrag af disse interviews fremgår af afsnit 4.1.

Interviewene med de ledende overlæger, de afsnitsledende sygeplejersker samt de forløbsansvarlige viceklinikchefer blev alle udført i fokusgrupper. Der blev udført et fokusgruppelinterview med ledende overlæger i maj 2014 samt et med de afsnitsledende sygeplejersker i juni 2014 af hver ca. 2 timers varighed. En præsentation af disse interviews fremgår af afsnittene 4.2 og 4.3. Ambitionen med disse afsnit har været at gøre teksten så empirinær som mulig gennem en citatmættet beskrivelse. Tematikkerne (overskrifterne) er empirigenererede og dannet i forhold til, hvad der synes dækkende for ledende overlægers og afsnitsledende sygeplejerskers udtalelser. For at sikre anonymiteten vil alle informanterne blive omtalt i hankøn.

Der blev udført to længere varende fokusgruppelinterviews med viceklinikcheferne med forløbsansvar i januar og juni 2014 af en varighed på henholdsvis ca. 3 og 6 timer. Tillige et besøg af en times varighed på et netværksmøde for FVCK i december 2013. En præsentation af disse

interviews fremgår af afsnit 4.4. Afsnittet har en anderledes beskaffenhed end afsnittene om ledende overlæger og afsnitsledende sygeplejersker. De er en slags hovedforandringsagenter for FLO, hvorfor der i afsnit 4.4 er lagt vægt på at indkredse deres problemer og muligheder for at 'rulle FLO ud' i organisationen samt problemer og muligheder for denne helt nye stillingskategori.

Fokusgruppelinterviewet er særligt velegnet til at få adgang til beretninger om oplevelser og forståelser, samtidig med at det er muligt at få direkte adgang til interaktion. Denne interviewform er velegnet til at få medarbejdere til at reflektere over, hvordan de benytter og oplever deres handlingsrum i hverdagen på arbejdspladsen kombineret med muligheden for at benytte nogle projektive teknikker, der giver adgang til de interviewedes mere umiddelbare forståelse af FLO og forandringsprocesserne ved Aalborg UH. Men mere væsentligt synes argumentet for at vælge fokusgrupper med ledende overlæger, afsnitsledende sygeplejersker og de forløbsansvarlige viceklinikchefer at være, at det er en særlig velegnet måde at tilegne sig viden om betydningsdannelser. I hverdagen fremtræder betydningsdannelser sjældent eksplicit, idet kendskabet ofte udgør en selvfølgelighed, der ikke italesættes direkte. Hverdagens betydningsdannelser figurerer nærmere som tavs viden i menneskers praktiske bevidsthed (Halkier, 2002). Med fokusgruppelinterviewet bliver det muligt "*at tvinge hinanden til at være diskursivt eksplicitte i deres forhandlinger med hinanden.*" (Halkier, 2002). Denne interviewform er velegnet til at bringe flere forskelle og ligheder i spil, idet interviewformen muliggør, at deltagerne kan reagere på hinandens opfattelser og udsagn.

Alle, som er blevet spurgt, har deltaget, hvis de kunne, og ingen har meldt fra, fordi de ikke ønskede at deltage. Vi kunne have ønsket bedre og mere repræsentation fra flere typer medarbejdere i produktionskernerne. Men det har ikke været muligt at indfri indenfor projektets rammer. Det må derfor understreges, at det primært er ledere og herunder fagligt uddannede læger og sygeplejersker, som 'er kommet til orde'.

VALIDITET OG TROVÆRDIGHED I STUDIET

Validiteten af interviewudtalelser er afgørende for den vægt, der kan lægges på udsagnene. Validiteten er søgt sikret på flere måder. For det første er udsagn indhentet, hvor det har været muligt, fra en kreds af respondenter omfattende

en række såkaldt vidende nøglepersoner på forskellige hierarkiske niveauer, der har haft indsigt i FLO's historie og udvikling, og som samtidig har bidraget hertil. Imidlertid er der også lagt vægt på at få informanter, der kan belyse, hvordan hverdagen og de faglige rutiner udspiller sig. Det betyder, at vi anvender en kombination af vurdering Top-Down, repræsenteret ved topledelsen på henholdsvis regions- og sygehusniveau og Bottom-Up, repræsenteret ved læger og sygeplejersker på forskellige niveauer i produktionskernerne, hvilket alt andet lige vil forbedre validiteten.

For det andet er interviewsdata, hvor det er muligt, sammenlignet med de skriftlige kilder eller med interviewudtalelser fra andre omhandlende de samme forhold, hvilket ligeledes bidrager til validiteten. Endelig har en del af interviewene været gennemført som gruppeinterviews, hvilket giver mulighed for, at modstridende opfattelser og nuanceringer kommer frem direkte i interviewet, men selvfølgelig også med risiko for, at afvigende opfattelser og synspunkter ikke udtrykkes eller nedtones. En sammenfattende vurdering af interviewdata er dog, at de gennemgående har høj validitet. Alle interviews, undtagen de otte interviews med såkaldt centralt placerede nøglepersoner, er blevet optaget og udskrevet i tilnærmelsesvis fuld udstrækning, idet talesproget er transformeret til skriftsprog. Interviewudskrifter er på anmodning sendt til de interviewede med ønsket om at tilkendegive, hvis der var udtalelser, som de ikke ville citeres for. Desuden er der mulighed for at uddybe eller korrigere faktuelle forhold. Der har alene været tale om helt små korrektioner eller modifikationer af interviewudskrifter.

Citater er forskergruppens ansvar, og de anvendes dels som dokumentation for en række faktiske forhold, men primært for at vise hvilke holdninger og opfattelser om organisatoriske forhold, som respondenterne har. Citater er derfor udvalgt efter forskernes vurdering, hvor de særlig godt udtrykker den opfattelse eller mening, som respondenterne giver udtryk for i interviewet som helhed.

DOKUMENTSTUDIER OG OBSERVATION

Udover diverse interviews har forskerne haft adgang til en betydelig mængde skriftlige kilder, som er anvendt i forbindelse med FLO. Der er tale om konsulentrapporter, interne rapporter, analyser og udredninger, handleplaner,

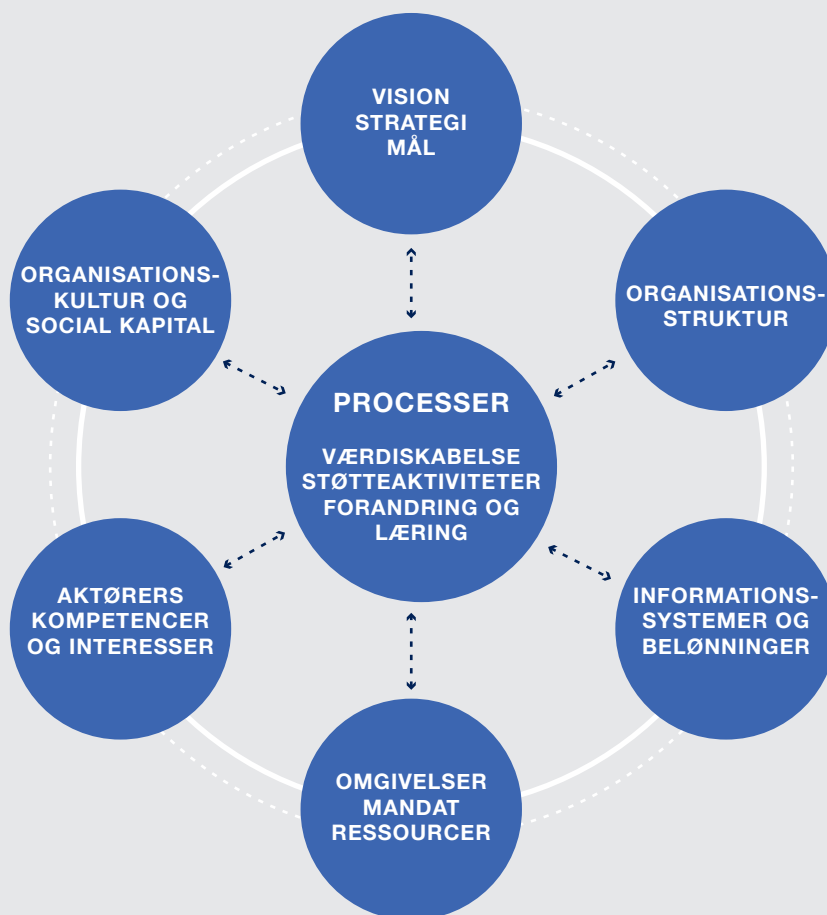
referater, funktionsbeskrivelser, mødestrukturer, breve, notater mv. Desuden har forskerne haft adgang til Aalborg Universitetshospitals hjemmeside og intranet med henblik på at få mere detaljerede indblik i de nye klinikstrukturer, herunder opgaver, arbejdsdelinger, mødestrukturer mm. Listen over disse kilder er uendelig lang. Derfor har følgeforskningsprojektet tilladt sig alene at medtage et særdeles begrænset udvalg i referencerne.

I tillæg hertil har forskerne haft stor gavn af de specialer eller semesterrapporter omhandlende FLO, som er udarbejdet af masterstuderende fra især linjerne Public Administration og Public Governance samt scient.adm. studiet på AAU. Flere af rapporterne har beskrevet eller direkte analyseret hele skabelsen af FLO og de mange processer, som er gået forud for starten af implementeringsprocessen 1. januar 2013 (se især Mølvadgaard & Larsen, 2013). Flere af rapporterne beskæftiger sig med den nye afsnitsleders ledelsesrolle og funktion, herunder medarbejdernes reaktion herpå (Nielsen, 2013; Jacobsen 2014). Andre sætter fokus på problemer og muligheder for en af de største nyskabelser i FLO, nemlig viceklinikcheferne med ansvar for forløb (Gøthgen, 2014; Dalsgaard, 2014).

Nogle af rapporterne er stempelt fortrolige. Imidlertid er der til følgeforskningsprojektet givet adgang til den viden, som fremgår af disse rapporter. På linje med interviewudskrifter er der også i denne sammenhæng givet mulighed for modifikationer, så væsentlig viden kunne gøres offentlig tilgængelig.

De samlede skriftlige kilder har været værdifulde, fordi de indeholder en del faktiske oplysninger, men også fordi de giver et supplerende indtryk af relationerne mellem parterne, som supplerer interviewdatamaterialet. Kilderne har desuden givet os et indtryk af, hvilken skæbne FLO har fået undervejs i den studerede periode, hvordan FLO er søgt justeret, og hvilke hoveddiskussionstemaer, problemer og muligheder, der har vist sig.

I øvrigt er flere søgninger foretaget i dansk og international litteratur via søgeordene 'integrated care' og sammenhængende 'patient flow' på hospitaler. Et mindre udvalg over den fundne litteratur fremgår af afsnit 1.3. Der er dog ikke tale om noget fyldestgørende 'literature review' (se Axelsson et al., 2014 i appendiks).



▲
FIGUR 4
Analyseramme for FLO-
forløbsprocessen.

Desuden har forskerne deltaget (også som observatører) i en hel række møder. Især skal nævnes deltagelse i to såkaldte dialogmøder afholdt i januar 2014 og november 2014 mellem Region Nordjyllands overlæger samt region- og sygehusledelse. Desuden har forskerne deltaget i en af klinikernes udvidede klinikledelsesmøder og på møder med dele af hospitalets stabsfunktion (også med egne oplæg), samt møder ude i udvalgte afsnit.

2.2 ANALYSERAMME

Det teoretiske bagtæppe for FLO-følgeforskningsprojektet er sammensat af klassiske perspektiver fra institutionel teori (Scott, 2008), teorier om Integrated Care (Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Axelsson & Axelsson, 2006; Valentijn et al., 2013), professionssociologi (Abbott, 1988; Antoft, 2005), samt teorier om organisation og ledelse (Minzberg, 1990; Hatch, 1997; Kotter 1999; Jacobsen 2009; Galbraith 2014). I nærværende afsnit vil det teoretiske bagtæppe kun blive beskrevet i begrænset omfang som template for generering af data og foreløbige analyser.

Bagtæppet er samlet i en generel analyseramme, som er udviklet i forbindelse med nærværende følgeforskningsprojekt. Analyserammen er illustreret ved organisationsmodellen i figur 4. Modellen er centreret om organisationens (in casu Aalborg UHs) mangeartede processer og sætter fokus på sammenhængen mellem disse processer og seks elementer. I et organisationsteoretisk perspektiv kan disse betragtes som nøgle-handlingsparametre i et organisationsudviklingsforløb.

Elementet **processer** omfatter al aktivitet i organisationen internt og i relation til omgivelser. Det gælder både lederes og medarbejderes adfærd. Processer omfatter tillige alle værdiskabende processer i form af aktiviteter vedrørende patientbehandling inklusive alle serviceaktiviteter (som ofte illustreres ved flow charts). Hertil kommer en lang række støtteaktiviteter, såsom planlægning, produktionsstyring, kvalitetsstyring, økonomistyring, indkøb mv. Elementet indeholder endvidere processer vedrørende ledelse, kommunikation og samarbejde samt forandring og læring, herunder behandlings- og procesinnovation, forskningsaktiviteter, kompetenceudvikling og organisationsudvikling. De værdiskabende processer er

de egentlige forandringsdimensioner ('change targets') i FLO-projektet og vil derfor være projektets primære fokus (Axelsson & Axelsson, 2007, 2013; Galbraith, 2014; Minzberg, 2010; Klausen, 2014; Senge, 1990).

Elementet **vision, strategi og mål** omfatter alle officielle formuleringer og udsagn om mission, visioner, værdier og overordnede strategier og mål samt en hel række operationelle delstrategier. Hertil kommer strategier og mål, som praktiseres uden at være bevidst formulerede. Man kan sondre mellem strategier og mål på forskellige niveauer, f.eks. regionsniveau, hospitalsniveau, klinikkniveau og afsnitsniveau. FLO-projektet har især sat fokus på visioner vedrørende sammenhængende patientforløb. Det er derfor et centralt fokus for projektet at følge udviklingen af horisontale strategier og mål på tværs af organisatoriske enheder (Galbraith, 2014; Minzberg, 2010; Klausen, 2014; Borum, 2013; Jacobsen, 2009; Senge, 1990).

Elementet **organisationsstruktur** omfatter formelle strukturer og ledelsesforhold. Det vedrører bl.a. inddelingen i enheder og underenheder og formelle teams, udformningen af ledelseshierarki og ledelsesregulativ samt beslutnings- og mødestruktur og formelle laterale relationer. Hertil kommer alle formelle regler, procedurer og aftaler (Galbraith, 2014; Mintzberg, 1990). Strukturelementet kunne også indeholde fysisk lokalisering og layout, men dette er udeladt i projektet. Strukturelementet har i kombination med vision og strategi været FLO's helt klare fokus og udgangspunkt.

Elementet **informationssystemer og belønninger** omfatter en hel række styringssystemer, bl.a. økonomistyring, produktionsstyring og logistik, kvalitetsstyring, journalsystemer, vagtsystemer og HR-systemer, herunder kompetencestyring og belønningssystemer (Mainz et al., 2011; Nordhaug, 2013; Larsen, 2010).

Elementet **aktørers kompetencer og interesser** vedrører organisationens vidensbase, dvs. både individuel og organisatorisk viden og teknologi samt kompetenceudvikling. Der medtages også aktørinteresser i denne sammenhæng, idet viden og magt hører sammen i en professionel vidensorganisation som et universitetshospital (Abbott, 1988; Antoft, 2005).

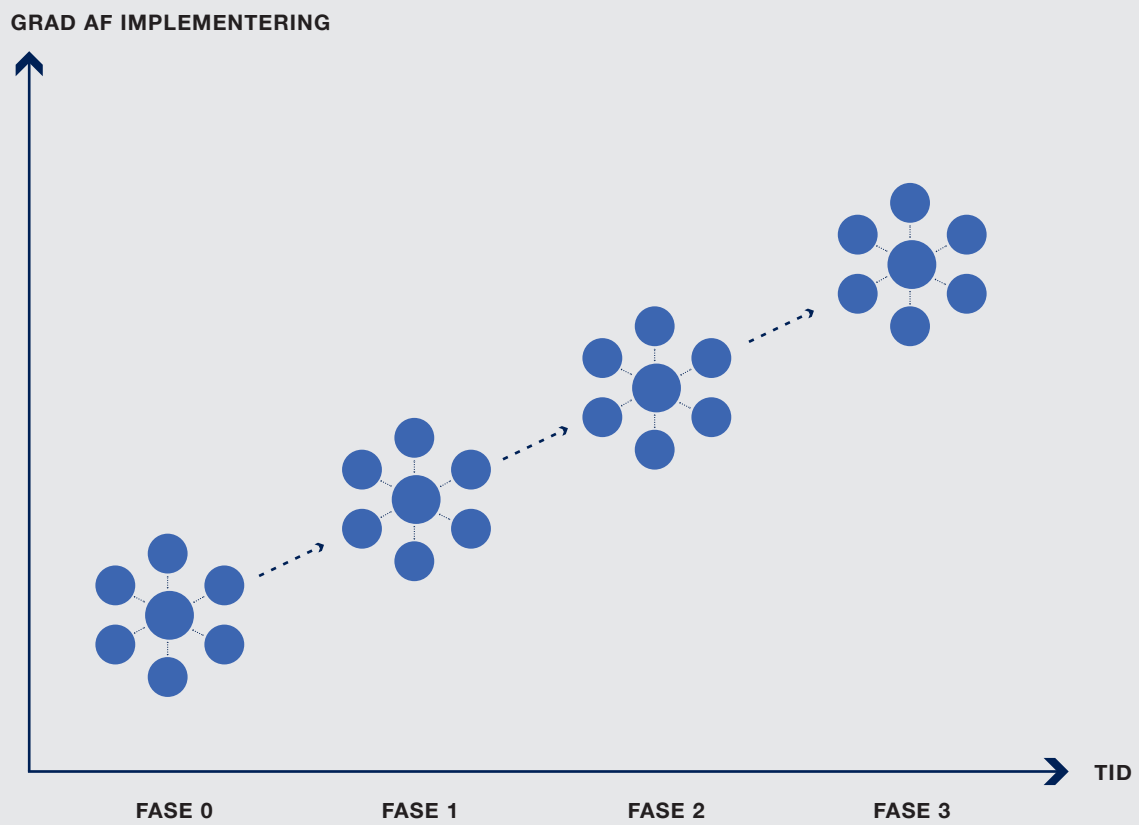
Elementet **organisationskultur og social kapital**

omfatter løbende 'sense-making' i organisationer, som aflejres i grundlæggende antagelser, værdier og normer samt historier, narrativer, mønstre af opfattelser og forhandlet orden udviklet over tid i organisationen (Schein, 1999; Martin, 1992; Abbott, 1988; Antoft 2005). Hertil kommer social kapital, der understøtter samarbejde og koordinering på tværs. Det drejer sig om uformelle sociale relationer og netværk mellem aktørerne baseret på hyppig kommunikation, fælles mål, fælles viden og gensidig respekt (Seemann & Antoft, 2002; Gittell, 2012). FLO-projektets intentioner om patientcentreret og sammenhængende behandling udfordrer sygehusenes ekspertcentrerede, siloprægede organisationskulturer, og udviklingen på dette felt er derfor et centralt fokus for følgeforskningsprojektet.

Elementet **omgivelser, mandat og ressourcer** omfatter først og fremmest organisationens mandat og finansielle ressourcer, der for offentlige sygehuse er politisk besluttede forhold. Generelt sonderer man mellem institutionelle omgivelser og handlingsomgivelser (Beck Jørgensen & Melander, 1992). De institutionelle omgivelser omfatter bl.a. lovgivning, Sundhedsstyrelse, faglige organisationer, medicinske selskaber, patientforeninger mv. Organisationens handlingsomgivelser omfatter primært parter, som organisationen interagerer med og trækker på i forbindelse med drift og udvikling (Scott, 2008).

Modellen i figur 4 kan anvendes på flere niveauer, f.eks. på hospitalsniveau, på klinikkniveau og på speciale/afsnitsniveau. Interorganisatoriske samarbejdsrelationer, f.eks. samarbejdet til kommuner og praktiserende læger vil alene kunne blive håndteret i et fokalt organisationsperspektiv i denne model. Relationer til den bredere institutionelle kontekst vil kun blive analyseret på afgrænsede centrale områder, hvor det er væsentligt at inddrage eksogene påvirkninger fra trends og institutionelle parter. – Parallelt med sygehusledelsen har også denne rapport sat universitetshospitalets grænseflader til og samarbejde med primær sektor på stand by til de efterfølgende dele af følgeforskningsprojektet.

Analyserammen er i et anvendelsesorienteret perspektiv samlet i en åben systemmodel, som antager, at der må være et strategisk fit mellem elementerne internt og i relation til omgivelserne for at understøtte en effektiv værdiskabelse på højt fagligt niveau. Ambitiøse og omfattende forandringsvisioner som FLO-projektet indebærer



▲
FIGUR 5
Generisk udviklingsproces for
forandringsforløb.

forandringer i alle elementer. Succes afhænger derfor af, om man lykkes med at udvikle og balancere modellens elementer, så de understøtter de intenderede forandringer.

Figur 5 illustrerer, hvordan modellen ved analyse af forandringsprocesser kan anvendes som template for situationsbilleder på forskellige tidspunkter eller faser i udviklingsprocessen. F.eks. plan- og beslutningsfasen, den initiale implementering og senere faser i udviklingen. Derved kan man afdække udfordringer undervejs i forandringsarbejdet, indkredse mangler i interventioner og løsninger og forme strategier for de næste skridt på vejen mod mål og visioner.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at denne anvendelse af modellen anlægger et partsperspektiv. I nærværende projekt ser vi 'verden' udfra FLO's eller forandringsprojektets perspektiv. Andre interesser og perspektiver optræder derved i rollerne som fremmende, hæmmende og justerende faktorer i relation til udviklingen af det betragtede forandringsprojekt: In casu FLO.

Med denne analyseramme giver projektet således ikke et "objektivt" billede af virkeligheden. Det er, som tidligere fremhævet, ikke muligt i et case studium af denne karakter. Det er imidlertid heller ikke intentionen. Intentionen er, som tidligere nævnt, formuleret ved et enkelt spørgsmål: Når FLO implementeres – hvad sker der så på Aalborg UH?

Analysen anlægger to vinkler: 1. *Substansen* og 2. *Processen*. Med hensyn til *substansen* ses der på, hvordan FLO visionerne udvikler sig, ud fra en antagelse om, at succesfuld udvikling af FLO forudsætter, at alle elementer i analyserammen udvikles i overensstemmelse med hinanden

('alignment'). Dermed dannes et billede af, hvordan det patientcentrerede sygehus ser ud, hvilket kan forstås som forskningsprojektets oversættelse eller udlægning af FLO visionerne. FLO handler også om professionalisering af ledelse. Men forskningsprojektet afgrænser sig i denne omgang fra at analysere dette aspekt dybtgående. Det bliver dermed en del af konteksten.

Med hensyn til *processen* bygger den på en antagelse om, at topdown-initierede forandringsprocesser må rulles ud i organisationen via diverse forandringsagenter, og at man samtidig må initiere bottom up processer, som kan oversætte og udfylde/udvikle/moderere meningen med top-down- tankerne.

Opsummerende baserer analyserammens perspektiver på selve forandringsprocessen og FLO's forandringsstrategier sig på en bred vifte af teorier indenfor det omfattende område, der betegnes forandringsledelse. Her sondres der bl.a. mellem teknisk-rationelle strategier, humanistiske strategier, politiske strategier samt lærende og eksplorative strategier (Borum, 2013; Beer & Nohria, 2000; Cameron & Green, 2012; Senge, 1990).

De fleste forandringsprocesser, herunder FLO-forløbet, trækker på forskellige strategier både samtidig og i forskellige perioder. Groft sagt er der med FLO først og fremmest tale om en strukturbåret forandring tilsat ovenfor nævnte strategier.

KAPITEL 3

FORANDRINGSFORLØBET

3.1 OM FORANDRINGSFORLØBET OG DETS FASER

Ved planlægningen af forandringsprocesser må man tage stilling til, om man tilstræber en hurtig radikal transformation, der søger en samtidig udvikling i alle elementer i modellen (figur 4), eller om man vil anlægge en inkrementel forandringsstrategi, hvor forandringen opdeles i flere mindre dele og trin. Som det vil fremgå i det følgende, må FLO siges at være en mellemform mellem disse to yderpunkter. Transformationen er her en langvarig proces med sekvenser af fokuserede interventioner og udviklingsforløb i nogle variable (jævnfør figur 5), som løbende følges op af interventioner og udvikling i modellens øvrige variable.

Det er derfor valgt at fortælle historien om FLO i følgende faser:

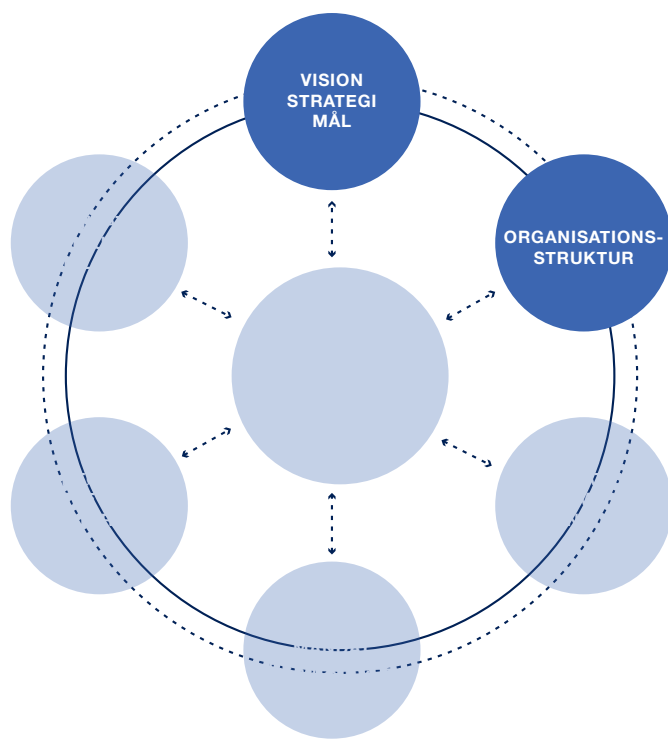
Fase 0: Tiden før og op til FLOs driftsstart pr. 1. januar 2013, der kan forstås som en kort version af FLO's skabelsesberetning (se 3.2).

Fase 1: Initiale implementering, uklarheder og sammenstød med andre hensyn. Her fokuseres der især på ledelsens implementeringsinitiativer og organisationens første reaktioner på FLO efter driftsstart fra januar 2013-forår 2014 (se 3.3).

Fase 2: Trækkene trækkes op. Her fokuseres der på de problemer og muligheder, som for alvor markeres med FLO i 2014 efter ca. 2 års drift (se 3.4).

Det er vanskeligt at pege på en helt bestemt dato eller måned, som konkret adskiller fase 1 og fase 2. Det skal dog fremhæves, at usikkerhederne og uklarhederne med FLO dominerer i mere end et år, hvorfor fase 2 markerer sig nogle måneder ind i 2014. Det er i fase 2 (fra forår 2014 og året ud), at konturerne af FLO træder tydeligere frem. Dvs. det tydeliggøres især i løbet af 2014, hvor FLO har sine muligheder og begrænsninger på Aalborg UH.

Afdækningen af FLO via de i problemformuleringsafsnittet nævnte fire nedslag sker dog særskilt i kapitel som forlængelse af afsnittene om de enkelte faseforløb. Som nævnt i kapitel 2, er der med udvalgte organisationsmedlemmer tale om ledende overlæger og afsnitsledende sygeplejersker. Tillige inkluderes gruppen af forløbsansvarlige viceklinikchefer, som de organisationsmedlemmer, der særligt forventes at fungere som fremmere af FLO. Der indledes i kapitel 4 med en beskrivelse af ledelsesintentioner med FLO fra regions- og hospitalsledelser. Herefter følger to delafsnit om henholdsvis ledende overlægers og afsnitsledende sygeplejerskers møde med FLO. Afsnittet afsluttes med at fokusere på FVKC'ernes problemer og muligheder, eftersom der har været store forventninger til dem i rollen som FLO's væsentligste forandringsagenter.



Med FLO er der først og fremmest tale om en strukturbåret forandring, hvor ledelsen aktiverer elementet organisationsstruktur i sammenhæng med visionsdelen og strategier. I beskrivelsen af FLO opstilles der ikke særskilte (operationelle) mål. De fire øvrige elementer er ikke aktiveret af ledelsen i fase 0 som led i forandringen.

▲
FIGUR 6
Elementer i spil i fase 0.

3.2 FASE 0: TIDEN FØR OG OP TIL FLO

FØRSTE MUUSMANN RAPPORT I 2006

Aalborg Universitetshospital har i en rigtig lang årrække været et specialeopbygget sygehus. Den 1.1.2013 reorganiserede man via FLO sygehuset og gik fra 24 afdelinger i 4 centre til 8 nye klinikker med ny ledelsesstruktur og tilføjede en patient-centreret strategi med fokus på horisontale patientforløb. – Dette er den ultrakorte version af FLO's skabelsesberetning.

En længere version af denne kan uddybes betydeligt og herunder støtte sig til et afsluttet MPA-speciale, som bl.a. inkluderer en dybtgående beskrivelse af FLO's forhistorie (Mølvadgaard & Larsen, 2013). Når forhistorien uddybes, skyldes det, at den kan fungere som en (historisk) fortolkningsnøgle i forhold til nuværende og fremtidige situationer.

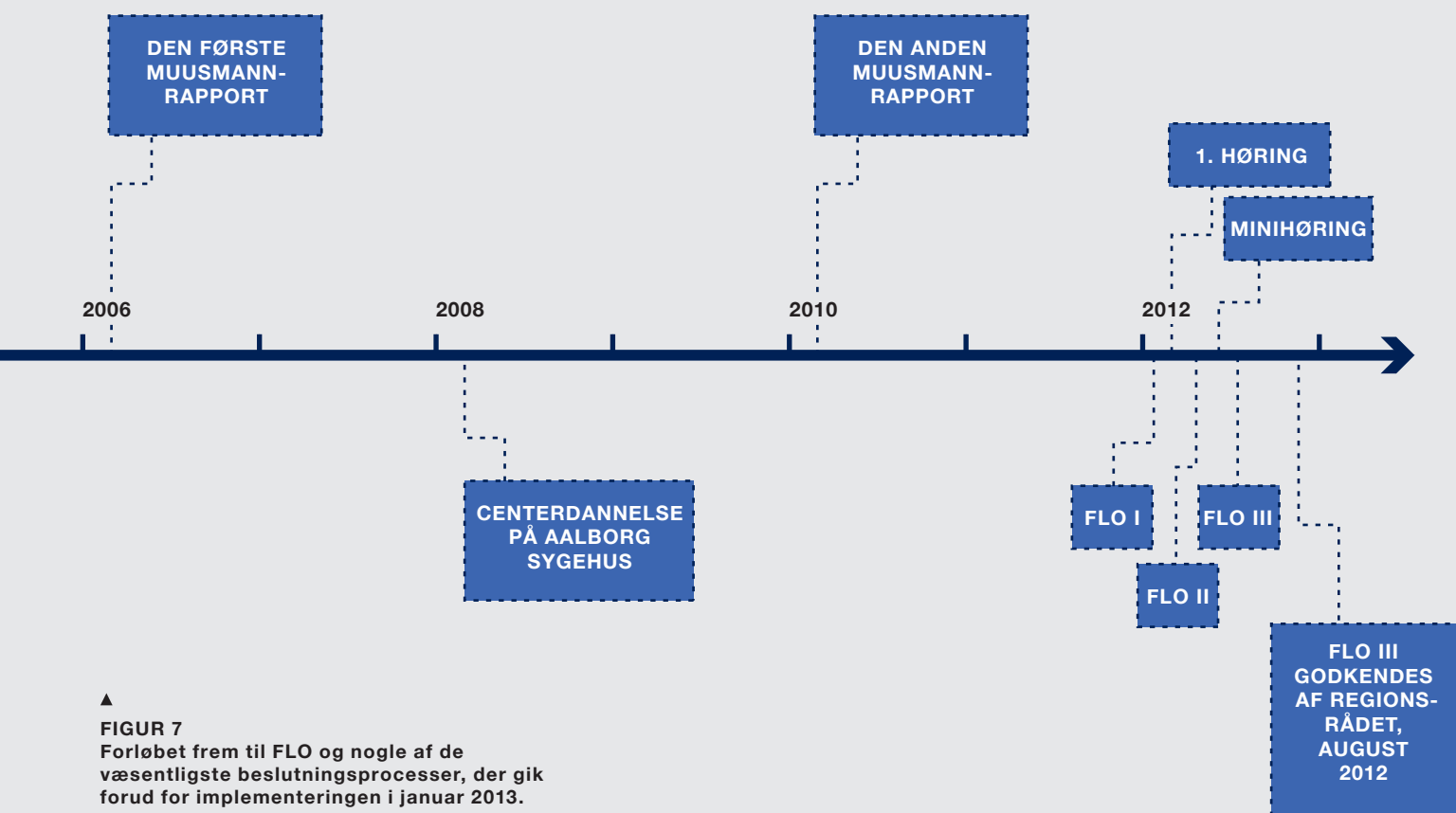
Forhistorien tager sit udgangspunkt i 2006, hvor det daværende Nordjyllands Amt iværksatte en fremadrettet evaluering af organisationen i sygehusvæsenet i Nordjylland.

I regionen bedst kendt som den såkaldte "MUUSMANN-rapport" (Muusmann, 2006).

For at forklare den proces fra 2006, der senere førte til den endelige vedtagelse af den nye FLO- struktur (august 2012), finder vi i det ovenfor omtalte MPA-speciale en tidslinje, som danner grundlag for en gennemgang af omstruktureringerne på Aalborg Universitetshospital – netop med Muusmann rapporterne som væsentlige holdepunkter (Mølvadgaard & Larsen, 2013). Tidslinjen fremgår af figur 7.

Som tidslinjen viser, blev resultatet af den første Muusmann-rapport etableringen af en centerstruktur og virksomhedsledelse ved Aalborg Sygehus. Baggrunden var et ønske om at reducere sygehusledelsens 'span of control'. Som tidslinjen viser, blev der igen i 2010 udformet en Muusmann-rapport. Med henblik på bedre at kunne matche de fremtidige opgaver, havde Regionsrådet i Region Nordjylland på ny bestilt konsulentfirmaet Muusmann/4Improve til at evaluere ledelsesstrukturen i det nordjyske sundhedsvæsen.

Resultatet blev rapporten, "*Analyse af ledelsesstrukturen*



i sygehusvæsenet i Region Nordjylland” i juni 2010 (Muusmann, juni 2010). På baggrund af denne rapport besluttede Regionsrådet i september 2010, at der med udgangspunkt i rapporten skulle udarbejdes en ny ledelsesmæssig organisering af det nordjyske sygehusvæsen. Muusmann beskrev selv formålet med deres arbejde således:

”[...] at tilvejebringe et fundament for, at det nordjyske sygehusvæsen til den tid er fuldt omstillet til – og som råder over en organisation, der kan håndtere – en patientbehandling, der enkelt og entydigt baseres på hensigtsmæssige og veltilrettelagte patientforløb” (Muusmann, 2010).

Hermed søges fokus flyttet fra en fagspecialisering til en opgaveorganisering, hvor patienten skulle mere i centrum. Dette opgør med de afgrænsede lægefaglige specialer var således et af de fremtidsscenarier, der var lagt meget vægt på i konsulentrapporten, jf. citat nedenfor:

”De nuværende ledelses- og funktionsprincipper – den specialebaserede organisering – vil over tid blive forladt og ikke spille en rolle i organiseringen af patientens møde med sygehusvæsenet” (Muusmann, 2010).

Muusmann rapporten gjorde også op med de ledende overlæger som eneansvarlige ledere, idet rapporten lagde vægt på generelle ledelseskompetencer og ledelse som profession. Der blev anbefalet en opdeling af ledelsesrollen, så den faglige ledelse blev adskilt fra den driftsmæssige ledelse. Desuden blev det i rapporten foreslået, at der skulle være forløbskoordinering forankret i ledelsen, således at der blev en egentlig tredeling af ledelsen i forhold til patientforløb, faglig ledelse og driftsmæssig ledelse.

FRA MUUSMANN TIL FLO

Med baggrund i Muusmann-rapporten udarbejdede regionens planlægningskontor (Sundhed – Plan og Kvalitet) tre kommissorier, der har været retningsgivende for det videre arbejde. Derefter har tre delprojektgrupper beskæftiget sig med henholdsvis patientforløb, klinikdannelse og modernisering af klinisk ledelse. Resultatet af de tre projektgruppers arbejde blev af en styregruppe sammenskrevet til FLO I (Januar 2012). Denne beskrivelse indeholdt en organisationsmodel med 12 klinikker, der hver skulle ledes af en klinikchef, en viceklinikchef for HR samt en viceklinikchef for patientforløb.

FLO I	FLO II OG FLO III
KLINIK AKUT	KLINIK AKUT
KLINIK ANÆSTESI	KLINIK ANÆSTESI
KLINIK MAVE-TARM	KLINIK KIRURGI-ONKOLOGI
KLINIK KREDSLØB	KLINIK MEDICIN
KLINIK HOVED	KLINIK HOVED-ORTO
KLINIK NYRE	KLINIK BØRN-GYN-URO
KLINIK KRÆFT	KLINIK HJERTE-LUNGE
KLINIK KVINDE-BARN	KLINIK LAB- OG BILLEDDIAGNOSTIK
KLINIK BEVÆGEAPPARAT	
KLINIK DAGBEHANDLING	
KLINIK DIAGNOSTIK	
KLINIK REHABILITERING OG KOMMUNESAMARBEJDE	

▲

TABEL 1

Ændringer i klinikstrukturen fra FLO I til FLO II og III.

FLO-HØRINGSRUNDE OG DE PROFESSIONELLES INDFLYDELSE

FLO I kom herefter til en omfattende høring, hvor de faglige organisationer, lokale udvalg, faglige råd m.fl. fik muligheden for at kommentere forslaget. FLO I startede en ophedet debat internt på sygehusene, hvor især modstanden fra lægerne var stor. De kritiske røster kom blandt andet til udtryk i mange af de i alt 104 høringssvar fra første høringssrunde i april 2012). Af overlægeforeningen blev det f.eks. fremhævet, at den nye struktur kunne være decideret skadelig for organisationen (Lægeforeningen, Høringssvar). I samklang med dette blev det også fremhævet, at nedbrydningen af de lægelige specialer kunne være direkte skadelig for de faglige miljøer (Overlægeforeningen, Høringssvar).

Desuden fremgik det i flere af svarene, at afdelingerne selv var af den opfattelse, at arbejdsgangene fungerede tilfredsstillende, og at der rent faktisk allerede var inddragelse af forskellige lægefaglige specialer i patientbehandlingen.

Fra sygeplejerskerne lød en bekymring over ikke at føle

deres specialisering tænkt ind i den fremtidige plan.

FLO I løb således ind i massiv modstand fra de fagprofessionelle. Både sygeplejersker og læger fastholdt, at det var vigtigt med faglige ledere. Sat skarpt op blev FLO for de fagprofessionelle et symbol på uønsket indblanding fra regionen der, uden hensyntagen til og uden indblik i traditionelle fremgangsmåder og daglige rutiner, forsøgte at tvinge organisationen i en anden retning. De blev fra lægeside beskrevet således:

"Regionen formår tilsyneladende ikke at legitimere de forestående organisatoriske ændringer over for de fagprofessionelle. Der indfinder sig snarere en opfattelse af FLO som en proaktiv plan uden forankring i reelle organisatoriske udfordringer, og FLO finder således umiddelbart ingen berettigelse idet den ikke formår at skabe en brændende platform".

På baggrund af de mange høringssvar blev FLO I revideret og den nye udgave, FLO II kom til i foråret 2012. Det nye oplæg adskilte sig væsentligt fra det tidligere. Især var specialerne sammensat på en ny måde og antallet af klinikker reduceret fra 12 til 8, se tabel 1.

Ser man på de ændringer, der er sket fra FLO I til FLO II, er det tydeligt, at høringssvarene fra første runde har haft stor indflydelse. Kliniknavnene er ændret fra "funktionelle" betegnelser til at være baseret på de lægefaglige specialer, og er således tilpasset et mere fagprofessionelt begrebsapparat. De lægelige specialer blev på den måde bibeholdt i FLO II, men man lader dem samarbejde på en ny og anden måde end tidligere.

På grund af de mange og omfattende ændringer valgte man at lave en såkaldt minihøringsrunde. I denne anden høeringsrunde var kommentarerne generelt langt mere positive. Der var bred enighed om, at det reviderede oplæg (FLO II) gav langt mere mening, efter at kritikpunkterne var taget til efterretning. Mange tilkendegav desuden, at høeringsprocessen og muligheden for at få indflydelse var meget tilfredsstillende.

Der var dog stadig kritikpunkter og bekymringer at spore i svarene. Disse bekymringer gik blandt andet på, om ledelseskompetencerne ville komme til at vægte mere end en fagprofessionel baggrund ved ansættelsen af de nye klinik- og viceklinikchefer. Der var bekymring over, om der ville blive ansat flere administratorer, og bekymringer angående økonomien. Det Lægefaglige Forretningsudvalg skrev således i et høringssvar:

"Hvad nytter det at give os en billet til en udviklingsrejse, når vi i forvejen ikke har til dagen og vejen?"

Det er tillige væsentligt at præcisere, at FLO II ikke favnede så bredt og alene omfattede de nye *interne* strukturer og processer. De *eksterne* strukturer og processer, herunder samarbejdet til primær sektor blev udeladt.

AFRUNDING PÅ FASE 0

Opsummerende kan det fremhæves, at der i høj grad blev lyttet til de mange indsigelser i høeringsrunden, så det oprindelige forslag gennemgik en større forandring/udviklingsproces. Ved implementeringen 1.1.2013 blev centrale elementer i FLO visionerne rullet ud. 'Change targets' var en ny vision og strategi for Aalborg UH, en ny formel organisationsstruktur med nye ledelsespositioner og funktionsbeskrivelser samt mindre justeringer i økonomi og budgetsystemet. De øvrige FLO visioner og planer skulle formes og udvikles decentralt i klinikkerne i samarbejde såvel horisontalt som vertikalt.

3.3 FASE 1: IMPLEMENTERING, UKLARHEDER OG SAMMENSTØD MED ANDRE HENSYN

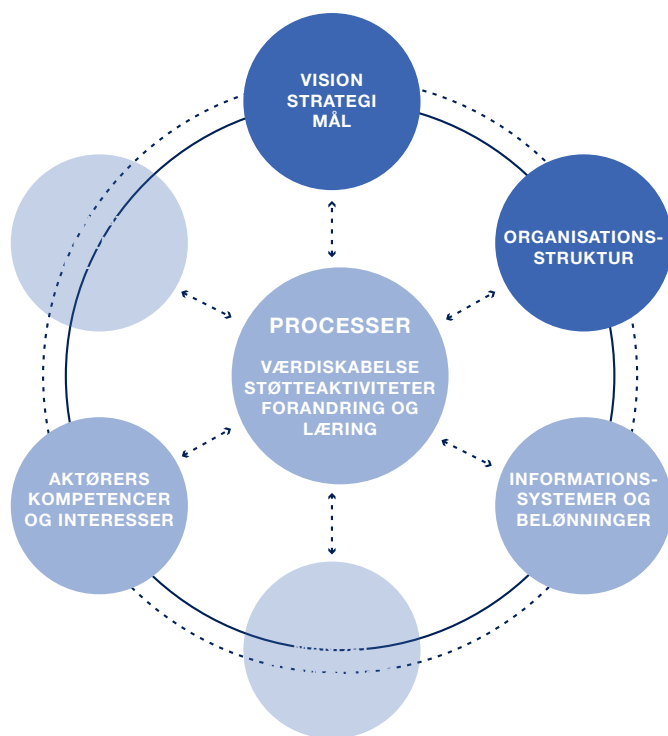
FOKUS PÅ STRUKTUR OG BEMANDING

Aalborg UH indledte de egentlige forberedelser af udrulningen af FLO i efteråret 2012. Fokus var på strukturen og bemanningen af de nye ledelsespositioner. Man fulgte med visse justeringer Koncern HR's drejebog for implementeringen af ændringerne i ledelsesstrukturen på Regionens sygehuse. Forarbejdet baseredes på FLO (III) og et nyt ledelsesgrundlag for Regionen samt en drejebog, der beskrev step og principper for processen.

I drejebogen pegede man på, at omstillingen, til forskel fra tidligere ændringer, alene ville berøre en afgrænset kreds af ledere i form af en intern rekruttering til de nye lederpositioner i klinikker og specialer/afsnit. Det førte til en struktur med en uændret direktion bestående af en overordnet hospitalsdirektør og tre ligestillede vicedirektører, en lægefaglig vicedirektør, en sygeplejefaglig vicedirektør og en økonomisk vicedirektør.

Under direktionen etableredes, som nævnt, 8 nye klinikker, der ledes af en klinikchef samt en forløbsansvarlig viceklinikchef (FVKC) og en HR-ansvarlig viceklinikchef (HR-VKC). De tre ledere bliver omtalt som klinikkens ledelsesteam og kaldes en trojka. Formelt er det imidlertid et hierarki, hvor klinikchefen har det overordnede ansvar, refererer til hospitalsdirektøren og indgår i den udvidede hospitalsledelse. Klinikchefen kan delegere ansvar til de to viceklinikchefer, der som udgangspunkt ikke er placeret i linjen.

De gamle afdelinger med afdelingsledelser blev nedlagt og erstattet af afsnit. Et afsnit defineres som et lægeligt speciale eller et sengeafsnit/ambulatorium m.v. eller en særlig funktion, eksempelvis terapi eller jordemodervæsen. Afsnit, der svarer til et lægefagligt speciale ledes som hovedregel af en ledende overlæge og øvrige afsnit ledes af en ledende sygeplejerske eller anden sundhedsfaglig person. Alle afsnitsledere indgår i den udvidede klinikledelse og refererer til klinikchefen med mindre denne delegerer ansvar til en viceklinikchef.



FIGUR 8
Elementer i spil i fase 1.

FLO indeholder et Leadership Pipeline inspireret sæt af funktionsbeskrivelser for Afsnitsledere, Specialeledere, HR-ansvarlige viceklinikchefer, Forløbsansvarlige viceklinikchefer og Klinikchefer. Beskrevet på områderne: ansvar og fokusering, økonomi, reference, organisering, strategisk ledelse, procesledelse, faglig ledelse, kvalitetsledelse, driftsledelse, personaleledelse, innovation.

Sygehusledelsen lagde vægt på, at man med FLO skulle skabe ledelsesmæssig fokus på patientforløb, hvor horisontale processer hænger sammen på tværs, og samtidig danner grundlaget for entydig og professionel ledelse. FLO definerer entydig ledelse således: *"En enhed har en øverste ansvarlig. Entydig ledelse betyder, at hver leders opgaver og referencer er klare og velbeskrevne. En ledelse kan bestå af en eller flere personer, men der er defineret en overordnet ansvarlig for enheden. Entydig ledelse skal give klarhed, således at det er klart, hvem der er overordnet ansvarlig for enheden og dens resultater."*

FLO rapportens forslag til klinikstruktur dækkede ikke alle hjørner af Aalborg UH. Der manglede bl.a. oplæg vedrørende organiseringen af lægesekretærer og

udformning af servicefunktioner og MED-strukturen. Det måtte afvente en nærmere analyse. FLO præciserede også, at revidering af forskningsstrategi og -organisering som følge af reorganiseringen må udvikles hen ad vejen.

Bemandingen af ledelsesposterne i den nye struktur var i store træk på plads ved årsskiftet 2013. Besættelse af nye stillinger skete som rokader gennem interne opslag, orkestreret af Regionen og hospitalsledelsen. Der havde været talt meget om de nye forløbsansvarlige viceklinikchefstillinger. Men lægerne, som disse sidstnævnte stillinger var møntet på kunne alligevel ikke se sig selv i forhold til funktionsbeskrivelsen i stillingsopslagene. Få læger havde søgt de nye stillinger. På Aalborg UH blev fordelingen: 5 læger ud af 8 klinikchefer samt 2 læger ud af 9 forløbsansvarlige viceklinikchefer. Som ventet blev de fleste HR-ansvarlige viceklinikchef-stillinger bemandet med sygeplejersker, herunder flere (nu forhenværende) oversygeplejersker.

Hertil skal indskydes, at to meget centrale forandringsagenter i Regionen forlod organisationen ved starten af implementeringen. Dvs. en chefkonsulent tæt på implementeringen søgte andet job, og sundhedsdirektøren tog et års orlov med henblik på forskning i USA.

Som fase 0 er også fase 1 domineret af, at ledelsesinitiativerne koncentrerer sig om de nye organisationsstrukturer, som skal understøtte visionerne med FLO. I begrænset omfang trækkes der tillige på kompetenceudvikling og mindre systemtilpasninger som elementer i forandringsprocessen.

INFORMATIONS- OG DIALOGMØDER

Regionledelse, Stabsfolk fra Region-HR og sygehusledelsen deltog i et meget stort antal informations- og dialogmøder i den første fase for at kickstarte forandringsprocesserne på Aalborg UH. Kommunikationsstrategien kan karakteriseres som tell and sell. Baggrunden for FLO og hovedtrækkene i de foreslåede ændringer blev formidlet i en klar, principiel og overordnet form. Det var imidlertid vurderingen fra de nye ledelsesniveauer, at der ikke var megen plads til meningsfuld dialog om konkrete spørgsmål. For mange forekom informationen derfor meget abstrakt. Aalborg UHs egne HR-folk søgte derfor at begrænse Region-HR forandringskommunikation og overtog selv formidlingen af FLO. Heller ikke denne kommunikation nåede dog tilstrækkeligt rundt og ud i organisationen.

På møderne redegjorde Aalborg UHs ledelse for baggrunden for FLO og fremhævede at :

- Den overordnede vision er at udvikle sundhedsvæsenet fra et specialeorienteret til et patientorienteret sundhedsvæsen, og som led i dette at udvikle Aalborg UH fra et specialeorienteret til et patientorienteret hospital.
- De nye klinikker fjerner murene mellem beslægtede specialer.
- Patienter skal føres mere gnidningsløst gennem hospitalsopholdet.
- Alle patienter i Nordjylland skal opleve, at deres samlede patientforløb hænger sammen. Dette indebærer, at
 - hvor patienten før kom til afdelinger skal det nu være personalet, der kommer til patienten.
 - behandlingen skal være baseret på en teamtankegang med tværfagligt samarbejde og patientinddragelse
 - der skal være en tidsmæssig styring af virksomheden, samt
 - en sammenhæng i behandling og samarbejde, som rækker ud over sygehuset
- FLO ikke er en spare øvelse, men et tiltag der skal imødekomme patienter der fejler mere end en ting. Det handler også om at udnytte ressourcerne bedst muligt.

ARBEJDSGRUPPER OM PATIENTFORLØB MM.

Aalborg UHs ledelse var meget bevidste om og understregede, at konkrete beskrivelser af patientforløb skulle identificeres, beskrives og udvikles decentralt i og på tværs af klinikkerne og i samarbejde med eksterne parter. For at forberede og understøtte denne proces havde man siden sommeren 2012 arbejdet på at skabe et grundlag for den decentrale udvikling, idet man havde fulgt FLO-rapportens køreplan for det fremtidige arbejde med konkretisering af patientforløb og deltaget i nogle tværorganisatoriske arbejdsgrupper, der arbejdede med analyser af patientforløb. Arbejdsgrupperne bestod af nøglepersoner fra Regionen, sygehuse og primær sektor. Analyserne omfattede bl.a.:

- Indledende analyse af patientforløb ved multimorbiditet (komplekse forløb).
- Indledende analyse af overgange og ansvar i patientforløb under sygehusindlæggelser
- Konkretisering af de tre hovedtyper af patientforløb, og udarbejdelse af overordnede dokumenter, som kunne integreres med standarder for patientforløb i den danske kvalitetsmodel version 2 og tænkes sammen med andet arbejde og eksisterende retningslinjer.
- Indledende analyse af sammenhængende patientforløb på tværs af sektorgrænser
Udvikling af nyt koncept for patientforløb på tværs af sektorer og anbefalinger for fremadrettet tværsektorielt samarbejde.

DEKOBLING MELLEM ARBEJDSGRUPPER OG DAGLIGDAGEN PÅ SYGEHUSET

FLO-rapporten indeholdt et omfattende oplæg, som arbejdsgrupperne kunne tage udgangspunkt i. Det indeholdt ideer til analyser, konceptbeskrivelser og definitioner vedrørende behandling, behandlingsforløb, patientforløb og eksisterende metoder for patientforløbsbeskrivelser. Trods stor aktivitet lykkedes det ikke arbejdsgrupperne at skabe et materiale, som konkretiserer FLO-rapportens beskrivelser af patientforløb og patientens team. Det er en vanskelig opgave på grund af patientforløbenes store variation og kompleksitet og mangfoldigheden i faglige perspektiver og metoder. De aktører, der deltog i arbejdet, søgte at blive klogere i løbet af processen, men gruppernes overvejelser

nåede kun i begrænset omfang ud i enheder og afsnit i sygehuset og endnu mindre til parter uden for sygehuset.

En række tværorganisatoriske arbejdsgrupper arbejdede med at konkretisere andre sider i FLO, men også her er det imidlertid indtrykket, at denne aktivitet ikke fik karakter af egentlig systematisk forandringsledelse. Så forandringsledelsesstafetten lå hos klinikledelserne. Det var nu klinikkernes nye trojka, specialeledere og afsnitsledere, der skulle forme organisations- og ledelsesstrukturen i de respektive klinikker med baggrund i de generiske beskrivelser og ledelsesgrundlaget.

KLINIKKER ER FORSKELLIGE – MEN GAMLE AFDELINGSSTRUKTURER I NYE KLINIKKER

Meget tyder på, at klinikkerne tog fat på opgaven på hver sin måde og tolkede FLO på hver sin måde. Det var ikke nogen enkel sag at oversætte den generiske klinikmodel til de konkrete og meget forskellige kontekster. Tilmed foregik det i høj grad i konfliktfyldt farvand med til tider 'højspændte' interprofessionelle relationer (se kapitel 4 og 5).

Selvom nogle klinikledelser fra starten lavede en ansvarsfordeling mellem trojkaens tre chefer, er det indtrykket, at alle klinikledelser erkendte begrænsningen i principielle drøftelser, og at der her var behov for at prøve sig frem og udvikle samarbejdsformer hen ad vejen.

Undervejs baserede man sig ikke overraskende i vidt omfang på eksisterende relationer og rutiner fra de gamle afdelingsledelser. Især FVKC's placering og rolle var en udfordring for alle. Frem til implementeringen havde der været en arbejdsgruppe med særlig fokus på udviklingen af FVKC's rolle med intentioner om at beskrive rollen og kompetenceudviklingsbehov i detaljer. Der kom imidlertid ikke et konkret resultat ud af dette arbejde, formentlig på grund af forskelle i vilkår, udfordringer og holdninger til den nye rolle.

Trojkaerne havde således vanskeligt ved at gribe stafetten som forandringsledere ved implementeringens start, selvom de holdt mange møder om den nye struktur. Deres fokus var på at finde egne ben og få overblik over driften og økonomien i den nye klinik. Dette forstærkedes af, at sygehusets klinikker blev mødt af massive sparekrav på i alt ca. 40 mio. kr. samtidig med implementeringen af FLO.

CENTRAL MØDESTRUKTUR

Rammen for beslutningsprocesser blev etableret via en mødestruktur, som hospitalsledelsen havde udarbejdet i tillæg til den nye struktur, og som operationaliseredes i hospitalets "mødekalender". Hovedindholdet viser følgende faste møder/ledelsesfora (med antal deltagere nævnt i parentes):

- Møder på hospitalsniveau: hospitalsledelsesmøde (5), udvidet hospitalsledelsesmøde (16), udvidet hospitalsledelsesmøde (37), udvidet hospitalsledelsesmøde-temamøder (13+udvalgte), hospitalsledelsens strategiske ledelsesforum (140), det udvidede klinikledelsesforum (3 typer),
- Mødestruktur på klinikoniveau: klinikledelsesmøder, udvidet klinikledelsesmøder, visions- og strategimøder med hospitalsledelsen
- Møder i specialer og afsnit (udvikles decentralt)
- MED møder på klinik- og hospitalsniveau (som ikke var tilpasset den nye struktur ved implementeringens start)
- Netværk for klinikchefer
- Netværk af FVKC (med tovholder)
- Netværk af HR-VKC (med tovholder)
- Netværk af specialeledere og netværk af afsnitsledere (indgår ikke i hospitalets mødekalender og var ikke defineret ved implementeringen, de er kommet til senere).

DECENTRAL MØDESTRUKTUR OG SVÆRT AT AGERE FORANDRINGSLEDER

Mødestrukturen i specialer og afsnit skulle udvikles decentralt, og eksisterende møder, der byggede på den gamle afdelingsstruktur, skulle tilpasses den nye struktur. En særlig udfordring knyttede sig netop til beslutningsprocesser i det organisatoriske landskab, der før udgjorde de gamle afdelinger. Den tidligere afdelingsledelse var nu erstattet af et team bestående af ledende overlæge og de afsnitsledere, som specialet trækker på, og som i 'gammel forstand' udgør det samlede speciale. Dette team kaldes et specialeledelsesteam eller afsnitsledelsesteam. Hvilken form disse team skal have, hvordan teamene afgrænses, og om specialeledere og afsnitsledere skal indgå i flere specialeteam/afsnitsteam lå ikke klart 1.1.2013.

Specialeledende overlæger og afsnitsledere havde derfor også vanskeligt ved at gribe stafetten som forandringsledere, idet der ikke var en klart defineret ledelsesarena at arbejde ud fra.

FLO STØDER MOD FAGPROFESSIONELLE NORMER OG TRADITIONER

Som det fremgik af fase 0, havde der været skarpe indvendinger fra de fagprofessionelle (læger og sygeplejersker) under høringsrunderne. Selvom det må konstateres, at de fagprofessionelles indvendinger blev søgt tilgodeset i den endelige FLO III plan, forsvandt den fagprofessionelle kritik af FLO bestemt ikke.

Både ledende læger og ledende sygeplejersker udtrykte her i fase 1 stadig bekymring over omfanget og konsekvenserne af reorganiseringen. De ledende læger og mange ledende sygeplejersker satte spørgsmålstejn ved behovet for FLO – dvs. så vidtrækkende en omorganisering. Det var en dominerende holdning, at FLO's visioner om sammenhængende patientforløb kunne være håndteret indenfor den frem til 1. januar 2013 eksisterende struktur. De var også fælles om fortsat at udtrykke bekymring over, om de generelle ledelseskompetencer ville vægte højere end en fagprofessionel ledelse.

Denne antagelse støder især på professionernes opfattelse af og tradition for, at man også opad har en entydig ledelse i egen profession. Især blev der fra lægelig side lagt vægt på, at de nye klinikchefer skulle have lægefaglig baggrund. Dette ønske blev ikke indfriet, og de ledende overlæger var stærkt utilfredse hermed. De nye klinikledelser udfordrer da også den eksisterende 'forhandlede orden' mellem lægelig indflydelse, generel ledelse og delvis hierarkisk underordning i relation til sygeplejersker (dvs. viceklinikcheferne).

Lægerne føler for alvor i fase 1, at balancen er voldsomt forskudt på deres bekostning. Der er efter de ledende lægers opfattelse alt for lidt fokus på at få lægefagligheden ind i klinikledelserne, og de er stærkt pikerede over, at det er de afsnitsledende sygeplejersker, som dominerer i de såkaldte udvidede klinikledelsesfora. Der blev udtrykt megen utilfredshed med FLO især fra lægeside, men utilfredsheden her i fase 1 er ikke manifest. Det er hovedindtrykket, at man foretrak at forholde sig afventende

og undgik at 'råbe for meget op' og gøre noget forkert (jævnfør 'organisational silence' nedenfor). Imidlertid er det frem til primo 2014 og dermed på vej ind i fase 2, før overlægerne både uro, vrede og bekymringer viser sig mere formelt og manifest.

OVERLÆGEN HAR ANSVARET OG KRITIK AF FLO I UGESKRIFT FOR LÆGER

Til gengæld foregik der en debat om FLO og lægernes utilfredshed hermed i Ugeskrift for Læger. I oktober måned 2013 blev således der bragt en artikel med overskriften *"Overlæger dumper nordjysk ledelsesmodel"* (Ugeskrift for Læger, 2013). Udover kritikken af FLO fra lægerne på AAU, var anledningen, at det i løbet af efteråret formelt var blevet præciseret i en funktionsbeskrivelse, at det er overlægerne, som har ansvaret for patient forløb – og *ikke den nye lederfigur forløbschefen*, som det blev fremhævet i artiklen.

Kritikken fra de overlæger fra Aalborg UH, som udtalte sig i forbindelse med artiklen, fremgik det, at det ikke var FLO's intentioner om sammenhængende patientforløb, der var under kritik. Snarere tværtimod. Det var dels processen eller den form for forandringsledelse, som lægerne følte sig udsat for, der blev kritiseret. Dels blev det fremhævet, at der efter et lille år med FLO var tale om status quo, og at FLO ikke havde afstedkommet positive forandringer. Dels blev det fremhævet, at *"at den nye klinikstruktur kun havde gjort ondt værre"*, og artiklen fortsætter med at citere en ledende overlæge (Ugeskrift for Læger:2379, 2013): *"De lægelige specialer må ikke stå i vejen for et godt patientforløb, men incitamentet til at opbygge og vedligeholde gode samarbejdsrelationer mellem specialerne vil være en langt bedre fremgangsmåde"*.

Sluttelig skal formanden for Overlægerådet på Aalborg UH citeres for følgende kritik af FLO (Ugeskrift for Læger:2379, 2013):

"Indtil videre er der ingen grund til at turnere rundt og fortælle om, hvordan vi gør i Nordjylland, idet der endnu ikke er noget for andre regioner at lade sig inspirere af. Vi mangler fortsat dokumentation for, at patientforløbene er blevet mere sammenhængende".

MINDRE TILPASNINGER I STYRESYSTEMER

Der blev i første omgang kun foretaget mindre tilpasninger i styresystemer. Her, som på de øvrige udviklingsområder, var der arbejdsgrupper, som arbejdede med mulighederne for at tilpasse styresystemerne til FLO-visionerne. Men man vurderede, at det var vigtigt, at der var en vis form for historik i forhold til tidligere år for at sikre en driftssikker start på 2013. De tilpasninger, der blev implementeret ved indførelsen af den nye struktur, og som er relevant i denne forbindelse, var primært tilpasninger af budgetansvar og kontoplanstrukturen i økonomistyringen, som byggede på det nye ledelsesgrundlag og de i FLO skitserede grundprincipper og forslag for økonomistyring.

Budgetansvar for Klinikken påhviler klinikchefen. Derudover vil en række udgiftsarter naturligt være en del af klinikchefens (klinikchefsgruppens) direkte budgetansvarlige poster.

Hver klinik har fast budget og aftalt produktion. Hver klinik udgør et omkostningscenter, der har et årligt budget for forventede/aftalte produktionsmål samt et omkostningsbudget. Producerer klinikken for lidt, bliver produktionsunderskuddet ikke overført til næste år, mens et produktionsoverskud overføres til næste år. Fra 2014 er det ændret således, at der ikke kan overføres overskud, og at underskud skal overføres til efterfølgende. Inden for den enkelte klinik er specialer og afsnit ligeledes omkostningscentre med budgetter for produktionsmål og omkostning.

PersonaleNet skriver under beskrivelsen af "Ledelsesteam for specialet"

"De ledende overlæger og afsnitslederne har hver især økonomiansvar for det respektive personaleforbrug i de enkelte specialer/afsnit under hensyn til klinikkens samlede drift. Herudover er speciales ledende overlæge – i tæt samarbejde med afsnitslederne – ansvarlig for forbruget på øvrig drift inden for specialets samlede økonomi (lægelige artikler m.v.)"

Man forventer, at Koncern-IT skal bruge minimum 6 mdr. i 2014 til den videre tilpasning af økonomisystemet.

Ud over økonomistyring behandler FLO ikke ændringer i informationssystemer. Det bemærkes, at Koncern-IT arbejder med IT udfordringer, men der er ikke løsninger klar ved starten af FLO-udrulningen. Der er ikke oplysninger om fremtidige tilpasninger af kvalitetssystemet, performancemålinger, incitamentsstrukturer m.v. Ledelsen var klar over, at der kunne vise sig at være et misfit mellem visionen om sammenhængende patientforløb og de "gamle styresystemer" samt ideen om bundlinjeansvar for hvert speciale/afsnit. Men der er tale om et komplekst og omfattende udviklingsarbejde, som man vurderede måtte håndteres hen ad vejen. Fokus var på at få de nye strukturer og ansættelse af ledere på plads.

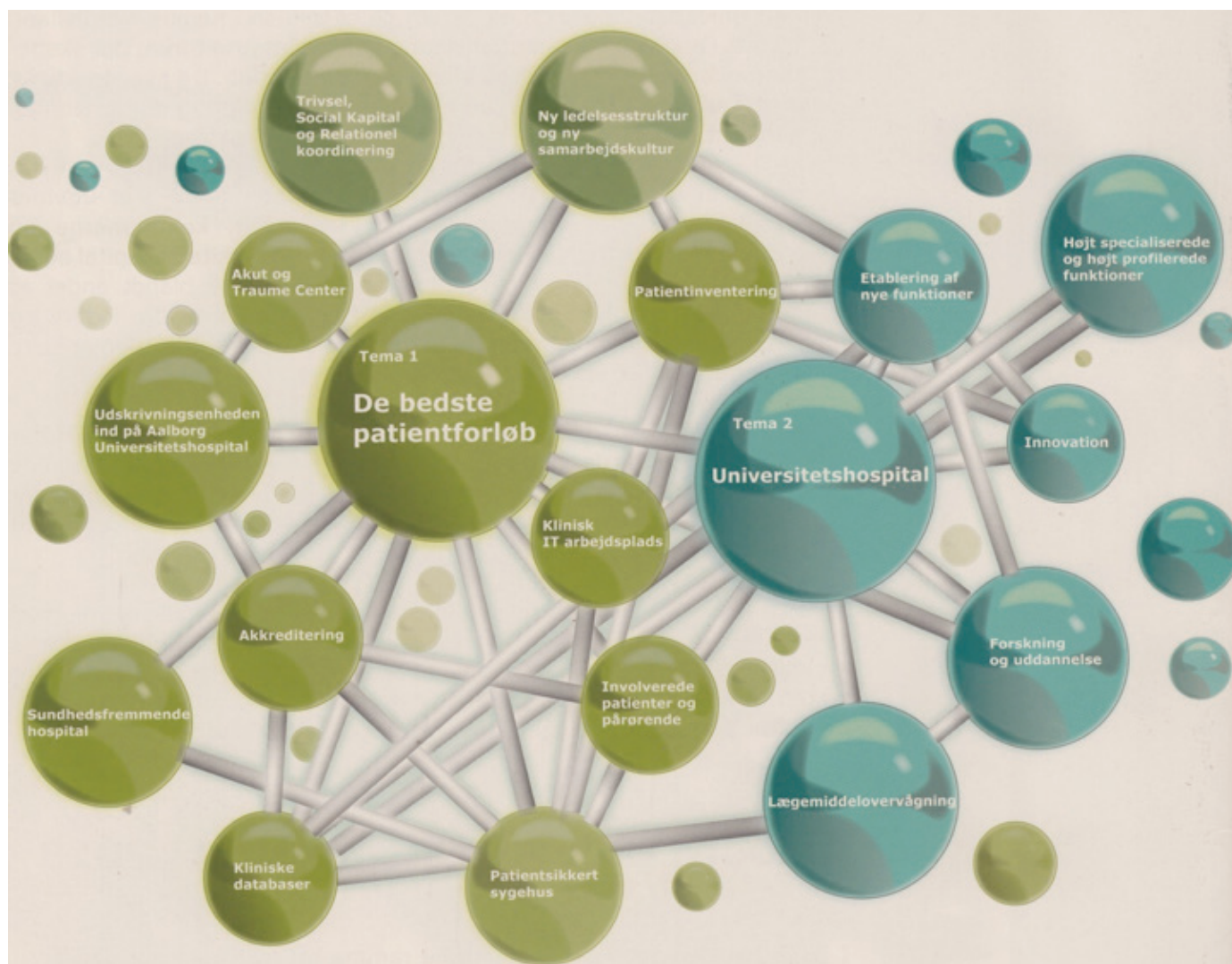
KOMPETENCEUDVIKLING

FLO understregede behovet for en fokuseret lederuddannelse, der stiller skarpt på de kompetencer, der er behov for i de beskrevne lederroller. Der var en del overvejelser om kompetenceudvikling på planstadiet, men det slog ikke igennem som betydende drivere i første del af implementeringen.

Fokus var, som tidligere fremhævet, på visioner og struktur. Som optakt til implementeringen af den nye struktur, blev der dog initieret et ledelsesudviklingsprogram for nøglepersonerne i den nye ledelsesorganisering i form af en masterclass. Her var flere relevante input, men det blev ikke en egentlig hands on træning i relation til de nye udfordringer, de nye ledere skulle håndtere.

FLO lagde ikke op til ændringer i de eksisterende lægelige uddannelsesprogrammer og de øvrige sundhedsfaglige uddannelser. Den eksisterende konstruktion med uddannelsesansvarlige på specialeniveau opretholdes. Men også her var man opmærksom på, at de nye visioner ville rejse behov for tilpasninger. Der blev igangsat et analysearbejde, der skulle se på fremtidige uddannelsesbehov i relation til den overordnede målsætning om sammenhængende patientforløb.

Der var således mange tiltag og meget at se til i den hektiske indledende periode. Forandringsledelsen og kommunikationen var på et overordnet plan. Det var endvidere et bevidst valg, at operationalisering af FLO var så kompleks, at det måtte foregå decentralt.



▲
FIGUR 9
Illustration fra Handleplan 2013

Sygehusledelsen overlod til klinikkerne selv at oversætte og forme rapportens generiske modeller til nye strukturer i overensstemmelse med lokale opgaver og forudsætninger. Man forventede dermed, at trojkaerne selv tog hånd om implementering og den videre forandringsledelse. Sygehusledelsens signal var, at her er nogle rammer, fyld dem selv ud.

HANDLEPLAN 2013 – MEN BEGRÆNSET INDTAGNINGSKAPACITET

FLO blev integreret med Aalborg UHs handleplan 2013. Planen havde to hovedtemaer, som blandt andet omfatter indsatser på følgende områder:

1. Det bedste patientforløb, båret af medarbejdere i trivsel, ny ledelsesstruktur og ny samarbejdskultur, Akut og Traume Center med Fælles Akutmodtagelse, Udskrivningsenhed dækkende alle hospitalets specialer, Effektiv klinisk IT, struktureret involvering af Patienter, Systematiseret sundhedsfremme og forebyggelse, kvalitetsudvikling gennem Akkreditering efter Danske Kvalitetsmodel (2.version) og Patientsikkert Sygehus og Kliniske databaser.

2. Universitetshospital med højt specialiserede forskningsbaserede funktioner, Internationalt højtprofilerede forskningsområder, lægeuddannelse og lægefaglig uddannelse i samarbejde med Aalborg Universitet, Tværfaglige forskningscentre indenfor helholdsvis Billedteknikker og Kræft.

Budgettet pegede på særlige udgiftsområder under pres med krav om driftsreduktioner på klinik og speciale/afsnitsniveau, flere af central betydning for FLO. Uundgåelige merudgifter skulle holdes indenfor budgetrammen. Beskeden var, at den nye struktur skulle fastholde og understøtte det økonomiske pres. På den ene side var Handleplanen en udmøntning af FLO, idet der er mange aspekter i planen, der var drejet over FLO og som understøttende FLO visionerne. Men på den anden side kan handleplanens kompleksitet have afledt opmærksomheden fra de radikale elementer i FLO, og dermed hæmmet ledernes muligheder for at holde fokus på de kritiske forandringsudfordringer i relation til implementeringen og den videre udvikling af FLO visionerne. En organisation har en begrænset indtagkapacitet med hensyn til nye og transformerende ideer, eller med andre

ord en begrænset evne til forandring. Er kompleksiteten og omfanget af forandringer for stor, kan det være uhyre vanskeligt at gennemføre større transformationer i organisationen.

Hertil kommer, at Aalborg UHs indtagkapacitet var på et relativt lavt niveau i forhold til organisationens størrelse, idet de økonomiske ressourcer var bundet i drift og igangværende udviklingsprojekter. Handleplan 2013 fulgtes af et budget med ganske få vækstområder og en rammereduktion på 36 mio. Hospitalsledelsen havde kun meget begrænset økonomisk handlerum til at håndtere økonomiske udfordringer i løbet af 2013. Aktivitetsmål og DRG mål for klinikker/afdelinger tilrettedes efter den nye struktur med udgangspunktet i det aktivitetsniveau afdelingerne havde i 2012. Klinikernes udgangspunkt pr. 1.1.2013 var dermed mindst mulige ændringer og et krav om produktivitetsforbedringer på 3%.

IMPLEMENTERINGSTOMRUM, UKLARHEDER, 'ORGANIZATIONAL SILENCE' OG SAMMENSTØD

FLO initiativet lagde fra land med et meget ambitiøst radikalt udviklingsprojekt uden at allokere ressourcer ud i organisationen til at understøtte implementeringen. Konteksten var udgiftsstyring, besparelser og produktivitetsstyring, fastholdelse af silopræget økonomistyring og uændret silopræget kvalitetsstyring samt benchmark med traditionelle afdelingsstrukturers resultater. Man afsatte stort set ingen udviklingsressourcer, ingen etablering af forandringsorganisation og ingen incentiver til at understøtte FLO visionerne.

Trods et meget gennearbejdet og professionelt oplæg fulgt op af en omfattende top down kommunikation, så opstod der et tomrum ved implementeringen. Man satsede på at hierarkiet skulle rulle forandringerne ud, men det var ikke tilstrækkeligt til denne sammenhæng.

Aalborg UHs stabsfolk kunne ikke drive denne fase, og aktørerne i organisationen havde vanskeligt ved at gribe stafetten. Trojkaerne initierede en række tiltag til forandringsledelse, med forskellig styrke og succes, men heller ikke her lykkedes det at etablere en egentlig systematisk og konkret forandringsledelse med organisering af de decentrale ændringsprocesser. Heller ikke næste niveau (afsnit og specialer) havde mulighed for at agere som forandringsagenter og etablere en mere systematisk forandringsledelse. Der var brug for en egentlig forandringsorganisation og ekstra ressourcer til at sikre en

fokuseret og systematisk forandringsledelse.

Bortset fra store dele af lægegruppen er det indtrykket, at ledere og medarbejdere helt overvejende var loyale overfor FLO-projektet, og til en vis grad havde lagt kritikken fra høringsrunderne bag sig. Mange af de ledere, som man forventede skulle være nøglepersoner i forandringsprocessen havde imidlertid nok at gøre med at få hold på egne roller og relationer og få et overblik over det nye landskab. Stærkt presset af løbende drift og et væld af nye opgaver, som ikke havde noget med FLO at gøre.

Til trods for, at bemanningen af de nye lederstillinger var en intern rokade, indebar omstillingen i ledelsessystemet store forandringer for både ledere og medarbejdere. Alle ledere i klinikernes trojkaer og afsnitsledere skulle agere i nye roller, funktioner og relationer, og det var vanskeligt for mange at se, hvordan man kom fra de generiske beskrivelser af roller og funktioner til mere konkrete rammer for ledelse i de forskellige klinikker. Der var usikkerhed om ledelsesrelationer, ansvar og økonomi.

Afskaffelsen af de gamle afdelingsledelser var et brud med mange års indflydelses- og samarbejds mønstre. Mange oplevede starten som en uoverskuelig forandringsproces, hvor det var lettere at få øje på de forstyrrelser, den bragte, i eksisterende ledelsesprocesser, rutiner, arbejdsformer og relationer end at danne sig et billede af, hvad man skulle arbejde henimod, og hvordan man skulle indgå i ledelsesprocesser og opgaveløsning i den nye struktur. Tiltag knyttede sig ikke an til de problemer, lægerne oplevede i organisationen. Tiltag opfattedes ikke som løsninger, men måske snarere som problemer. Mange havde svært ved at forstå, hvorfor man skulle have FLO. Hvad var meningen og formålet med FLO? Ikke mindst var det en udbredt holdning i organisationen, at det ikke var nødvendigt med så radikale omorganiseringer – sammenhæng i patientforløb og andre FLO-visioner kunne efter manges mening have været håndteret i den eksisterende centerstruktur. Der var usikkerhed om flere af begreberne i FLO oplægget, bl.a. entydig ledelse, patientforløb og ansvaret herfor samt patientens team. Der var mange fortolkninger af intentioner og mulige skjulte dagsordener bag forandringerne.

Mange foretrak at være afventende fremfor at tage initiativer for at fremme FLO og risikere at komme i modvind eller gøre noget forkert. Der var udtalt utilfredshed med den måde, processen blev kørt på. Forandringen blev opfattet

som topstyret og DJØF-styret. Mange følte sig dårligt informerede. Der viste sig også at være modstand mod dele af indholdet i FLO. Det er imidlertid indtrykket, at kritikken ikke kom frem i formelle sammenhænge, og at de, der stod frem med spørgsmål og kritik blev overhørt eller følte sig banket på plads. Der blev talt meget om FLO, men det bragte ikke afklaring, og problemerne blev vævet ind i en "organisatorisk tavshed", der er et kendt fænomen i organisationsforandring. Begrebet dækker situationer, hvor medarbejdere og ledere oplever, at der er noget galt, men er bange for at sige det åbent til overordnede (Morrison & Milliken, 2000).

Der var en overfyldt agenda. Mange andre krav, udfordringer og forandringsprojekter overloadede lederne og flyttede fokus fra FLO. Midt i uklarheden var der en begyndende erkendelse af, at FLO udfordrede eksisterende dybt forankrede forestillinger om sygehusledelse og rokkede ved specialernes bastioner, som udgør et stærkt vertikalt magtmønster fra regionsniveau helt ud til afdelingsniveau, understøttet af institutionelle omgivelser. Det er det, organisationsteorien kalder 'deep structure', som blev udfordret. Gamle ledelsesrelationer, indflydelseskanaler og spilleregler mistede betydning. Mange læger følte sig sat uden for indflydelse. Flere nøglepersoner overvejede at søge væk. Nogle valgte at forlade sygehuset, og nogle blev afskediget, fordi de ikke passede ind i den fremtidige organisation. Det er ikke ensbetydende med, at der var opstået et nyt magtmønster, snarere at det gamle blev svækket og nye prioriteringer, ledelsesprocesser og spilleregler gjorde sig gældende. Deraf uklarheden. I en sådan situation vælger mange at søge mod gamle samarbejdsformer og rutiner. Det, man ved, virker. Dette blev illustreret således i en udtalelse fra en ledende medarbejder:

"Der blev afholdt informationsmøder for ledere og medarbejdere, hvor forandringen blev forklaret og sat i perspektiv af fremtidens forventninger. Forståelsen for projektet var dog ikke tydelig for medarbejdere og ledere. Modstand, undren, vrede og angst var en del af følelserne i den periode. På trods af informationsmøderne, opleves det nu, at informationsstrømmen oppefra har været mangelfuld."

SVÆRT AT FÅ OVERBLIK: UKLARE SAMARBEJDSRELATIONER OG TRÆGE MØDESTRUKTURER

Da følgeforskningsprojektet primo 2014 søgte at afdække de klinikinterne strukturer i fire af de i alt otte klinikker, var uoverskuelighed et gennemgående træk, og der

var flere uklare samarbejdsrelationer i alle fire klinikker. Mødestrukturene var meget komplekse og endnu under udvikling og bekræftede udsagn om, at FLO har medført en voldsom vækst i mødevirksomhed.

Med mange møder, med møder med mange deltagere og med møder, som ikke kan afslutte sager, og som derfor må afvente stillingtagen på højere niveau. Selvom der ikke er kommet flere niveauer, end der var i den tidligere centerstruktur, er der mange, som oplever det som om, der er kommet et lag mere i organisationen.

Til gengæld fremgår følgende af en Masterafhandling (Gøthgen, 2014):

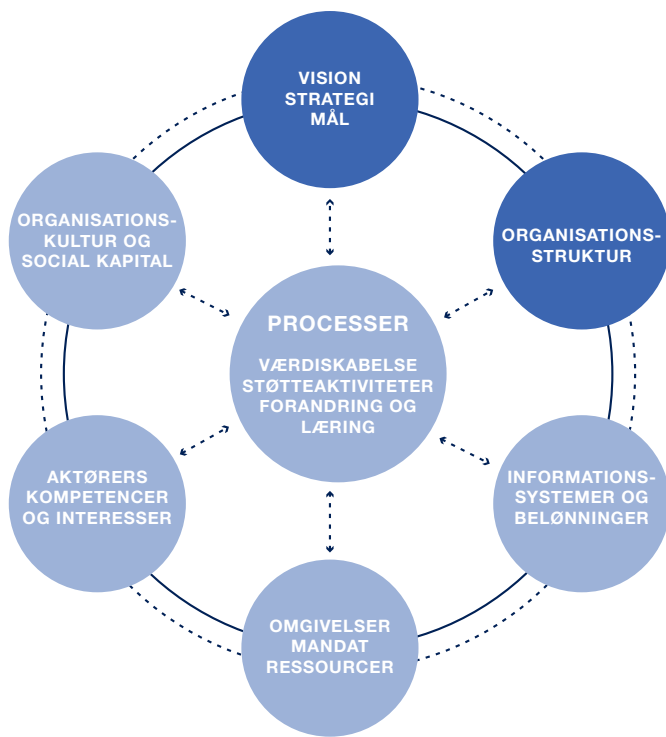
"Der opleves en større tilgængelig til klinikledelsen i forhold til den tidligere centerledelse, og enkelte tilskriver det den udvidede ledelseskreds med flere steder at rette spørgsmålene hen. Flere specialer er fortsat usikre på hvad der i forbindelse med patientforløb skal sendes opad. Alle tilkendegav at de sendte det videre de ikke selv kunne løse og der hvor de så der var en tværgående relation. Samtidigt vidste de at jeg sagde fra hvis jeg ikke fandt det relevant, for det lå i vores gensidige forventningsafstemning".

Med følgeforskningsprojektet viste det sig at være et så omfattende og uoverskueligt arbejde, at intention om minutøs klarlægning af fire forskellige klinikstrukturer måtte droppes, så ressourcerne kunne bruges på andre aspekter af FLO. Imidlertid skal det kort fremhæves, at den (delvise) afdækning viser tendenser til, at de gamle afdelinger lever videre inde i de nye klinikker. – Og ikke alene som et resultat af ikke-opdaterede hjemmesider.

AFRUNDING PÅ FASE 1

Det kan være vanskeligt at sætte enkelte ord eller overskrifter på den netop beskrevne fase 1. Men uklarheder og dermed behov for afklaringer af mål, retning, nye roller, nye ansvarsfordelinger var kendetegnende for Fase 1. FLO havde nok opnået et gennemslag i kraft af (politisk) beslutning om implementering. Fase 1 kendetegnes også ved, at FLO har manglet konsolideringskraft. Det har været vanskeligt 'at rulle FLO ud' i organisationen og ikke så mange 'forandringsagenter', som forventet, kom på banen og tog FLO-stafetten. Dette skyldes især, at andre hensyn som f.eks. besparelser og hensynet til drift har taget meget af opmærksomheden hos diverse ledere.

Selvom FLO ikke kan siges at opnå konsolidering i fase 2, afløses en del uklarheder i forbindelse med FLO af mere markerede FLO-konturer – med både problemer og muligheder.



FLO's nye visioner og den udpræget strukturbårne forandringsproces, har ikke nogen stærk forandringskraft. Forandringer i fase 2 sker mere sporadisk i de fleste elementer. Det er en udfordring, at organisationens kulturelle lag og fagprofessions-interesser aktiveres.

▲
FIGUR 10
Elementer i spil i fase 2.

3.4 FASE 2: 'TRÆKKENE TRÆKKES OP'

Sidst på foråret 2014 var der flere tegn på, at FLO-visionerne var ved at vinde indpas i hospitalets ledelsesprocesser, men der var også tegn på, at FLOs svage sider, barrierer for FLO og modstand mod FLO blev mere synlige.

Der var fremgang flere steder, men der var også kritik og modsætninger, som blev trukket tydeligere op. Man var på vej, men det blev klart, at der var langt igen. Både med hensyn til processen og indholdet i FLO.

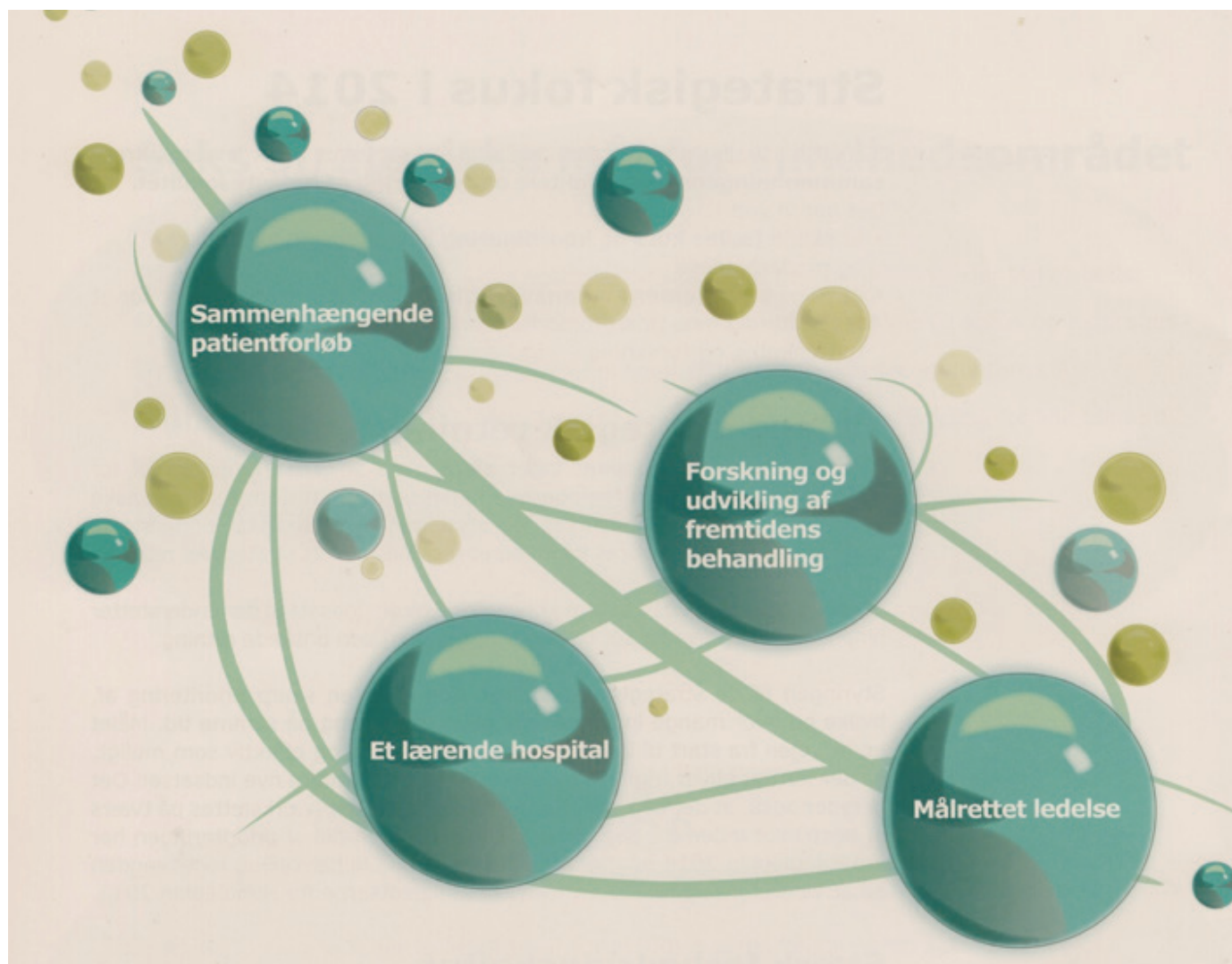
Fremgang for FLO i Handleplan og på visionsseminar Aalborg UHs topledelse havde fået mere sammenhæng og fokus i de strategiske udmeldinger. FLO var væsentlig bedre indarbejdet og integreret i Handleplan 2014 end det var tilfældet i Handleplan 2013. FLO var konsekvent indarbejdet i alle fire hovedprogrammer:

1. Sammenhængende patientforløb
2. Forskning og udvikling
3. Et lærende hospital
4. Måltrettet ledelse

Disse hovedprogrammer illustreres i figur 11. Men spørgsmålet er, om kommunikationen nåede rent igennem. FLO nævnes kun direkte to steder i handleplanen. Måske undlod man at fremhæve FLO i handleplanen, fordi meningsdannelsen ('sensemaking') vedrørende FLO havde været meget negativ i 2013. Det er ligeledes indtrykket, at flere ledere undlod at fremhæve sammenhængen mellem handleplan og FLO i deres ledelseskommunikation.

I løbet af 2014 blev topledelsen på Aalborg UH imidlertid klar over, at der var brug for en konkretisering af FLO visionerne og en afstemt kommunikation. Det kom bl.a. til udtryk ved et visionsseminar for den store samlede ledelsesgruppe i juni 2014.

På seminaret blev der præsenteret elementer fra Handleplan 2014 med fokus på FLO-visioner, der var meget mere konkrete end tidligere. Dette fremgår bl.a. af følgende typiske udtalelser fra deltagere i ledelsesseminaret:



▲
FIGUR 11
Illustration fra Handleplan 2014

"Jeg har set mange handleplaner efterhånden. Det her er noget af det bedste, og noget af det mest handlingsorienterede. Der har været mange tidligere handlingsplaner, der har været hensigtserklæringer. Nu synes jeg, at man har strammet op, og at der er et konneks mellem visioner og de ting, der bliver planlagt i relation til det handlingsarbejde. Der har man gjort et godt stykke arbejde i den sammenhæng."

"Den dag blev virkelig brugt til at diskutere – rigtig mange ledere i mellem – om hvad er det, der fylder hos os. Vi blev efterfølgende delt ud i grupper. Jeg oplevede et helt andet engagement, en helt anden energitilførsel i forhold til: "Hvordan kan vi gribe det an?" og "Hvad tænker I om det?". Altså der hvor jeg sad, det var simpelthen så energifyldt, og det gør mig rigtig glad."

Seminaret kanaliserede positive oplevelser af FLO og gødede jorden for, at flere ledere kunne motiveres for at tage medejerskab og konstruktiv støtte udviklingen af FLO visionerne. Mange havde hidtil holdt sig lidt tilbage fra at tale for meget om FLO og fremme FLO, der havde været præget

af en meget negativ 'sensemaking' (dæmonisering) især fra lægeside.

FREM GANG FOR FLO I KLINIKKERNE

Der var også fremgang på det organisatoriske område. Der var kommet mere ro på arbejdet for klinikledelser og ledere i specialer og afsnit end der var i starten, hvor mange ikke kunne finde deres plads. De nye "specialeledelsesteam" var ved at finde deres form flere steder. Der faldt bl.a. følgende typiske udtalelser fra ledende medarbejdere:

"Der er sket rigtig meget ude i organisationen, så de ved, hvilken vej de skal gå. Og de ved hver især, hvor vores kompetencer i klinikledelsen er, således at vi faktisk dækker hele feltet."

"Jeg oplever også, at vi har opnået et øget samarbejde mellem vores specialer, som egentlig har et fælles patientforløb, men hvor man har haft meget det der med: Det her er vores patient, og det der er jeres patient. Man har haft en manglende fleksibilitet til at kigge på patienten og se, hvad er egentlig bedst for den enkelte patient. Nu er der kommet en dialog omkring: "Det kan godt være, det ikke er

hensigtsmæssigt, lad os få de patienter herover til os.”

”Vi har fået gentænkt, hvordan vi arbejder sammen i klinikken med baggrund i en skabelon vi fik i starten af året. Vi har siden justeret på baggrund af erfaringer. Det kan f.eks. være, hvordan klinikledelsen mødes sammen med specialeledelserne, eller hvordan vi skal mødes i udvidede klinikledelser.”

Afsnitslederne har også fundet sig til rette i deres roller. Flere steder hjulpet af trojkaerne der samlede lederne i klinikken eller specialevis til udviklingsmøder. Afsnitslederne var også blevet mere dus med økonomistyringen. Der var etableret tilpasset kompetenceudvikling på økonomiområdet, og lederne havde en direkte adgang til klinikkernes økonomimedarbejdere. De ledende sygeplejersker havde til en vis grad lukket det ledelsesmæssige tomrum, der opstod ved afviklingen af oversygeplejerskestillingen. Vurderinger fra klinikledelsesmedlemmer lød:

”De afsnitsledende sygeplejersker er blevet mindre driftsorienterede og mere ledelsesorienterede.”

”Det er kommet meget bag på flere afsnitssygeplejersker, at deres rolle er så anderledes. Vi har haft flere udskiftninger, hvor de har sagt at det ikke er det jeg vil, jeg vil have mere driftsprægede opgaver.”

Der var kommet mere dialog på tværs, bl.a. i den udvidede klinikledelsesgruppe, og flere medarbejdere indgik i nye tværgående arbejdsgrupper. Nogle af de igangsatte projekter vedrørende patientforløb på tværs var begyndt at flytte sig og vise resultater. Det er imidlertid vanskeligt at vurdere om FLO generelt har fremmet dialogen mellem personalet på tværs af afdelinger. Nogle steder er den øget og bedret, andre steder er den forværret.

PROFESSIONALISERING AF AFSNITSLEDENDE SYGEPLEJERSKE

En af de væsentlige intentioner med FLO har været at professionalisere ledelsen. Efter en turbulent og krævende start i fase 1, træder det tydeligt frem her i fase 2, at der er sket en klar ledelsesprofessionalisering af rollen

som afsnitsledende sygeplejerske. FLO rapporten beskriver ganske vist, at den 'ideelle afsnitsleder' må have udgangspunkt i sin sundhedsprofession for at kunne gebærde sig i en hospitalskontekst og opnå legitimitet, men med FLO sker der et markant og ønsket skift i retning af ledelsesprofessionalisering. Dvs. der er markante skift i opgaver – fra fagprofessionelle til mere ledelsesprofessionelle opgaver – og i selve rolleudøvelsen. Der er ikke længere tale om 'primus inter pares' – dvs. den fremmeste blandt ligemænd, som udøver tæt, opfølgende fagprofessionel ledelse i forhold til de menige medarbejdere. Afsnitslederne oplever, at de med deres nye betegnelse som afsnitsledende sygeplejerske er trukket længere væk fra deres personale for at kunne prioritere generelle ledelsesopgaver. Et MPG-speciale fra primo 2014 understøtter følgeforskningsprojektets resultater (Ross Jakobsen, 2014). Tillige har MPG-specialet gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt menige sygeplejersker, som viser, at personalet i afsnittene savner deres (førhen mere) faglige leder, at den afsnitsledende sygeplejerske bruger tid på andre ledelsesrettede opgaver, (selvom der blandt personalet hersker uklarhed om, hvad disse nye opgaver egentlig går ud på), og at de i samklang med deres afsnitsledere oplever højere grad af ledelsesprofessionalisering efter FLO.

STADIG PROBLEMER MED FLO

Den formelle struktur var på plads, og der var ved at komme mere ro på ude i klinikkerne. Men de samarbejdsformer, der var ved at finde deres form, var ikke helt i overensstemmelse med FLO intentionerne. Meget tyder på, at man i vidt omfang har søgt ind i gamle samarbejds mønstre og formet uformelle strukturer som spejlbilleder af de tidligere afdelingsledelser. Nogle steder giver det god mening at forme ledelsesprocesser og relationer efter de nye generiske modeller i FLO, men det står mere og mere klart, at det ikke alle steder er så enkelt at forme nye effektive relationer og ledelsesprocesser efter modellerne.

Vanskelighederne ved at skabe de nye former er meget situationsbestemt. Nogle specialeledende overlæger er virkelig udfordret. I specialeledelsesteamet arbejder de sammen med flere afsnitsledende sygeplejersker i ambulatorier og sengeafsnit i et væsentligt mere kompliceret billede end under den gamle struktur. Det kan føre til mange

møder og et stort antal mødedeltagere, hvor det kan være meget vanskeligt at løse overlægers behov for deltagelse ved at arbejde med udvidede ledelsesteam. Som det fremgår af afsnit 4.3 nedenfor, oplever mange læger, at der er ubalance i ledelsessystemet, og at der er kommet alt for mange møder. Der er næppe tvivl om, at mange søger at opnå beslutninger og koordinere deres opgaver uden om møderne gennem direkte kontakter.

Nogle afsnitsledende sygeplejersker har en lignende situation. De kan sidde i to lederteams. Et specialeledelsesteam med en ledende overlæge og et afsnitsledelsesteam med en afsnitsledende overlæge. Endvidere kan de arbejde sammen med en specialeansvarlig overlæge, som også har indflydelse på deres afsnits patientforløb. En ledende medarbejder udtaler:

"I vores speciale, der er et af de store specialer, har de svært ved det, fordi de nu er mange, der skal blive enige, de er mange, der skal kæmpe for en sag. De synes, det er svært."

Afsnits- og specialeledernes relationer til de nye trojka klinikledelser giver også udfordringer. Der er kommet mere klarhed over arbejdsdelingen i trojkaen i almindelige rutineopgaver, men i mange situationer giver tredelingen anledning til vanskeligheder, især når man skal på tværs af klinikker. En ledende medarbejder oplever det således:

"Jeg oplever, at der er nogle der' kløjs' lidt i det med referencedelen. Speciale- og afsnitsledelserne refererer formelt til klinikchefen, og så står der, at referencen kan delegeres. I den klinik som jeg er en del af, der har man delegeret referencen fra de afsnitsledende sygeplejersker til HR viceklinikdelen. Men lægedelen refererer til klinikchefen fortsat. Det er der i hvert fald nogle af de ledende sygeplejersker, der føler sig pikeret over."

Det er dog lægerne, der er mest kritiske overfor trojka-konstruktionen. Lægerne oplever fortsat, at den svækker deres position i ledelsessystemet, at den er meget tung at arbejde med, og at det virker som om, der er kommet et lag mere i organisationen. Det er tillige en dominerende lægeholdning, at FVCK'erne helt kan undværes.

RAPPORT OM 'FORLØBSBASERET LEDELSESMÆSSIG ORGANISERING OG LEDELSESPÆND'

I løbet af både fase 1 og 2 foregår en løbende tilpasning af klinikkernes decentrale strukturer tilpasset de lokale kontekster. I august 2014 beder topledelsen Koncern HR om at udarbejde en status over udviklingen. Arbejdet dokumenteres i en omfattende rapport til den udvidede Regionsledelse, som beskriver organiseringen på Regionens sygehuse med organisationsdiagrammer for klinik og med fokus på afsnitsstrukturer og ledelsesmæssige kontrolspænd og referenceforhold, herunder afvigelser fra FLOs generiske model (Koncern HR 07.10.2014).

Det fremgår af rapporten, at der er meget store variationer i afsnitsstrukturerne på Aalborg UHs 8 klinikker og flere forskellige afvigelser fra den generiske model. Der er afsnit med to sideordnede afsnitsledere, afsnit uden direkte reference til klinikledelsen og afsnit med koordinerende/tværgående afsnitsledere

I afsnit med to afsnitsledere arbejder de to ledere sideordnet og begge varetager alle den generiske funktionsbeskrivelses opgaver. Det fremhæves i rapporten:

"To sideordnede afsnitsledere konflikter med FLO i forhold til princippet om entydig ledelse. Er det eksempelvis tydeligt for medarbejderne, hvem de refererer til hvornår, og hvem har det sidste ord, såfremt der er uoverensstemmelser mellem de to?" (Koncern HR 07.10.2014:18)

I afsnit med koordinerende eller tværgående afsnitsledere har man afsnitsledere, som varetager koordinerende funktioner for andre afsnit på nærmere bestemte områder. Det kan f.eks. være personaleledelse, arbejdsmiljøledelse, uddannelsesledelse, udviklingsledelse, m.v. Rapporten påpeger, at der også her kan være konflikter i forhold til entydig ledelse, og afsnitsledere på de pågældende områder ikke refererer direkte til klinikledelsen.

I afsnit med afsnitsledere uden direkte reference til klinikledelsen refererer involverede afsnitsledere til en koordinerende afsnitsleder, ledende overlæge (eller tilsvarende), der refererer til klinikledelsen. Der opstår dermed et ekstra ledelsesniveau i forhold til FLO's generiske model.

Der er ikke skabt et tilsvarende overblik over de decentrale specialestrukturers udvikling, og et sådan arbejde ligger udenfor dette forskningsprojekt rammer. Men der er ikke tvivl om, at også denne del af strukturen er dynamisk, og at der til stadighed emergerer nye former. Det er således ikke muligt at forestille sig, at man vil nå frem til en statisk tilstand. Bevægelse og en vis uklarhed er et vilkår, som til stadighed kalder på ledelsesmæssig opmærksomhed.

VELETABLEREDE ARBEJDSFORMER FASTHOLDES: BUSINESS AS USUAL

Det er blevet tydeligt, at FLO kalder på ændringer mange steder i organisationen, som endnu ikke er på plads. Mange processer og relationer mangler endnu at finde sin form i de nye rammer. Der, hvor det ikke giver mening og der, hvor udfordringerne med at udvikle nye ledelsesrelationer og processer efter de generiske modeller har været for store, har man søgt tilbage til kendte former. Især kultur, magtforhold, personlige relationer og fokus på sikker drift har medført, at man søgte at bruge veletablerede arbejdsformer fra tiden med afdelingsledelser. Mange steder bruges stadig de gamle begreber, procedurer, stillingsbetegnelser m.v. Den gamle 'forhandlede orden' har skabt stabilitet og forudsigelighed.

PRES FRA HOSPITALSLEDEREN PÅ FVCK'ERNE

I løbet af 2014 skærpede topledelsen opfølgningen på FLO og presset på klinikledelserne for at vise konkrete resultater med hensyn til effektivisering og forbedring af sammenhængende patientforløb. Forventningerne rettedes primært mod FVCK'erne (jf. afsnit 4.4), der trods en stigende forståelse for visionerne om sammenhængende patientforløb i trojkaerne og hos afsnitsledere samt specialeledere havde store vanskeligheder ved at vise synlige resultater. FVCK'erne oplevede ikke topledelsens tætte opfølgning på FLO visionerne som støtte til FLO. De syntes, som nævnt ovenfor, at der var fremgang på flere områder i FLO visionerne, og at man ikke kunne forvente synlige resultater på kort sigt.

HOSPITALSLEDEREN VIL HAVE PRIMÆR SEKTOR INDDRAGET

Hen mod sommeren 2014 meddelte topledelsen, at det nu var tid at tænke mere på og intensivere samarbejdet på tværs til de praktiserende læger og kommunale parter.

Imidlertid er der ikke generelt i Aalborg UH kræfter til at løfte denne opgave og give den høj prioritet. Fokus her i fase 2 er (stadig) fortrinsvis organisationsinternt. I relation til samarbejdet med praksissektoren, blev der afholdt strategi- og visionsmøder, som gav anledning til en række drøftelser om samarbejde og arbejdsfordeling mellem praksissektoren (repræsenteret ved praksiskonsulenterne) samt Aalborg UHs forskellige specialer. Det er imidlertid ikke indtrykket, at dette samarbejde fylder særlig meget i Aalborg UHs dagligdag.

I relation til kommunerne har der været fokus på at udforme og konsolidere diverse sundhedsaftaler med kommunerne. Men også til denne sammenhæng er det indtrykket, at sundhedsaftalerne ikke fylder særlig meget i Aalborg UHs produktionskerner. Specielt i samarbejdet med kommunerne er der tale om (velkendte) økonomiske barrierer i form af kassetænkning og bureaukratiske udfordringer. Der resterer et intensivt og udfordrende arbejde, hvis FLO's visioner om, at et patientforløb starter (og slutter) i primær sundhedssektor skal konsolideres.

ØKONOMI, DRIFT OG SILOTÆNKNING DOMINERER

FLO var fortsat ved at drukne i andre hensyn og initiativer, selvom handleplan for 2014 er godt samstemt med FLO visionerne.

Handleplan 2014's krav om en rammebesparelse på 1,4 % synes at indebære, at økonomi og drift fortsat er det altoverskyggende tema. Dette understreges tillige i den kvalitative analyse af FLO (Holst et al., 2015). En ledende medarbejder giver følgende eksempel:

"Økonomi har fyldt rigtig rigtig, rigtig meget! "Vi har i vores klinik fået en opgave fra regionen, hvor man har fået trukket Ortopædkirurgien ud. Der sidder jeg med en af de ledende overlæger i en 'task force' på regionsniveau, på hospitalsniveau, og så i vores klinik. Det går der stort set 90% af min tid med. Der ligger jo 90 millioner, som regionen gerne vil holde hjemme, og det har vi så været prøveballon for. Projektet blev frigivet i september 2013, og blev rullet ind på hospitalet i november/december 2013. Men så forventede man jo allerede resultater i første måned af 2014, og det kan man jo ikke. Men nu begynder de så at komme. Men der har simpelthen været møder hver eneste uge, på det ene eller det andet niveau i forhold til Ortopædkirurgien. Vi skal levere tal konstant i forhold til patienter, der render ud af regionen, og patienter vi opererer i hospitalsregi."

Økonomisystemets design har i sig selv skabt væsentlige barrierer for FLO. Økonomisystemets decentrale budgetansvar giver på den ene side lederne råderum, men medfører samtidig, at enhederne er meget præget af silotænkning. Det gælder generelt i relation til krav om budgetoverholdelse og produktivitetsforbedringer. Der falder til denne sammenhæng bl.a. denne udtalelse fra en ledende medarbejder:

"Det er svært at forandre ting, når enhedernes økonomi er så stærkt i fokus. Nu sidder hver afdelingsleder og specialeleder og beskytter hver deres budget."

Disse barrierer får en ekstra dimension, når der er tale om besparelser, som baseres på benchmarking med afdelinger på andre sygehuse. De tal, man får i en benchmark, stammer fra traditionelt organiserede sygehuse, og er således silo baserede tal. På den korte bane vil det trække i retning af silo-optimeringer.

Andre dele af styresystemerne og nationale eller regionale aktivitets- og kvalitetsmål synes også at opfordre til og fastholde lederne i siloperspektiver. F.eks. illustreret ved følgende citat:

"Hver 14. dag stiller vi op til møde, om vi opfylder målene. Så det er en kontrollerende ledelsesform...Ledelsen kommer i hvert fald jævnligt og siger – at nu har de trukket tal – og det er på sin vis fair nok, for der skal jo tryk på ned i organisationen...XX fra hospitalsledelsen var i går til møde i overlægerådet. Så er der 26 overlæger, og så spørger XX: "Hvis jeg siger medicin afstemning, hvor mange ringer det hos?... I må gå hjem og sætte jeres læger ind i det her. Det her det er faktisk noget, vi bliver målt og vejret på. Det har politisk bevågenhed."

"Men vi bliver kaldt til mange af den slags møder også i forhold til udredningsretten. Der er rigtig mange ting, hvor vi bliver kaldt over hele tiden. Jeg skal af sted igen i dag."

Styresystemerne samt aktivitets- og kvalitetsmål er i vidt omfang tænkt og formet i specialespektiv og lægger dermed op til optimering i siloerne. Nogle kan indeholde tværgående tanker, f.eks. ventetidsgaranti, udredningsret, udredningsgaranti og herigennem understøtte udviklingen af FLO visionerne om sammenhængende patientforløb. Men mange performancemål har fokus på specialecentrerede

optimeringer, der kan ende med at udgøre barrierer for FLOs tværgående visioner.

Flere andre opgaver indebærer siloprægede ledelsesperspektiver og trækker ledelsesopmærksomheden væk fra FLO. Især akkreditering har taget meget ledelsesopmærksomhed i denne fase og har været meget ressourcekrævende. Mere generelt kræver faglig udvikling i specialerne, baseret på World Class viden, meget opmærksomhed, som i sagens natur retter sig indad i de faglige siloer.

Der er i dag såkaldte forløbskoordinatorer, som sikrer, at afsnittene overholder de garantier og love, der er i forhold til patientforløbene i dag, f.eks. vedrørende ventetider. De er koordinerende i de enkelte specialer, men ikke på tværs af specialer og sektorer. En trojkaleder udtaler i den forbindelse:

"I beskrivelsen af patientforløb i de forløbspakker, vi kender, i dag beskrives en række hensigtsmål, altså noget vi kan gøre, fordi det er hensigtsmæssigt. Målet for vores opgave bliver dermed lidt uklart. Der opstår et dilemma mellem det, vi kan gøre, og det vi skal gøre. Vi vil fortsat blive målt på behandlingskvalitet, patientoplevelse kvalitet og medarbejdertilfredshed, men ikke på patientens team, sammenhænge på tværs, vellykkede overgange og lignende mål, der kunne understøtte den nye organisering."

BESPARELSER, LEDELSESROKADER OG SAMMENLÆGNING AF AALBORG UH OG HIMMERLAND SYGEHUS

Medio 2014 samler koncentrationen sig om atter nye besparelser, en udfordrende fusion og ledelsesrokader. Dvs. i slutningen af april 2014 vedtog et flertal i regionsrådet, at Aalborg UH skulle overtage ledelsen af Sygehus Himmerland, som har matrikler i både Farsø og Hobro.

Der skal ikke i denne sammenhæng redegøres for de mange og detaljerede debatter i forbindelse med denne fusion. Vi skal nøjes med at fremhæve, at en hovedbegrundelse for sammenlægningen var og er et forsøg på at tiltrække og fastholde læger, som generelt er en mangelvare i Region Nordjylland. Denne optimisme hos politikerne blev imidlertid ikke helt delt af sygehusdirektøren på Aalborg UH, som udtalte følgende til Dagens Medicin:

"Man skal passe på med ikke at overdrive effekten. Ledelsen på Sygehus Himmerland har gjort et stort og godt stykke

arbejde for at få besat de ledige lægestillinger, og det lykkes ikke med et snuptag, blot fordi det bliver en del af Aalborg Universitetshospital. Det er stadig en meget vanskelig opgave, som venter os."

Der foregik i månederne herefter et stort og udfordrende arbejde med især tidsplaner og procesforløb, ledelsesmæssige organiseringer, nye placeringer af kliniske funktioner, service og administration samt ny MED-organisation for at få sammenlægningen af Aalborg UH og Himmerland Sygehus bragt til handling.

Næsten samtidig – dvs. primo maj 2014 – blev der indført såkaldt "Kvalificeret ansættelsesstop" på Aalborg UH. Det var nemlig ikke lykkedes at nedbringe hospitalets omkostninger til budgetniveau. Det var særligt medicin- og lønudgifter, som var steget nærmest eksplosivt. Den samlede prognose for de otte klinikker viste et merforbrug på ca. 70 mio. kr. Dette millionbeløb var dog eksklusive de store og stigende medicinudgifter, da Aalborg UHs ledelse ville løse dette problem særskilt i samarbejde med regionsledelsen.

En sådan udmelding retter selvsagt ledelsesblikket mod besparelser og drift, drift samt atter drift. Konkret betød det – udover ansættelsesstoppet – at en række andre tiltag blev iværksat. Der skal ikke redegøres for dette i detaljer, men f.eks. skulle alle medarbejdere afspadsere så meget som muligt frem for at få udbetalt eventuelt overarbejde. Med fusionen og presset på økonomien, herunder udfordringer med optimal drift og manglende besættelser af især overlægestillinger, blev det besluttet at ændre ledelsen i tre ud af Aalborg UHs otte klinikker.

Det betød nye personer på væsentlige nøglepositioner, (gen)opbygningen af nye relationer i de berørte trojkaer og opbygningen af en række nye relationer. Som vi så i fase 1, var der også i denne periode et stort pres på økonomi, drift og nu fusionshensyn, som ikke er direkte relateret til FLO, og som tager opmærksomheden væk fra udviklingen af FLO.

KOMPETENCEUDVIKLING

I 2014 blev iværksat en stor satsning på kompetenceudvikling direkte knyttet til bestræbelser på at forbedre effektive og sammenhængende patientforløb. Der er i denne forbindelse igangsat 30-50 udviklingsprojekter,

som kan trække på ekstern bistand til at udvikle metoder og processer, bl.a. baseret på relationel koordinering og LEAN. Det er et langsigtet arbejde, der tilsyneladende endnu ikke har sat sig spor i ledelsesarbejdet i klinikkerne med hensyn til at fremme FLO visionerne.

SPIRER TIL FORANDRINGER AF ORGANISATIONSKULTUR

Trods mange barrierer viser anden fase imidlertid spæde spor på FLO-præget kulturændring. Der har været talt en del om sammenhængende patientforløb gennem mange år i sundhedsvæsenet uden det for alvor har påvirket hospitalets siloprægede kulturer. Ændringer mod en slags FLO-kultur med stærk vægt på sammenhængende patientforløb på tværs af afsnit, specialer, klinikker, sektorer og politiske niveauer indebærer meget store udfordringer. Flere FVKC'ere peger imidlertid på, at der er tegn på en begyndende opblødning af grænserne mellem de faglige siloer inden for sygehuset (især klinikinternt). Dette kan illustreres ved følgende citater fra klinikchefniveauet:

"Jeg synes, at der i min klinik er noget kultur, der er begyndt at flytte sig. Specielt fra lægesiden. Hvor jeg kan få nogle henvendelser fra læger på, at de og de her patientforløb, synes vi, er komplekse, og det er et patientforløb, som vi gerne vil have dig til at se på med nogle overordnede strategiske termer, som er noget tværgående i huset."

"Jeg ser ikke den der overlæge problemstilling internt i vores klinik. Der er et lys, der er gået op for dem. Jeg synes generelt, de er meget med."

"Jeg synes, det er noget, der udvikler sig hen ad vejen. Jeg har haft nogle 'hanelefanter', som jeg sloges med. Men det er ved at blive bedre, og jeg synes, at jeg får mere og mere accept af at være en del af klinikken. Man føler sig mere og mere med. Man bliver mere og mere inkluderet. De ledende overlæger synes nu, at: "Vi skal lige have XX FVKC'er med."

Men kultur og magt spiller sammen i hospitalets meningsskabelse (sensemaking processer), som det f.eks. kommer til udtryk i følgende citat fra en ledende sygeplejerskes masterprojekt:

"Såfremt jeg skal leve op til forventninger om optimal

udnyttelse af personaleressourcer i forhold til visionen om gode sammenhængende patientforløb, kræver det, at jeg har et godt ledelsessamarbejde på tværs i klinikken. Nye ledelsesfora er ved at formes, og i den proces kommer vi til at forholde os til begreberne ledelse på tværs og det gode patientforløb. Vi har alle hidtil leveret de bedste patientforløb, vi kunne, ud fra de vilkår og den opfattelse vi hver især havde af det. Nu skal vi nå en vis form for fælles forståelse af vores patientforløb på tværs, så kvalitet og effektivitet sikres. I den sammenhæng er det en udfordring, at sammensætningen i ledelsesteamet er tværfaglig, og at nogle er tildelt mere ledelsesansvar og andre er fratrækt ansvar. Den ledende overlæge var tidligere leder for de andre i teamet, men sådan er det ikke mere".

NEGATIVE FLO-TONER HOS OVERLÆGERNE SKÆRPES PRIMO FASE 2 – OG DÆMPES ULTIMO 2014

De spæde tegn på nybrud i kulturen kan dog betragtes som krusninger på overfladen, når der sættes specifikt fokus på gruppen af overlæger. Som helhed blev lægernes negative tone forstærket i løbet af 2013 og første del af 2014. Til forskel fra de afsnitsledende sygeplejersker, som har haft differentierede vurderinger af FLO, optræder overlægerne som en meget enig gruppe. Tilmed har der været en udpræget konstans i deres kritik af FLO helt tilbage fra de første høringsrunder i foråret 2012.

I fase 1 holdt mange læger sig imidlertid tilbage fra åben kritik, selvom FLO er et direkte angreb på dybe værdier i deres professionskultur. Men den "organisatoriske tavshed" opløstes i løbet af efteråret 2013 og førte til åben konfrontation i begyndelsen af 2014.

For at manifestere deres utilfredshed med FLO havde overlægeforeningen inviteret til et såkaldt dialogmøde, som blev afholdt i januar 2014 på Hotel Hvide Hus i Aalborg. Mødetemaet var: "Status for Forløbsbaseret Ledelsesorganisering og Relationel Koordinering – hvor langt er vi nået – går det den rigtige vej?" Der deltog mellem 80 og 90 overlæger. Ledelsen stillede op med et ledelsespanel bestående af regionsdirektør, sundhedsfaglig rådgiver samt Aalborg UHs sygehusdirektør samt lægefaglig direktør. Overlægerne udgjorde et overfor FLO kritisk forum, hvor det, der fyldte mest, var overlægernes bekymringer

over og utilfredshed med manglende lægelig indflydelse i diverse ledelsesfora. Tilmed blev der udtrykt en dyb undren over det efter deres mening manglende fokus på at få mere lægefaglighed ind i klinikledelserne. Overlægerne opfordrede ledelsespanelet til at inddrage flere læger i de fora, hvor de strategiske beslutninger bliver taget. Herunder fremhævede lægerne, at der alene var ca. 15% af overlægerne på Aalborg UH, som på mødetidspunktet var repræsenteret i disse fora. Det blev i den forbindelse fremhævet, at alternativet ellers kunne blive: "at nogle af de gode drivkræfter blandt overlægerne inden længe kunne gå hen og blive godt trætte af situationen".

Flere fremhævede, at man som overlæge for let kommer til "at føle sig kørt af sporet, når tidligere mellemledere på lavere niveauer (læs sygeplejersker, red.) tager afsted for at deltage i planlægnings- og strategimøder." Det stod desuden højt på overlægernes ønskeseddel, at der kom større fokus på lægefaglighed. En overlæge beskrev det således:

"(...) med etableringen af de nye teams er det blevet sværere at vide, hvem der har ledelseskasketten på – og specielt ved operationsgangsledelse er dette et problem. Fra lægelig side savner vi indflydelse på at kunne skære igennem og få fastlagt, hvad der er den vigtigste prioritering for patienten. Er det vigtigst for patienten, at operationen havde det forventede outcome, eller er det vigtigst, at de ikke sidder for længe i venteværelset?"

Andre overlæger stillede spørgsmålstegn ved, om der overhovedet var brug for FLO for at sikre samarbejdet på tværs af specialer og afsnit. Det var et dominerende synspunkt blandt de fremmødte overlæger, at de allerede inden FLO arbejdede med både formelle og uformelle teams, som sikrede velfungerende patientforløb. Herunder blev de eksisterende kræftpakker betegnet som velfungerende succeshistorier. For dem var FLO ikke nogen succeshistorie, idet de ikke med FLO havde oplevet bedre tværfagligt samarbejde eller mindre ventetid for patienterne.

Lægernes negative 'sensemaking' fremgik ikke alene af dialogmødet, men kunne mærkes flere steder i organisationen. Bl.a. og især som modsætninger eller direkte professionskampe mellem ledende overlæger og ledende sygeplejersker. FLO bar således ved til et gammelt og klassisk magtspil i sygehusorganisationen og forstyrrede

dermed den 'forhandlede orden'.

På dialogmødet blev der fra ledelsespanelet åbnet op for, at udvide klinikledelsen og det udvidede klinikledelsesmøde med inddragelse af flere speciallæger. Men i løbet af 2014 viste det sig, at lægerne ikke prioriterer disse møder. Der er generelt lægemangel. Lægerne er i forvejen travle og for manges vedkommende overbebyrdede. Derfor prioriterer de ikke deltagelse i de udvidede klinikledelsesmøder. Dette fremhæves som en alvorlig mangel af en klinikchef, der udtrykker sig således:

"Man mangler at få fat i den brede overlægegruppe. Men det er svært at se, hvordan vi skal få dem involveret, de har ikke tid."

Dialogmødet i januar 2014 blev fulgt op af nok et dialogmøde i oktober 2014. Mødetemaet var: "FLO og universitetshospitalet – hvordan sikrer vi fremadrettet, at undervisningen og forskningen kan få rammer til at kunne varetages på et tilstrækkeligt højt niveau? Patientinvolvering og patientforløb – er vi på rette vej, hvordan kommer vi videre?"

I mødet deltog knap 70 overlæger, og ledelsen deltog med et panel bestående af regionsdirektør, sundhedsdirektør samt fra Aalborg UH sygehusdirektør og lægefaglig direktør. Ledelsespanelet startede mødet med korte indlæg. Fra regionsledelsen efterlystes især mødedeltagernes feed-back på, hvordan det var gået siden dialogmødet i januar måned. Imidlertid var det sparsomt med indlæg og diskussionslyst fra mødedeltagerne. Det var forskningsorganisering og uddannelsen af læger, som, kort fortalt, fyldte dialogmødet ud. FLO blev diskuteret uendelig lidt, og den voldsomme kritik fra det første dialogmøde var ikke at genfinde.

Når retorikken og beklagelserne over FLO var tonet ned på dialogmødet i oktober 2014 i sammenligning med dialogmøde 1 ca. 10 måneder tidligere, får det to fortolkninger af vidende nøglepersoner på Aalborg UH: a. At lægerne har oplevet, at FVCK'erne ikke er en trussel men en mulighed for at få hjælp til at facilitere, og at FLO måske ikke er helt så farlig eller truende, som først antaget.

Eller b. Apati og passivitet. Når det er oplevelsen, at FLO

ikke manifesteres og konsolideres i produktionskernerne, så ræsonneres der således ifølge en klinikchef: "Jamen, FLO ændrer jo ikke noget som helst – og FVCK'erne er ikke så farlige som forventet – så er det dét!" Denne måde at ræsonnere på skaber ifølge klinikchefen apati og passivitet i relation til FLO. – Understøttet af, at læger i vidt omfang arbejder, som de plejer at gøre.

Lægernes negative sensemaking kunne og kan mærkes flere steder i organisationen, bl.a. som modsætninger mellem ledende læger og sygeplejersker. FLO har således forstærket et eksisterende og klassisk magtspil i sygehusorganisationen og dermed virket forstyrrede på den forhandlede orden. Men der er tale om betydelige variationer mellem klinikkerne.

FLO får stadig skyld for mange ting, især på det operationelle niveau. Hvis der er noget, der ikke fungerer, så får man at vide, at det er FLO's skyld. Nogle aktører har ligefrem "samlet på dårlige historier om FLO" for at kunne bruge det i argumentation mod FLO, og FLO er i et vist omfang blevet et synonym for besparelser.

AFRUNDING PÅ FASE 2

Overskriften er egentlig misvisende. Aalborg UH befinder sig ultimo 2014/primo 2015 stadig i en fase 2, hvor 'trækkene trækkes op'. Men med rapport deadline medio januar stopper rekonstruktionen af forandringsforløbet i denne omgang her, selvom fase 2 på ingen måde er afsluttet. Det skal dog sluttelig fremhæves, at det i december 2014 blev bekendtgjort, at regionsdirektøren forlader sin stilling pr. 1. januar for at blive direktør for Rigshospitalet. Hermed forlader en væsentlig 'FLO-nøglespiller' regionen. Det bliver først nogle måneder ind i 2015, at ansættelse af ny regionsdirektør vil finde sted.

I forlængelse af fasebeskrivelserne skal der nu redegøres særskilt for FLO's møde med udvalgte aktørinteresser og kulturelementer.

KAPITEL 4

REAKTIONER OG SYNSPUNKTER PÅ FLO

4.1 REGIONS- OG HOSPITALSLEDERNE INTENTIONER MED FLO

Ifølge ledelsen i regionen initieredes de organisatoriske ændringer for at skabe en bedre patientbehandling. Det var først og fremmest ønsket om at levere *"en kvalitet der virker for patienterne"*. Ledelsen fremhævede i denne forbindelse, at udviklingen i det danske sundhedsvæsen i de sidste 25 år er gået i retning af større specialisering og centralisering, som har været god på mange måder, men på samme tid gjort det stadig vanskeligere at styre patientforløb. Hvad der er brug for nu, er en *"stærkere kundeorientering"* i sundhedsvæsenet.

Baggrunden for denne organisatoriske ændring var dels klager fra patienter dels en række koordineringsproblemer i sygehusorganisationen. Med den nye organisation, var det derfor vigtigt at opnå bedre patientforløb og bedre samarbejde mellem de medicinske specialer. Ledelsen i regionen understregede, at det ikke er nok at være medicinsk kvalificeret på eget felt. Det handler i høj grad også om tværgående kommunikation og sammenhæng på tværs af specialerne. Ellers er der en stor risiko for suboptimering. Lægerne skal nedtone deres *"individualisme"* til fordel for at lære at arbejde i teams. Det er derfor ikke nok at foretage strukturelle ændringer. Det kræver også *"mere dybtgående kulturelle forandringer"*.

Der var dog afvigende meninger i regionens ledelse om betydningen af økonomi og effektivitet i forbindelse med de organisatoriske ændringer. Ifølge den medicinske direktør, der er læge, var det ikke bare spørgsmålet om at forbedre kvaliteten men også at *"effektivisere organisationen"*.

Regionsdirektøren, som er økonom, hævdede dog, at ændringen ikke var rettet mod effektivisering. Efter hans opfattelse har der ikke været tale om nogle besparelseskrav, men *"udvikling inden for de eksisterende rammer"*.

I selve sygehusledelsen sporedes en vis tvivl, om det var det rigtige tidspunkt at starte denne større organisationsændring på. De henviste til en større omstrukturering inden for hospitalet for et par år siden, som betød, at hospitalet blev organiseret i fire kliniske centre. Desuden flytter hospitalet (via nyt sygehusbyggeri) til nye lokaler i 2020, hvilket også kan indebære organisatoriske forandringer. Hospitalsledelsen havde derfor helst ventet med større organisatoriske forandringer. Der var mange diskussioner om dette, men ledelsen i regionen havde allerede besluttet at udvikle en ny organisation for sygehusvæsenet i Region Nordjylland, som skulle initieres pr. 1. januar 2013.

Ifølge hospitalets ledelse var de vigtigste drivkræfter bag de organisatoriske ændringer at forbedre kvaliteten af patientbehandling og pleje gennem øget procesorientering, men også at opnå større fleksibilitet i udnyttelsen af sengekapaciteten, der kan føre til større økonomisk effektivitet. Deres motivation i forbindelse med de organisatoriske ændringer var således at opnå en bedre behandlingskvalitet i kombination med designet af *"en struktur, som man økonomisk kunne tro på."*

UDFORMNINGEN AF DEN NYE ORGANISATION

Med udformningen af den nye organisation har regionsledelsen med egne ord haft hovedfokus på *at frigøre sig fra de klassiske afdelingsstrukturer, og forsøge at binde de forskellige medicinske specialer sammen på en "logisk" måde, der kan muliggøre mere sammenhængende*

patientforløb. Regionsledelsen har ladet sig inspirere af andre sygehuse i Danmark og internationalt, samt af de nationale forløbsprogrammer for kræft og hjertesygdomme. Men den nye organisation betegnedes som helt unik. *“Der er ikke noget lignende andre steder”,* lyder topledelsesvurderingen.

Ifølge hospitalsledelsen har der været kliniske såvel som organisatoriske og lokale hensyn at tage, når forskellige specialer skulle kobles sammen til otte klinikker. Det har betydet en række kompromiser, hvilket har medført, at *“nogle koblinger er ganske traditionelle, mens andre er mere innovative.”* Både regionsledelsen og hospitalsledelsen gør opmærksom på, at klinikstrukturen ikke er helt ideel. De kan derfor forestille sig, at det *“efter en prøveperiode”* kan ændre sig.

Udover en ny klinikstruktur initierer de organisatoriske ændringer en ny ledelsesstruktur på universitetshospitalet. Klinikkerne vil blive ledet af en *“trojka”* bestående af en klinikchef og to viceklinikchefer, den ene med ansvar for patientforløb og den anden med ansvar for HR. Under sig har klinikledelsen de ledende overlæger fra de forskellige specialer og derudover afsnitssygeplejersker, der er ansvarlige for klinikens forskellige afsnit, såsom sengeafsnit eller ambulatorier. Selve patientbehandlingen skal organiseres i form af forskellige teams. Dvs. ledergrupper af overlæger og afsnitsledende sygeplejersker, professionelle teams inden for eller på tværs af specialer, samt teams omkring patienter eller patientforløb. Udbygningen af disse teamstrukturer pågår, men de forskellige klinikker befinder sig på forskellige udbygningsstadier, afhængig af *“hvor store opgaver de har skullet løse.”*

En høj forventning og et stort fokus i den nye organisation rettes fra regionsledelsen mod viceklinikcheferne med ansvar for patientforløb. Inspirationen til denne helt nye jobkategori er hentet fra de nationale forløbsprogrammer, som har særlige forløbskoordinatorer. Regionsledelsen har set en række fordele ved disse viceklinikchefer med ansvar for koordinering af patientforløb, men det er også vigtigt *“at gøre dette til en ledelsesopgave”.* Derfor indgår denne nye jobfunktion i klinikledelsen. De har til opgave at *“tænke på tværs”* i patientforløbene. Det var regionsledelsens vurdering, at disse nye viceklinikchefer vil udvikle sig til at blive *“en stærk gruppe, som der kan komme rigtig meget godt ud af.”*

Ifølge hospitalsledelsen har de forløbsansvarlige viceklinikchefer dog endnu ikke fundet deres rolle. Dette hænger ifølge hospitalsledelsen sammen med en diskussion om, det skal være læger eller sygeplejersker, som agerer patientforløbsansvarlige. Den oprindelige idé var, at disse forløbsansvarlige skulle være læger. Men da stillingerne blev annonceret, var der kun ganske få læger blandt ansøgerne. Da stillingerne herefter blev besat (de fleste med sygeplejersker), var der mange læger, der reagerede kraftigt, fordi det gik op for dem, at de ledelsesmæssigt skulle være underordnet denne viceklinikfunktion alias disse sygeplejersker. Denne modstand har hæmmet udviklingen af disse forløbsansvarlige lederes situation. Sygehusledelsen har forsøgt at støtte dem på forskellige måder, fx gennem klare jobbeskrivelser og en række *“mindre pilot projekter”* for at forbedre patientforløbene.

Et andet centralt element i den nye organisation var at forbedre kontakter og samarbejde med primærsektoren. Rationalet er, at *“patientforløb vil fortsætte i den primære sektor.”* En af de otte klinikker, Klinik Akut, er blevet udset til at være hospitalets knudepunkt for samarbejdet med kommunerne og de praktiserende læger. Imidlertid har det været hospitalsledelsens prioritet, *“at få de interne organisatoriske ændringer og patientforløb til at fungere, før vi begynder at arbejde med eksterne forbindelser.”* En mere intensiveret udbygning mellem universitetshospitalet og primær sektor blev derfor sat på stand by i 2013.

Det, som savnes i den nye organisation, er en finansiell styring og opfølgning af patientforløb, men det lader sig ikke gøre med de eksisterende økonomiske/finansielle systemer. Ifølge hospitalsledelsen er der *“ingen økonomiske incitamenter til at udvikle processerne.”* De finansielle kontrolsystemer er (stadig) forankret i de enkelte organisatoriske enheder, og *ikke* i patientstrømme og forløb. Derfor fremhæver regionsledelsen, at de forløbsansvarlige viceklinikchefer bør have egne penge til deres rådighed, *“så de kan købe ressourcer til at imødegå flaskehalse”.* Dette ville også give dem større magt og indflydelse i organisationen. Regionsdirektøren har i den forbindelse overvejet en slags *“abonnementsmodel”*, som består i at give ressourcer til grundlæggende drift og derefter betale ekstra for *“det gode patientforløb”.* Det fremhæves som en mulig udviklingsvej på længere sigt.

PROCESSEN FOR AT GENNEMFØRE FORANDRINGEN

Den nye organisering af universitetshospitalet blev ifølge ledelsen udformet efter mange og lange diskussioner især med den medicinske profession, men også med andre faggrupper. Både regionens ledelse og hospitalsledelsen har været involveret i disse drøftelser. Det har været en lang proces, hvor det var vigtigt at blive enige om, at den grundlæggende struktur skulle indrette sig efter patientstrømmene, mere sammenhængende patientforløb og patientteams. Efter (på interviewtidspunktet) ni måneders forandringsarbejde, blev det konstateret, at de overordnede klinikstrukturer nu var på plads, men tilbage står, som én af hospitalslederne udtrykte sig: *“At lave et strukturprojekt til et kulturprojekt”*.

Både den regionale ledelse og hospitalsledelsen havde ikke oplevet nogen større generel modstand mod forandringerne fra de ansatte på hospitalet. Til gengæld har der været en klar modstand fra ledende overlæger. Dette skete dog relativt sent i forandringsprocessen. Der var ikke så meget modstand, da selve forslaget med den nye organisation blev præsenteret, var vurderingen fra ledelsen. Oppositionen indfandt sig for alvor efter den nye organisation blev initieret, og lægerne indså, at ansvarsfordelingen betød, at sygeplejersker kunne blive deres ledere. Det har *“skabt mere bekymring på ledelsesniveau, end i de øvrige dele af organisationen, hvor man opererer helt uafhængigt af den nye ledelsesstruktur”*.

Samtidig med de organisatoriske ændringer, er hospitalet også blevet et universitetshospital. Det indebærer bl.a. øgede investeringer i den kliniske forskning samtidig med hele planlægningen af de nye lokaliteter/helt nyt hospitalsbyggeri, som skal stå færdigt i 2020. *“Design af lokaliteterne er meget vigtigt for patientforløbene, så det kræver, at de udformes på en bestemt måde.”* Det indebærer ifølge ledelserne flere forskellige forandringsprocesser, som hænger sammen på komplicerede måder. Det skaber især et stort behov for at følge op på og evaluere den pågående organisationsændring. Det er i denne sammenhæng vigtigt at afklare succeskriterier og at udvikle metoder til måling af forskellige procesindikatorer og effekter af forandringen. Det indebærer en (løbende) *“temperaturmåling”*, som bør ske i dialog mellem regionsledelsen og universitetshospitalet.

4.2 REAKTIONER FRA LEDENDE OVERLÆGER

“Jeg vil gerne sige, at det er den mest elendige proces, jeg nogensinde har oplevet. Vi sidder her, som uddannede læger, og har en helt anden uddannelse, og man kan bare sidde og gennemhejle det hele. Jeg fatter ikke, hvordan man kan lave sådan en proces uden at inddrage. Enhver ved jo, og vi kan læse det i alt vores teori, at det er jo ikke den måde, vi forandrer verden på. Det er jo ikke ved at sparke en kæmpe gruppe ud, som vi jo blev, og vi har så kæmpet os tilbage, det er så noget andet, synes jeg.”

Indledningscitateret er fra en ledende overlæge, der fortæller om sin oplevelse af FLO. Citatet skal give et første indblik i de ledende overlægers perspektiver på FLO og de radikale planlagte forandringer ved Aalborg UH. Som citatet illustrerer, så fornemmes der fra starten af fokusgruppeinterviewet en meget tydelig agenda fra overlægernes side. De har meget på hjerte: *“Uha jeg kunne sige rigtig meget nu, men jeg vil prøve at begrænse mig.”* De er meget kritiske: *“for det er simpelthen så inkompetent.”* Lægerne fremstår meget enige i deres kritik og fremførelsen af den.

HVORFOR FLO?

“Altså det helt store spørgsmål, som folk de stadig har, det er: Hvorfor?”

Alle overlægerne giver ganske eksplicit udtryk for en undren over, hvorfor FLO skulle implementeres. De finder ikke noget *“epokegørende”* i, at det er patienten, der skal i centrum og forklarer, at sådan har det altid været: *“så når de kommer og siger, at det er patienten i centrum, så siger vi: Ja og? Hvad er det nye i det?”* Dette får en anden til at erklære, at der med FLO *“simpelthen [er] tale om kejserens nye klæder”*. En tredje fortæller, at det mest provokerende har været, at man har defineret et problem ud fra, hvad der *“lyder godt politisk”*, og at man altid har arbejdet teambaseret. Han forklarer, at alle eksempler på velfungerende patientteam viser, at ideerne, beslutningerne og fornyelserne er groet nedefra, hvorfor ideen med den forløbsansvarlige viceklinikchef ikke understøtter patientens team.

Overlægerne har svært ved at se nødvendigheden af og meningen med FLO, blandt andet fordi de oplever et misforhold mellem de argumenter, der er for FLO (bedre

patientforløb) og FLO's reelle virke og fokusområde. De er frustrerede over, at argumentet for FLO var, at man skulle optimere patientforløb, når de modsat oplever et entydigt fokus på ledelse. En overlæge konkluderer i den sammenhæng, at *"man er fuldstændig ligeglad med patienterne."* Flere peger på FLO som meget uklar i forhold til beskrivelser af, hvad der forventes af den ledende overlæge i FLO. En overlæge siger, at det vil hjælpe ham rigtig meget, hvis han havde klarhed over, hvordan man forventer, at han skal arbejde med FLO, *"for så ville det også være nemmere at arbejde med. Så kunne man sige: Det er dét her, der er meningen med det."*

Gang på gang fremhæves det som en svaghed ved FLO, at man har valgt at betragte deres hospitalsvæsen som en *"ensartethed"*. En overlæge udtrykker det således:

"[...] nu laver vi one size fits all, og så skal alle opgaver presses ind i, uanset om man er kirurg eller mediciner eller røntgenlæge eller reumatolog. Det giver jo ikke mening for os."

Overlægerne fortæller, at det er opgaven, der skal *"sætte"* organisationen, og at man med FLO har gjort det modsatte; man har lavet en struktur, der skal løse opgaven, i stedet for at lade opgaven bestemme strukturen. Derfor mener en af overlægerne, at der er en indbygget modsigelse i FLO, og at man er gået imod hele fundamentet i FLO, hvilket er, at: *"patienten skal definere teamet, altså opgaven skal definere teamet."*

FLO OG PROBLEMER MED SUNDHEDSLOVEN

"Vi har fået flere ansvarsområder, men vi har samtidig fået frataget bemyndigelse til at varetage det ansvar, vi har. Det er det, der er sket."

En overlæge fortæller, at FLO helt fra starten havde indbyggede problemer i forhold til sundhedsloven og lægeloven, og at tanken med FLO havde været, at afsnitsledende sygeplejersker og ledende overlæger skulle *"stå helt på niveau."* Efterfølgende fandt man ud af, at der således ikke var en til at tage det overordnede ansvar. Det fremhæves, at: *"det lægefaglige ansvar det ligger hos os, der sidder her om bordet – altså i vores afdelinger."* Denne problematik gik dog først op for *"dem"* på et sent tidspunkt, selvom det var blevet nævnt i høringsfasen. Derfor var folk sat ind i de nye stillinger, da der pludselig kom et sammenstød med nogle lovbundne ting, som man blev nødt til at ændre på.

Problematikken omkring sundhedsloven er et godt billede på et gennemgående tema i interviewet med overlægerne. Det faktum, at FLO fra starten gik imod sundhedsloven, er – ifølge overlægerne – et helt håndgribeligt eksempel på, at der har været mange *"dagsordener"* med FLO, hvoraf en af dagsordenerne har været, at man har villet deres sundhedsfaglige indflydelse på det strategiske niveau til livs (jf. citat nedenfor). Det påpeges desuden, at det er derfor, at man har valgt at implementere FLO som en *"udpræget top down proces."*

FLO – "MAN VIL STÆKKE DET LÆGEFAGLIGE"

"Vi har oplevet, at Muusmann er blevet bestilt til at slå os ihjel [...] det hele kommer top down. Det er bare det, man vil have, og som jeg ser det, så er det en strategisk organisatorisk eliminering af den sundhedsfaglige indflydelse på det strategiske niveau. Man vil professionalisere ledelse defineret som lederuddannelse, der ikke nødvendigvis har nogen fagkobling."

Ovenstående citat er meget dækkende i forhold til en fælles holdning blandt overlægerne om, at deres sundhedsfaglige indflydelse får mindre betydning i den nye struktur. En anden overlæge udtrykker det også ganske uopfordret i interviewet:

"Jeg vil da gerne tilslutte mig koret omkring det der med, at man sidder med den der fornemmelse af, at det her i virkeligheden handler om noget andet. Blandt andet at ryste det ledelsesmæssige træ og se, hvor mange læger der falder ned. Og det er jo sådan en fagprofessionel kamp i virkeligheden, som jo kom ude fra regionen af et eller andet sted. Så man kan se predator versus alien eller Djof 'er versus læger."

Lægerne oplever FLO som en uønsket forandringsproces, der er blevet dem påtvunget udefra. Således er FLO blevet et symbol på en udefrakommende indblanding, der har til formål at mindske lægernes indflydelse og beslutningskompetence.

En overlæge forklarer, at manglen på den sundhedsfaglige indflydelse netop er en svaghed ved FLO, og at der derfor opstår *"dekobling på dekoobling"* i organisationen, han uddyber:

"Der er ingen vision, ingen fælles værdier, der er ingen fælles evne til at se, hvad det går ud på. Hvorfor fanden er det, at de ændrer på det? Vi driver et sygehus for syge mennesker."

Det vil sige, at sundhedsfaglighed skal stå aller aller øverst, når man skal konsultere og finde løsninger, og det har man dekoblet sig fra."

Det bliver således tydeligt, at han især henviser til, at de som faggruppe føler sig dekoblet fra blandt andet beslutningsniveauet. En anden overlæge støtter op: *"Man har afkoblet fagligheden [...]".* Den faglige kvalitet er vigtig for lægerne og deres faglighed og er ofte omdrejningspunkt for lægernes fortællinger i forhold til deres møde med FLO. I lægernes optik synes deres faglighed at være et symbol på eller synonymt med magt og indflydelse til at kunne bestemme, hvad der er det bedste for patienten. Som en af overlægerne udtrykker det ganske eksplicit og uopfordret til allersidst i interviewet: *"Vi skal tilbage til det faglige. Det skal være det lægefaglige, der bestemmer. Så skal vi nok nå alt muligt. Så skal vi nok blive ligeså gode som Aarhus. Men vi skal have lov til det."*

BUSINESS AS USUAL - MEN MANGE MØDER!

"Hvordan vi klarer hverdagen, ja øh... jeg er egentlig godt tilfreds på min afdeling, fordi der er respekt for, at det er lægen, der har det endelige ansvar, jeg har det endelige ansvar. Jeg har de samme afsnitsledende sygeplejersker, som jeg havde før. Det gør, at der ikke er ændret noget som helst, og det er der ikke interesse i (griner) – så vidt jeg ved. Så jeg tror, det er den måde, at det bedst kører på. Men det betyder så også, at FLO er bare kommet som et lag ovenpå. Jeg mærker ikke FLO."

Det er særligt i den daglige praksis, at vi kan se, om FLO bliver implementeret og får betydning for, hvordan hverdagen fungerer. Her bliver det tydeligt, at der er en dobbelthed i lægernes fortællinger om og reaktioner på FLO. Som tidligere nævnt er lægerne nemlig meget kritiske, men især en af overlægerne beskrev også, hvordan han, som ledende overlæge, fik det til at fungere i hverdagen. Når de andre overlæger så igen blev kritiske, så var han også straks tilbage på den kritiske agenda.

Det fremhæves, at implementeringen af FLO har medført en ekstrem stigning i mødeaktiviteten, hvilket har medført, at mange medarbejdere har fået fjernet opmærksomheden fra deres *"kerneopgaver"*. Derfor har de ikke tid til at fokusere på organisering og reorganisering samt koordinering af deres specialer med andre specialer. En anden overlæge forklarer: *"Vi kan ikke udvikle os så meget mere. Vi kæmper for at lave gode patientforløb, men vi kan ikke udvikle dem."*

Overlægerne er som sagt meget kritiske og har meget kritiske fortællinger. Men som citatet i indledningen til dette tema illustrerer, så er der under al kritikken også fortællinger om, hvordan de alligevel får det til at fungere i hverdagen. I ovennævnte citat fortæller en af overlægerne, at han ikke mærker meget til FLO i sin hverdag og i sin faglige praksis. Han gør, som han *"plejer"*, og han er ikke den eneste, der forsøger at opretholde de gamle rutiner. Nogle har forsøgt at tilpasse FLO til deres hverdag ved at forhandle sig frem til deres *"egne modeller"*, og to af overlægerne fortæller: *"Jeg kan ikke have FLO på min afdeling, så jeg har en egen model"* og den anden: *"Jeg tror, at hvis du spørger lægerne på sygehuset, så er det ligesom, det plejer at være. Det er da også ganske interessant med al den ballade her, og det er jo fordi, at vi skærmer af, det gør vi jo rigtig meget."* En tredje overlæge forklarer ligeledes, at FLO fungerer udmærket på hans klinik, men fremhæver, at det blandt andet skyldes, at flere i ledelsen er fortsat i nogle af deres tidligere roller.

Det er på *"afdelingsniveauet"*, at de gamle rutiner ifølge lægerne lader sig opretholde. Således pointeres det flere gange:

"Jeg tror, at på det udførende niveau - blandt de læger og sygeplejersker som tager sig af patienterne i det daglige - så gør de det jo, som de altid har gjort [...] og så bliver det egentlig den der forhandlede orden, som redder det. Det er dét, der bliver førstehjælpskassen her. Men for os i ledelseslagene, så er det en daglig kamp, fordi [...] der er en enorm koordination, som ikke er ordentlig tænkt ind i strukturerne. Man skal simpelthen konstant holde møder med Gud og hver mand for at få tingene til at køre."

Desuden fremhæves det, at udviklingen går i en retning hvor: *"det er tiltagende vanskeligt, men vi prøver at køre business as usual for de indlagte patienter."* En af overlægerne fremhæver i denne sammenhæng, at det jo ikke er godt nok, at de gør som de plejer, at FLO gerne skulle bringe dem videre: *"Men i stedet for så fortsætter det uændret [...] jeg kan i hvert fald ikke se, at patientens team er blevet forbedret."* Indholdet af FLO og tilpasningen af FLO til den allerede eksisterende sociale orden er til konstant forhandling mellem aktørerne. Der anlægges forskellige greb i forhold til at kunne udføre de daglige opgaver.

"SYGEPLEJESTYRET"

"Jeg har siddet i møde med nogle af dem, og det er både læger og djøf'ere, og de siger, det er et sygeplejestyret sygehus. Det synes jeg faktisk er meget præcist, for det betyder, det er meget denne der cirkulære tænkning: Det er synd for dig, og det er synd for dig. Derfor bliver der ikke taget de beslutninger, der bliver ikke eksekveret [...] Men vi bliver ligesom bare skubbet væk, og så skal vi være så gode venner og tage hinanden om halsen, og det kan man ikke lede et hospital med. Vi er et hospital for patienter, vi er her da ikke for dig og mig og os."

Citatet illustrerer, at lægernes fortællinger gang på gang vender tilbage til den nye arbejdsmæssige relation til de afsnitsledende sygeplejersker. De føler sig føler sig *"out numbered,"* og mener, at sygehuset er blevet *"sygeplejestyret"*. Deres arbejdsgange er blevet besværliggjort som følge af, at de ikke længere kun har én oversygeplejerske at koordinere deres arbejde med. En af overlægerne forklarer det således:

"[...] der skal vi nu sidde og bokse med dem alle sammen [de afsnitsledende sygeplejersker] [...] så skal man have dem alle sammen hver for sig til at forstå, hvorfor det er vigtigt, at det nu bliver gjort på denne her måde, [...] og der er så seks indvendinger."

En anden fortæller, at han indirekte stadig har utrolig meget indflydelse, hvorfor han på en eller anden måde stadig har den *"endelige magt"*. Men da denne magt ikke er *"på papiret"*, så er det ikke en form for magt, han kan acceptere og være tilfreds med: *"det har også noget at gøre med signalværdien"*, forklarer han. Som beskrivelserne ovenfor også viser, så føler lægerne, at de har fået frataget noget af deres magt og beslutningskompetence, og problematikken angående den udvidede klinikledelse bliver igen bragt på banen. Her viser det sig at overtallet af sygeplejerskerne i dette forum reelt ikke er noget problem fordi, der *"alligevel ikke bliver besluttet noget til de møder."*

Som citatuddraget hentyder, så synes problematikken omkring den udvidede klinikledelse, mere at være et som symbol på den forvridning, der ifølge lægerne er sket i magtforholdet mellem lægerne og sygeplejerskerne, end det er et reelt problem i hverdagen. Det, lægerne giver udtryk for, er, at faggrupperne har forskellige opfattelser af, hvad god faglig praksis består i. Kvalitet og god faglig praksis synes at være emne for konstant forhandling mellem overlægerne og de afsnitsledende sygeplejersker.

DEMOTIVATION

"Man er ligesom den, der sidder lidt nede i sumpen med proppen og ser bare, hvad der sker. Jeg kan ikke styre sygeplejegruppen. Sådan på det personlige plan har jeg det fint med dem. Men jeg mærker også, når de har været til møde i deres sammenhæng, så kommer der lige pludselig nogle kanter, som man bare ikke skal røre ved. Så bliver der edderma'me ledet op, hvis man rører ved noget der, og hvor kan du gå hen med det? Det sidder du helt alene med. Skal man også til at kæmpe på den front? Pas siger jeg bare. Så sådan ligeså stille, luften går ud af én."

Flere af overlægerne fortæller, at det, at man med FLO har delt ansvaret, som før lå hos afdelingsledelserne, det har medført, at ingen tager ansvaret. Derfor er flere af lægerne begyndt at sige: *"Fint nok, det er ikke mit ansvar."* En overlæge forklarer, hvilke konsekvenser implementeringen af FLO er ved at få for hospitalet og patienten: *"Det er i virkeligheden det værste for patienterne, at den glød vi har i vores dynamoer, den er ved at blive slukket lige så stille [...] kulturen vil blive præget af en resignation. Det er det mega store problem."*

I sammenhæng med ovenstående er det relevant at fremhæve, at overlægerne desuden gav udtryk for, at det ikke var legitimt at tale negativt om FLO og kritisere. En af overlægerne forklarer således, at hvis de begynder at tale om, at FLO ikke fungerer, så får de at vide: *"at nu er vi defaitister og at vi modarbejder [...] hvis vi ytrer os negativt om FLO, jamen så er vi persona non grata"*. En anden overlæge uddyber: *"du bliver simpelthen fravalgt til ting og sager"*, hvis man ytrer sig kritisk om FLO.

FLO OG DEN NYE LEDELSESORGANISERING

"Man har lavet et kæmpe vat lag, og problemet er, at de kan så ikke engang finde ud af at lede op ad. Og det allerværste ved det, aj allerværst ved jeg ikke, der er så meget, der er allerværst. Jeg synes virkelig, det er slemt, at man kan sidde som klinikledelse, og at de ikke kan finde ud af at lede op ad. Og så får man sådan en disharmonisk struktur, og så har man lavet en asymmetrisk struktur, hvis man ser på det rent ledelsesmæssigt. Jeg fatter ikke, hvordan kan man gøre det."

Som citatet illustrerer, så er overlægerne meget kritiske overfor den nye ledelsesstruktur, som er blevet implementeret i forbindelse med FLO. Især står klinikledelsen for skud og bliver beskrevet som et *"kæmpe lag vat"* mellem de ledende overlæger og hospitalsledelsen.

Overlægerne fortæller, at klinikledelsen har medført, at deres *"afstand som ledere er blevet større til sygehusledelsen."* De ledende overlæger har været vant til *"at gå til toppen"*, og har nu fået en klinikledelse, som ifølge lægerne ikke formår at lede op ad og *"banke igennem til hospitalsledelsen."* Klinikledelsen bliver beskrevet som ikke tilstedeværende: *"Vi ser ikke vores viceklinikchefer, vi hører dem ikke, vi ved ikke noget om, hvad de laver."* Derfor har flere lavet deres egne arbejdsgange, som blandt andet er at styre uden om klinikledelsen og gå direkte til hospitalsledelsen (jf. citat nedenfor):

"Nu har det taget os lang tid at aflære, at vi ikke har en ledelse [klinikledelsen], for den hjælper os ikke. Vi skal lede uden om dem. Det er faktisk et kæmpe problem, og det har taget lang tid at lære, at der sker ikke noget. Man tror, der sker noget strategisk, men det gør der ikke. Og man kan også spørge; Hvordan pokker har man rekrutteret til de stillinger? Hvilke kriterier har man brugt? Dem der var billigst at genansætte altså. Før det var sådan en hel anderledes ledelse. Det har taget tid at finde ud af, at vi skal styre rundt om ledelsen. For de hjælper ikke med noget."

Kritikken går også på, at klinikcheferne er for langt fra problemerne til at kunne løse dem. Her er det især viceklinikcheferne, som lægerne peger på som *"fuldstændig overflødige"*, herunder særligt den nye ledelsesfunktion som er indført med den forløbsansvarlige viceklinikchef. En overlæge uddyber: *"vores forløbsansvarlige de har jo ikke ansvar for noget."* Gode patientens teams skal ifølge lægerne *"gro nedefra."* Patientens teams er ikke noget, man kan arbejde med i topledelsen, de skal gro ud af virkeligheden, ud af dem der har *"fingrene i bolledejen"*.

Klinikledelserne gør det desuden vanskeligt for overlægerne at løse deres opgaver, fordi *"klinikledelsen hele tiden har en holdning til, hvordan det skal gøres."* Lægerne fortæller, at det alligevel altid er dem selv, der ender med at skulle løse problemerne i sidste instans, fordi klinikledelsen netop er for langt fra problemerne til at kunne løse dem. Lægerne mener ikke, at problemet med klinikledelserne er overvejende personafhængigt. Det fremhæves igen, at det overordnede problem er den tredelte ledelse, hvor to af dem - ifølge lægerne - er fuldstændig overflødige.

4.3 REAKTIONER FRA AFSNITSLEDENDE SYGEPLEJERSKER

"Det er positivt, at hvor vi før havde medansvar, der har vi nu ansvaret."

Indledningscitatet skal illustrere, at flere af sygeplejerskerne på mange områder er begejstrede for FLO. En sygeplejerske fortæller således, at det var godt, at oversygeplejerskefunktionen blev nedlagt, fordi der er blevet kortere fra de afsnitsledende sygeplejersker op til klinikledelsen. En anden sygeplejerske nævner også oversygeplejersken og fortæller, at han havde frygtet at skulle undvære hende og funktionen. Han er dog enig i, at deres direkte kontakt til de øvre ledelseslag samt deres deltagelse i strategisk ledelsesforum gør, at de bedre kan *"påvirke og flytte"* noget i organisationen og tilføjer: *"Jeg synes, at mit job er blevet mere interessant [...] Jeg synes, det er enormt inspirerende at være med til."* Andre fremhæver desuden et godt teamsamarbejde og specialeledelsesteamet i den multidisciplinære form som et positivt *"islæt"*.

Samtidig med de positive fortællinger om FLO dukker der også negative og demotiverende fortællinger op. En sygeplejerske siger således: *"De ødelagde noget, der fungerede, og nu løber vi rundt som høns uden hoveder og leder efter hinanden for at få samarbejdet."*

En anden fortæller ganske umotiveret gentagne gange, at han føler sig *"dybt ensom"* i sin hverdag. Det fremhæves generelt, at FLO har været uheldig at falde sammen med hårde økonomiske tider, hvorfor der de sidste to år har været et meget stort fokus på, at de skal finde besparelser *"samtidig med, at man booster kvaliteten og kravene."* En *"negativ ting ved FLO"* er desuden, at forandringerne har medført *"endnu mere topdownledelse og økonomistyring."*

EN SKJULT DAGSORDEN?

"Men jeg opfatter det ikke som noget negativt på den måde, at der er en skjult dagsorden. Det er reelt nok, at man vil opdatere ledelse [...] Man har ønsket at understøtte ledelse som ledelse, og så ser man effekterne af det nu her et års tid efter. Et eller andet sted, så er det sådan, det bliver nødt til at være, måske er det også godt nok. Men selvfølgelig er det en hård proces for dem, det går ud over."

I citatet ovenfor fortæller en sygeplejerske, at han opfatter FLO som noget, der er blevet implementeret, fordi der har

været et ønske om at lægge mere vægt på ledelse frem for det at være kliniker. At der har været en *"skjult dagsorden"* med FLO er en fælles holdning hos sygeplejerskerne. En anden forklarer, at det har været meningen med FLO, at der *"er røget nogle hoveder"*, hvorfor der har været en del udskiftning på nogle ledende overlægestillinger. Det fremhæves ligeledes, at man med FLO og ændringen af strukturen i virkeligheden har ønsket en ændring af kulturen. FLO har været *"lagt frem, som at det er fordi, man vil det gode patientforløb"*, men flere ytrer, at man sagtens kunne have opnået den *"vision"* i den gamle organisering. En af sygeplejerskerne tilføjer desuden, at det er *"svært at spise noget, hvor jeg tænker, at det var en anden dagsorden."*

Sygeplejerskerne fortolker meningen med FLO og tillægger et meningsindhold der lægger sig godt op af lægernes udmeldinger om, at man med FLO har villet *"stække det lægefaglige"*. Ifølge sygeplejerskerne har man villet professionalisere ledelse, og det forklares, at man har villet rydde op i den gamle ledelse med en direkte reference til, at der har været en del udskiftning på overlægestillinger. De ledende overlægers oplevelse af at man har villet deres lægefaglige indflydelse til livs, bringes således igen i spil og understøttes af sygeplejerskernes opfattelser af, at der er *"røget nogle hoveder."*

HVAD ER PATIENTENS TEAM?

"[...] jeg har ikke fundet ud af, hvad det [patientens team] er endnu. Det er der rigtig mange i vores klinik, der ikke har. Vi har prøvet at snakke om det til temadage og sådan noget. Jeg prøver nogle gange lidt at være den frække i klassen og sige: Jeg forstår det altså ikke, hvad det er, og det tror jeg, der er mange om bordet, der ikke gør."

Udgangspunktet for FLO er det sammenhængende patientforløb og patientens team. Men som citatet ovenfor viser, hersker der stor usikkerhed om selve begrebets betydning og om, hvordan man helt konkret skal gribe arbejdet an. Flere ved ikke, hvad *"patientens team"* er, og en sygeplejerske mener, at *"det er noget pop"*. Der opstår forskellige meningsdannelse og værdiladede fortællinger i forsøget på at skabe mening med begrebet. En anden sygeplejerske forstår patientens team således:

"Jeg tænker, at det er et pseudobegreb, fordi at hele den beskrivelse af, at patienten skal være ligeværdig medspiller i et team, det er fuldstændig urealistisk. Man kan godt have

en mening om, hvad det er, man vil, men de kan da ikke have en mening om, hvad det er for en behandling[...]"

En tredje fortæller, at patientens team ofte mistolkes som patientinddragelse, og en tredje eksemplificerer patientens team ved at fortælle, at der i hans klinik er blevet arbejdet med involverende stuegang.

I forhold til teamsamarbejde med lægerne, så fremhæves kulturelle forhold også direkte som en problematik. En sygeplejerske udtaler således:

"Jeg synes, det er lidt et problem, det der med at man har været overlæge, og aldrig nogensinde har været en teamspiller. Jeg tror ikke, det er uvilje. Når man har arbejdet så mange år alene og været vant til selv at tage beslutningerne, så pludselig skal man ind og lytte til andre. Der ligger også lidt øvelse for nogen. Vi er jo som sygeplejersker optrænet i det helt tilbage fra sygeplejeskolen. Vi er optrænet i at spille ind i en gruppe og være teamspillere."

En af de andre sygeplejersker fortæller også om et møde, han tidligere var indkaldt til. Mødet handlede om teamstrukturen. De afsnitsledende sygeplejersker mødte op til mødet, men der var ikke en eneste læge til stede, og *"det fortæller jo også noget om, hvad det er, man prioriterer i sin dagligdag."*

Til slut fremhæver en sygeplejerske, at dét han oplever som udfordringen i forhold til at lave mere *"teamsamarbejde"*, det er, at de har manglende tid til at mødes. Han uddyber, at deres overlægegruppe er så *"spændt for"*, at der simpelthen ikke er tid til at møde i fora, *"[...] og det er virkelig reelt. De kommer en halv time for sent, og så går de, fordi der bliver ringet efter dem. Jeg oplever ikke, at det er mangel på vilje, at de ikke vil være med til det. Lægerne er hos os hængt op på meget store krav til drift, og det, tror jeg, gælder generelt."* Som det er tilfældet her, udtrykkes der ved flere lejligheder en stor forståelse for lægernes situation, men det får ikke de afsnitsledende sygeplejersker til at rykke på deres egne jurisdiktioner.

DE GAMLE STRUKTURER?

"Jeg synes ikke, at dagligdagen har forandret sig, for det er stadigvæk på vores niveau omkring patienterne, det hele det udspringer sig."

Sygeplejerskerne er overordnet enige om, at de gamle strukturer stadig eksisterer flere steder, og at der derfor er tale om en form for business as usual, hvilket lægerne også gav udtryk for. Ovenfor fortæller en sygeplejerske om hverdagen i sit afsnit, og han er ikke den eneste, der oplever, at hverdagens rutiner på mange måder stadig er de samme. Således siger en anden: *"Jeg synes stadigvæk, at de gamle strukturer eksisterer meget tydeligt."* I hans tilfælde bliver de *"gamle strukturer"* eksemplificeret ved, at hans klinikledelse primært henvender sig til den ledende overlæge. Derfor har han næsten ingen dialog med klinikledelsen, og han oplever mangel på information.

I samklang med dette synspunkt fortæller en anden sygeplejerske, at *"man"* i hans klinik har valgt at holde møde med de ledende overlæger uden referat, og han oplever, at *"de bare kunne sidde i sådan en lukket loge, og det er svært at få banket på den dør og komme ind. Så jeg synes kulturelt, der er lang vej endnu i det teamsamarbejde i forhold til at få overlægerne til at se os som ligeværdige [...] vi mangler noget respekt."*

Forståelsen af en klinikledelse, der stadig primært henvender sig til overlægen, er dog ikke entydig. Det viser sig, at flere af sygeplejerskerne oplever det anderledes i deres respektive klinikker. Således fortæller en anden sygeplejerske, at han i sin klinik oplever, at informationen når rundt til hele specialeledelsen. Han betoner desuden specialeledelsesteamet i den multidisciplinære form som meget positiv. Han fremhæver derfor også, at der vil være store variationer fra klinik til klinik i forhold til dels rutiner i hverdagen, og dels hvordan FLO opleves i de enkelte klinikker. En vigtig pointe i denne sammenhæng er, at det var sygeplejerskernes vurdering, at oplevelsen af og tilegnelsen af de nye roller i FLO afhænger meget af, *"hvordan man er kommet ind i FLO"*. Det fremhæves, at *"jeg tror både, det er svært at være ny men også at skulle aflære."*

LOKALT FORANKREDE ORGANISERINGER

Gennem sygeplejerskernes fortællinger bliver det synligt, at der er nogle helt lokalforankrede organiseringer i de forskellige klinikker og afsnit – organiseringer, der ikke altid følger FLO. De lokalforankrede organiseringer bliver blandt andet tydeligt i sygeplejerskernes diskussioner om souschefer. En sygeplejerske siger således, at han finder

det meget væsentligt, at de i forbindelse med deres øgede ansvarsområde har souschefer med ledelsesfunktioner. En anden forklarer samstemmende:

"Jeg kunne ikke forestille mig ikke at skulle have souschefer i et stort sengeafsnit. Jeg køber ikke den der med, at man bare kunne uddelegere nogle opgaver til noget personale, fordi jeg tænker, at det er vigtigt, at der er ledelse indover mange af de ting, der skal gøres. Jeg synes, det er vigtigt – når jeg nu ikke har en oversygeplejerske – at jeg har én, som jeg har fortrolighed med, for det har jeg med min souschef [...] så jeg går i panik, når der snakkes om, at man ikke skal have souschefer."

Den panik, han italesætter, skyldes, at flere af de andre sygeplejersker har en helt anden holdning til souschefer, end den vi ser udtrykt ovenfor. De vil ikke have souschefer og mener, det er at gå imod tankegangen i FLO.

Sygeplejerskerne fortæller også om lokalforankrede organiseringer, der går direkte imod FLO. Her er eksemplerne flere. De fortæller blandt andet om et afsnit med to afsnitsledende sygeplejersker, samt at man flere steder lægger afsnit sammen. Desuden har man afsnit, der er langt større end det maksimum, man med *"span of control"* har meldt ud.

FLO får mange forskellige udtryk, fordi sygeplejerskerne forsøger at tilpasse FLO til deres tidligere arbejdsrutiner. Implementeringen af FLO i de forskellige afsnit er derfor meget individuelle, selvom FLO i udgangspunktet er en generisk og ensartet organisationsmodel.

AFSNITSLEDEREN – DEN NYE ROLLE

"Jeg tror også, at mange af os først skal til at lære at lede opad [...] bare det der med at ytre sig i udvidet klinikledelse og ligesom være klar over, at du skal have en holdning, og du skal sige din mening. Hvor vi førhen mere som afdelingssygeplejersker har været vant til at møde op og være mere lyttende. Det ligger i rollen, at du skal tage den mulighed, der er for indflydelse og påvirke. Det tror jeg, at rigtig mange af os skal til at øve os i. Det skal gå op for os, at det er det, der forventes."

I citatet fortæller en sygeplejerske om de problematikker, han står overfor i sin nye *"rolle"* som afsnitsledende sygeplejerske. Rollen og funktionen som afsnitsledende sygeplejerske er en stor omstillingsproces i forhold til

hans tidligere funktion som afdelingssygeplejerske. Denne holdning deles flere af de andre sygeplejersker - især de som ikke kommer fra en tidligere ledelsesfunktion som oversygeplejerske. Han forklarer, at *"vi er mange, der skal lære at læne os ind over bordet noget mere. Det er det, der ligger i rollen også."* Sidemanden er enig og siger: *"Vi er også vant til – alt afhængig af hvem vi er, og hvor mange år vi har været her – at vi får at vide, hvad vi skal. Nej lad os da læne os frem og være med til at påvirke, hvordan vi vil have det, og hvordan vi vil gøre det."*

Sygeplejerskerne fremhæver også deres nye rolle og beføjelser som noget *"der kan være svært"*, fordi de er *"opdraget i systemet"* til at tænke og opføre sig på en bestemt måde. I deres nye funktion som afsnitsledende sygeplejersker er strategisk ledelse blevet en del af deres hverdag, hvor de skal være med til strategiske beslutninger blandt andet gennem deres deltagelse i udvidet klinikledelse. De er således rykket et niveau op ledelsesmæssigt og skal lægge deres faglighed på *"hylden"*. De afsnitsledende sygeplejersker er ved at finde en balance, hvor de både kan begå sig i den sygeplejefaglige verden og den professionelle ledelsesverden. Her 1 ½ år efter implementeringen af FLO, giver de udtryk for stadig at skulle til at lære at agere i deres nye funktion og rolle.

LEDENDE OVERLÆGER VERSUS AFSNITSLEDENDE SYGEPLEJERSKER

Sygeplejerskerne kommer flere gange ind på deres forhold til lægerne, herunder særligt forholdet til de ledende overlæger. Således fortæller en af sygeplejerskerne, at det har været meget italesat, at mange ledende overlæger har følt sig truet af FLO og sygeplejegruppen: *"De føler sig uden for indflydelse, og at de er sat ud på et sidespor."* Her kommer han ind på problematikken omkring den udvidede klinikledelse. Han fortæller, at uligevægten af sygeplejersker kontra læger ved disse møder voldte så meget frustration i lægegruppen at, som en af de andre sygeplejersker siger: *"I vores klinik, der har man besluttet, at nogle af overlægerne*

er med i udvidet klinikledelse." Her kommenteres det straks fra sidemanden, at det er at *"omgås tanken i FLO"* fordi definitionen i FLO var, at man skulle sidde i udvidet klinikledelse, når man havde personaleansvar, og *"at vi var ledere på lige linje med ledende overlæger."*

Som vi så det hos lægerne dukker problematikken omkring asymmetri i faggruppernes repræsentation ved udvidet klinik ledelse således op igen. Denne gang er det sygeplejerskernes holdninger, der kommer til syne. Sygeplejerskerne har lidt differentierede holdninger til problematikken. De er klar over, at lægerne føler sig detroniserede og sat uden for indflydelse. Alligevel er den overvejende holdning - præcis som en af lægerne beskrev - at sygeplejerskerne ikke vil have de ledende overlæger med i udvidet klinik ledelse. Som citatet nedenfor viser, har implementeringen af FLO og funktionen som afsnitsledende sygeplejerske medført, at deres position i forhold til lægerne er forandret:

"Det gør jo også, at når man pludselig har fået indsigt i nogle helt andre ting, så har du pludselig også en anden faglig diskussion med din lægekollega, som du ikke var i nærheden af at kunne have tidligere. Det vil sige, jamen så er der jo ikke noget at sige til, at kortene er blandet, og de er også blandet for dem."

HOSPITALS- OG KLINIKLEDELSEN

Nu rettes blikket mod ledelsesniveauerne ovenover de afsnitsledende sygeplejersker. Sygeplejerskerne nævner hospitalsledelsen nogle få gange og kun i positive termer. En sygeplejerske fortæller således, at hospitalsledelsen *"laver nogle fantastiske tiltag."* Det fremhæves desuden, at det er klinikledelsen og ikke hospitalsledelsen, den øgede top-down styring stammer fra:

"Jeg synes, det er interessant, det du siger med top-down styret, og så ser jeg stadigvæk vores hospitalsledelse,

der inviterer os til møder om strategi og visioner, hvordan de spørger os og sender os ud i grupper. Så jeg tænker, det er vores klinikledelse, der giver os top-down, for jeg synes i grunden, at vi har en form for medindflydelse ved hospitalsledelsen."

Når snakken falder på klinikledelsen, så er et af de gennemgående tillægsord, at de er *"usynlige"*, og at man mangler både *"dialog"* og en *"relation"* til dem. En sygeplejerske fortæller således, at han har meget svært ved at finde ud af, hvad han skal bruge klinikledelsen til. Man har slet ingen dialog til viceklinikchefen med ansvar for forløb, og en sygeplejerske udtrykker, at *"det er den funktion i FLO, der er floppet allermost."* Den manglende relation til klinikledelsen bliver fremhævet som årsag til, at de afsnitsledende sygeplejersker *"har rigtig svært ved det der ledelse op"*, som en anden beskriver det. Der er stor forståelse for, at disse viceklinikchefer har meget travlt, men da de *"netop er usynlige,"* stilles der spørgsmål ved, om de sidder med de rigtige opgaver. En af sygeplejerskerne tilføjer, at man ikke *"på den måde"* i praksis kan arbejde med patientforløb på tværs, fordi *"det har man ikke indsigten til. Det er man nødt til at gøre nede på det kliniske niveau."*

En anden sygeplejerske er i en klinik med mange forløb, og ser den forløbsansvarlige viceklinikchef som meget vigtig. I forbindelse med viceklinikchefen med forløbsansvar er det ifølge denne sygeplejerske problematisk, at denne ikke har beslutningsretten. Han fortæller, at han har siddet i situationer i patientforløb, hvor de skulle lave et accelereret forløb, men når det så kom til stykket, så skulle viceklinikchefen med ansvar for forløb alligevel omkring klinikchefen og spørge om lov: *"for der er jo altså også nogle magtkampe, og der er økonomi indover i forhold til de her situationer,"* forklarer han.

4.4 STORE FORVENTNINGER TIL DE FORLØBSANSVARLIGE VICEKLINIKCHEFER

Ansæt i månederne op til starten på den nye struktur forventedes trojkaerne *"to hit the ground running"*. De skulle realisere FLO visionerne inden for budgettet, og samtidig levere på Handleplan 2013 og opretholde sikker drift.

Initiativtagerne til FLO havde store forventninger til FVKC'erne i de nye horisontale lederstillinger. De skulle spille en central rolle som forandringsagenter i relation til realiseringen af den overordnede ambition om en styrkelse af sammenhængende patientforløb på tværs af specialer, funktioner og organisationsgrænser. Tanken var, at man, ved at placere FVKC'er esom en del af klinikledelsen, kunne supplere den altdominerende vertikale ledelse med en stærk tværgående, horisontal ledelse med fokus på komplekse patientforløbs overgange, krydsfelter og tværgående processer.

For oversygeplejerskerne var det nærliggende at søge de nye viceklinikchefstillinger, da deres gamle stillinger blev nedlagt ved implementeringen af FLO. Det er imidlertid ikke indtrykket, at de søgte stillingerne af nød. Alle FVKC'ere havde nøje overvejet, om de skulle søge stillingerne. Det var derfor en meget committet og engageret gruppe, der tog fat på FLO's visioner om sammenhængende patientforløb den 1.1.2013. De vidste, det var en stor udfordring, og at det ville blive en vanskelig start. Men for flere blev det alligevel hårdere, end de havde forestillet sig.

Flere FVKC'ere følte, at den nye organisation ikke var gennearbejdet nok, og at de ikke havde fået tilstrækkelig information om deres nye rolle samt om visioner og ideologien bag omorganiseringen.

FVKC'ernes rolle og funktion var beskrevet i FLO rapporten og efterfølgende i en funktionsbeskrivelse på Region Nordjyllands intranet (personalenet.rn.dk). Stillingen er også nævnt i ledelsesregulativ for Region Nordjylland, men regulativet specificerer ikke særskilt FVKC's funktion. Regulativet beskriver den samlede klinikledelses funktion og

FUNKTIONSBESKRIVELSE – FORLØBSANSVARLIG VICEKLINIKCHEF	
MÅLSÆTNING	Den forløbsansvarlige viceklinikchef er ansvarlig for at der i klinikken eksisterer de rette rammer for at afvikle effektive og sammenhængende patientforløb. Disse rammer skal blandt andet etableres på baggrund af data, hvorfor forløbschefen er ansvarlig for en løbende opfølgning på dataområdet, og stillingtagen til fremadrettet dataindsamling. Den forløbsansvarlige viceklinikchef optimerer processer indenfor egen klinik, men samarbejder også ud af klinikken, med henblik på at opnå aftaler omkring hensigtsmæssige patientforløb. Den forløbsansvarlige viceklinikchef er garant for: • At der i klinikken eksisterer de optimale rammer for effektive og sammenhængende patientforløb, herunder - At understøtte teambaseret arbejde, tværfagligt, tværorganisatorisk og tværsektorielt - At sikre den rette dataunderstøttelse - At sikre de nødvendige aftaler med eksterne parter - At holde sig bredt orienteret omkring lovgivning, strategiske tiltag mv. med relevans for klinikkens virke. • At den øvrige klinikledelse løbende opdateres omkring klinikkens kvalitet (herunder relevante kvalitetsdata i form af NIP, HSMR mv.) og patientforløbsmæssige performance. - Samt at der igangsættes målrettede aktiviteter til at imødegå områder, hvor kvalitet og patientforløb ikke lever op til målsætningerne. - Følger systematisk op på klinikkens arbejde med teams. • At klinikken arbejder målrettet med patientinvolvering - Herunder inddrages og implementeres erfaringer fra andre klinikker. - At medvirke til at klinikken anvender IT på en måde, der understøtter drift og kvalitet. • At kommunikere nærværende, enkelt, målrettet og troværdigt, både internt og eksternt.
ORGANISATORISK PLACERING	Den forløbsansvarlige viceklinikchef er i linjeorganisationen placeret med reference til Klinikchefen.
ORGANISATORISKE/ADMINISTRATIVE OPGAVER	Den forløbsansvarlige viceklinikchef er den drivende kraft i og øverste ansvarlig for at der igangsættes de nødvendige processer med henblik på efterlevelse af visionen omkring effektive og sammenhængende patientforløb. Den forløbsansvarlige viceklinikchef samarbejder i sin egenskab bredt med primære interessenter i klinikkens patientforløb.
PERSONALELEDELSE OG TVÆRFAGLIGE OPGAVER	Den forløbsansvarlige viceklinikchef kan delegeres personaleledelse fra klinikchefen.
UDDANNELSES- OG UNDERVISNINGSGAVER	Den forløbsansvarlige viceklinikchef er som ansvarlig for klinikkens patientforløbsprocesser, ansvarlig for at samarbejde med andre i klinikken med uddannelsesansvar omkring uddannelsesmæssigt fokus på patientforløb.

▲
TABEL 2
Funktionsbeskrivelse.

ansvar og understreger, at klinikchefen har det overordnede ansvar for klinikkens samlede virke med en tilføjelse om, at klinikchefen kan delegere ansvar til vicecheferne og i visse tilfælde til afsnitsledere (Koncern HR, Ledelsessekretariatet 21.10.2013).

Som helhed giver funktionsbeskrivelserne en temmelig fyldig beskrivelse af FVKC's funktioner. Når flere informanter peger på, at organiseringen ikke var tilstrækkeligt gennemarbejdet, hænger det sammen med, at funktionsbeskrivelserne ikke er samstemmende og efterlader flere uklarheder. I tabel 2 gengives funktionsbeskrivelsen fra intranettets personalenet, der må opfattes som en bearbejdning af FLO rapportens funktionsbeskrivelser, og som må forventes at være den gældende (<http://personalenet.rn.dk/organisation/Forledere/>):

Ifølge ledelsesregulativet (21.10.2013) er det klinikledelsen som helhed, der har ansvar for *"sikring af sammenhængende og effektive patientforløb"*. Men hele vejen igennem funktionsbeskrivelsen på personalenet fremgår det, at FVKC er tiltænkt rollen som førerhund på sammenhængende patientforløb internt i klinikken, på tværs af klinikker og på tværs til andre sygehuse og parter i primærsektoren.

Funktionsbeskrivelsen er ganske vist på flere punkter en modificering af FLO rapportens 'Offentlige Leadership-pipeline' inspirerede funktionsbeskrivelse, der vejen igennem taler om, at FVKC er: *"Ansvarlig for drift og udvikling af patientforløb", "ansvarlig for forløbsledelsen", "ansvarlig for prioritering mellem patientforløb i forhold til kapacitet og strategi", "ansvarlig for forpligtende samarbejdsaftaler om tilsyn", "konsulentbistand, teams, multidisciplinære konferencer m.v.", "ansvarlig for kvalitet og kvalitetsudvikling af patientforløb", "ansvarlig for IT-understøttelse af patientforløb" samt at FVKC "udvikler strategier for patientforløb", "medvirker til at fastholde og udvikle ansatte med særlig potentiale for det tværgående", og "understøtter innovative processer og forandringsprocesser"*.

Modificeringen består primært i, at funktionsbeskrivelsen på personalenet i stedet for "ansvarlig for" bruger begrebet "garant for" på flere punkter, og at den strategiske rolle er nedtonet. Bl.a. er "udvikler strategier for patientforløb" udeladt. Men hvad er forskellen på "ansvarlig for" og "garant for"? En masterafhandling skrevet af en FVKC (Dalsgaard,

2014) stiller skarpt på dette spørgsmål om implikationer for FVKC'ernes muligheder for at udfylde deres rolle. Mere herom senere i dette afsnit.

Trods modificeringen fastholder og understreger personalenettets funktionsbeskrivelse imidlertid FVKC's rolle som forandringsagent i relation til FLO visionerne med formuleringen: *"Den forløbsansvarlige viceklinikchef er den drivende kraft i og øverste ansvarlig for, at der igangsættes de nødvendige processer med henblik på efterlevelse af visionen omkring effektive og sammenhængende patientforløb."* Så forventningerne til FVKC består, og uklarheden er et vilkår".

Regions- og hospitalsledelsen var klar over, at ledelsespositionerne og funktionsbeskrivelserne ikke var præcise og detaljerede, men understregede, at det var med fuldt overlæg, idet der skulle være mulighed for nærmere udformning og tilpasning af ledelsesrollerne i de enkelte klinikker i overensstemmelse med decentrale udfordringer og muligheder. Både i skrift og tale prøvede topledelsen at håndtere kompleksiteten ved på samme tid at tale om entydig ledelse, flere hensyn og dynamisk organisering. Den nærmere konkretisering af en række forhold var således bevidst overladt til involverede aktører, bl.a. med hensyn til at forme billeder af det nye og understøtte en kulturændring med fokus på patientforløb, fælles mål, tværfaglige team og øget relationel koordinering. Hospitalsdirektionens signal var, som nævnt: *"Her er nogle rammer, fyld dem selv ud."*

FVKC'erne nærlæste disse rolle- og funktionsbeskrivelser, og der viste sig en del uklarhed om, hvordan de skulle forstås, og hvordan de enkelte punkter skulle vægtes og prioriteres.

FVKC TRÆDER UD I UKENDT TERRÆN

Ved implementeringen af den nye struktur 1.1.2013 oplevede mange ledere og medarbejdere, som nævnt, en del uklarhed og usikkerhed om ledelse, ansvar og økonomi. Det er naturlige følger af en restrukturering. Men for FVKC'erne var det noget særligt. De trådte ind i en funktion, som var væsentlig forskellig fra traditionelle lederposter i sygehusverdenen, og som de ikke havde nogen erfaring med. De ledere og medarbejdere, de skulle arbejde sammen med, havde heller ikke nogen klare forestillinger om, hvad en forløbsansvarlig vicechef skulle bidrage med. Nogle var ydermere stærkt kritiske overfor FLO og "det nye dyr i

skoven". De så FVKC som personificeringen af FLO og en overflødig (unødvendig) omkostning.

De FVKC'ere, der i forvejen havde gode personlige relationer til klinikkens øvrige ledere, havde lettere ved at skabe sig en position i klinikken end de, der ikke i samme grad kunne trække på gamle netværk. Hovedindtrykket er dog, at stort set alle FVKC'ere havde svært ved at finde fodfæste i starten, og i vidt omfang var overladt til sig selv, idet mange kolleger havde nok at gøre med at få hold på egne opgaver i den nye struktur.

FVKC'erne kunne ikke søge tilflugt i egne opgaver og fokusere på at få hold på "egen enhed", sådan som mange af de øvrige ledere gjorde i de første måneder af implementeringen. De skulle jo arbejde på tværs og måtte derfor, for at lykkes, tage fat på opgaven med at bygge relationer, selvom det var op ad bakke. Det åbnede for et stort landskab, hvor man ikke vidste, hvem der var ven, og hvem der var fjende. Det var en stor udfordring. Flere FVKC'ere oplevede det som en mulighed men også en frustration. Én af dem udtalte:

"Jeg kom til et helt nyt område med mere end 600 ansatte. Man kan bare ikke fra dag ét agere i sådan en ny organisation. Hvem skal man have fat i, i de forskellige sammenhænge, og hvad er navnene på de, der sidder i de forskellige stillinger?"

FVKC'erne var udfordret på relationer til alle sider. Internt i Trojkaen, til sygehusledelsen, til ledere i specialer og afsnit samt til andre klinikker og eksterne parter.

Relationer internt i trojkaen kunne ikke umiddelbart baseres på andre eksempler fra sygehusverdenen. Selvom det ikke var tanken i FLO, kunne klinikchefer og HR-viceklinikchefer lære sig op ad erfaringer fra de gamle afdelingsledelser og mindre sygehusledelser. Men de havde generelt svært ved at vurdere, hvilke opgaver FVKC skulle varetage. Koordinatorer fra kendte pakkeforløb kunne ikke bruges som model, da de var forankret internt i specialer. Driften, igangværende opgaver og den stramme økonomi gav ikke plads til lange abstrakte overvejelser om FVKC's rolle i klinikledelsen. Det måtte man tage hen ad vejen. I praksis blev det de klassiske afdelingsledelsesopgaver, der var i fokus, og *"når man samtidig var i spare-mode, måtte patientforløbene vente, til der blev økonomi til dem"*. Hvilke opgaver var der så tilbage til FVKC?

I nogle klinikledelser tænkte klinikchefen ikke FVKC ind i økonomi og besparelser, i andre var FVKC som udgangspunkt med i alle opgaver. Flere FVKC'ere følte imidlertid, at man *"ikke har patientforløbene med som fundament for klinikledelsernes arbejde"*. Ingen klinikchefer benyttede sig af muligheden for formelt at delegere opgaver til FVKC.

Opad er FVKC'ernes relation umiddelbar klar, idet de refererer til klinikchefen. Men FVKC'erne oplevede, at hospitalsledelsens medlemmer kommunikerede stærke forventninger direkte til dem, som ikke altid var afstemte. Hvem skulle de lytte til? De savnede en vicedirektør med forløbsansvar i hospitalsdirektionen, "som de kunne spejle sig i" og primært forholde sig til, idet sygehusverdenen har tradition for at de faglige siloer er repræsenteret hele vejen op gennem organisationen. Et princip som FLO gør op med.

FVKC'ernes relationer til specialer og afsnit blev præget af, at klinikker og afdelinger tog FLO på hver deres måde. Der var meget forskellige forventninger til FVKC:

"I starten brugte jeg meget tid på at komme rundt på alle afsnit for at forventningsafstemme."

"Jeg har aldrig tidligere brugt så meget energi for at gøre mig fortjent til et samarbejde."

Flere ledende overlæger accepterede ikke, at FVKC'erne var deres overordnede. Med udgangspunkt i formalia pegede de på, at de som ledende overlæger var på samme niveau i hierarkiet som FVKC, idet begge parter refererede til klinikchefen. Nogle brugte denne kendsgerning til helt at arbejde uden om FVKC. Lægernes vrede fik imidlertid ikke lov at ødelægge FVKC'ernes relationer og arbejde. Det var fokus på økonomi, der overskyggede FLO visionerne om sammenhængende patientforløb. Især økonomispørgsmål fra tidligere ikke implementerede besparelser og en ny besparelsesrunde tog opmærksomheden og skabte silo-fokus og barrierer for samarbejde på tværs. Budgetansvarlige ledere i specialer og afsnit rettede blikket mod de indre linjer i enheder og faggrupper, og veg udenom relationer på tværs, der kostede ressourcer.

"Vi er ude rigtig mange steder og bliver godt modtaget. Men økonomi kommer til at fylde meget. Folk tænker i deres siloer, når de presses, det er besværligt. Nogle afdelinger/

klivikker kommer som en tyv om natten, andre lægger op til samarbejde på tværs."

Relationer til aktører i andre klivikker og eksterne enheder fik ingen eller meget lidt opmærksomhed i starten. Her lå udfordringen og presset på FVKC i første omgang i selve forventningen om, at de skulle gå på tværs af klivikker og på tværs til andre parter uden for sygehuset. "Vi er slet ikke kommet i gang med at udvikle på tværs af klivikker", lød mange meldinger.

Alt i alt må disse relationsudfordringer anses for at være naturlige elementer, når nye tværgående ledelsesroller implementeres. Især når det som i fagprofessionelle organisationer er nødvendigt at give plads til bottom-up udformning af roller, relationer og processer. Men FVKC'erne følte sig temmelig alene med udfordringerne, og flere gav udtryk for at savne en bedre forståelse og opbakning fra kolleger. Særlig hårdt var det, når giftige udmeldinger mod FLO antog karakter af personlig kritik af FVKC. Det er veldokumenteret, at man har behov for støtte og tillidsfulde relationer, når nye roller skal afprøves og formes (Cameron & Greene, 2012).

FVKC PRØVER SIG FREM

Efter først at være lidt til overs i starten af implementeringen blev FVKC'erne hurtigt overdænget med opgaver. FVKC fik mange forskelligartede operative opgaver, både oppefra, nedefra og fra siden.

"(...)det kan være fra regionen, det kan være fra hospitalsledelsen, det kan være fra andre klivikker, hvor man har fundet ud af, at det er smart, hvis det er den forløbsansvarlige, som har denne her funktion. Man kan føle sig som en postbestyrer, der skal give det videre til nogle andre. Man bliver en indgang, fordi det er lettere, at man nu kun er 8 (klivikker, red.) end 32 (afdelinger som der var tidligere, red.)."

Det ser ud til, at FVKC er blevet en ny indgang for information og opgaver. Det kan være et udtryk for, at man prøver at følge en ny kommandovej eller, at man endnu ikke har overblik over, hvor opgaverne hører hjemme i den nye struktur. Men det er også udtryk for, at der er mange forskellige opfattelser af FVKC's rolle. Mange af disse opgaver havde ikke noget at gøre med visioner om sammenhængende patientforløb og samarbejde på

tværs, og flere FVKC'ere mente derfor, at de lå uden for deres opgaveområde. Det kunne være frustrerende, men FVKC'erne havde forståelse for situationen, og så det også som en mulighed for, at de selv kunne forme deres rolle. FVKC'erne prøvede sig frem. Følgende citater fra FVCK giver et billede af deres situation:

"Måske er det OK, at vi bliver læsset til med opgaver, så kan vi sige nej til det, vi mener, der falder udenfor vores rolle og dermed forme rollen hen ad vejen. Jeg vil gerne have mere tid til strategisk arbejde."

"Der kommer ustandselig nye opgaver, som vi forventes at løse i samarbejde med klivikker og specialer. Her forsøger jeg et langt stykke ad vejen at løse det og tilrettelægge det, så vi ikke uafsladeligt plager dem med opgaver. Jeg er en form for filter, hvilket kræver en del mentalt overskud."

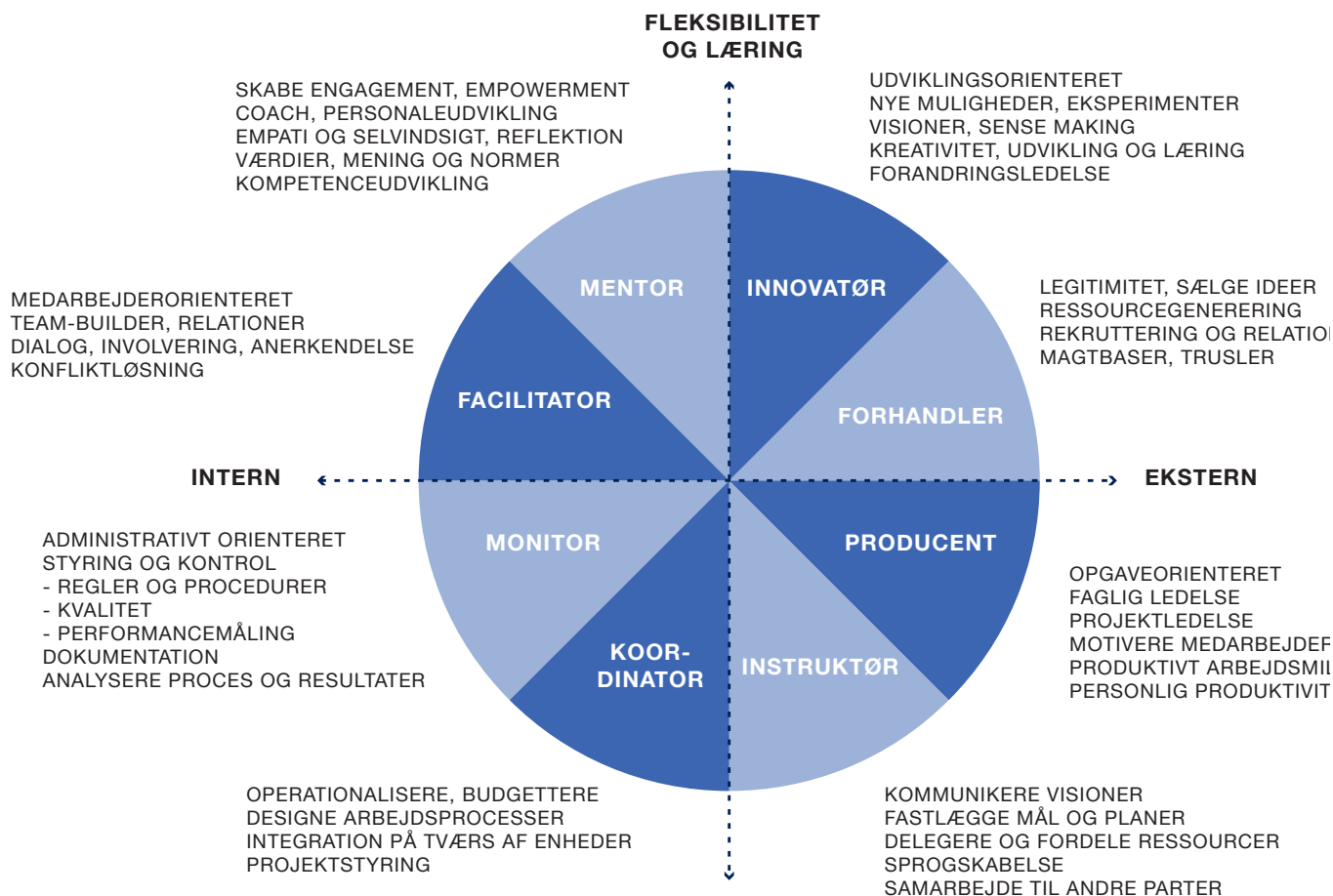
"I nogle situationer er det som at slå i en dyne. Min rolle består ofte i at bide folk i haserne for at være sikker på, at der sker noget. Jeg synes nemlig, at der er meget inerti i systemet."

"Noget, der ikke har været italesat, og som ikke har været så formaliseret, det er, at det ikke er gennem de formaliserede kanaler, man får etableret noget på tværs. Det er mere gennem de personlige relationer, man ved, man lykkes bedst. F.eks. i forhold til det kommunale samarbejde. Man lykkes gennem den uformelle vej og ved hjælp af ildsjæle."

"Jeg oplever, at de lykkes, hvis de hele tiden spørger sig selv: "Er det her godt for patienten". Det handler om at have patienten som omdrejningspunkt. Det er der ikke nogen, der er uenige i, og så kan man få folk med. Det er vigtigt, at det giver mening. Arbejdet skal give mening, og det skal give mening for dem, der er med."

"Hvis en problematik omkring en patient skal løses, så er den personlige relation vejen frem. Det, jeg har oplevet ind til nu, det er, at alle de steder jeg har fået fortalt, at jeg gerne vil bruges, der bliver jeg kontaktet. Der får de flyttet noget. Det er den personlige relation, der bærer samarbejdet. Uden den personlige relation ville det hele falde fra hinanden eller blive til en diskussion om kommaer. Det gælder uanset, hvor meget man skriver ned, og hvor meget man laver regler."

"Jeg vil gerne supplere i forhold til det primære samarbejde



FIGUR 12
Quinns generelle ledelsesmodel (Quinn et al., 2010. Bearbejdet af Gustafsson)

med kommunerne. De har alle sammen en aktie i at få udviklet det samarbejde. Et samarbejde der har været præget af 'dem' og 'os'. Det formelle lykkes et langt stykke af vejen. Men de uformelle netværk er meget vigtige, fordi Aalborg Kommune er meget bureaukratisk og svær gennemskuelig. Skal man have noget igennem, skal man have fat i én man kender. Det kontaktformelle kommer man ikke langt med."

"Patientens team har vi ikke gang i. Men jeg vil også sige, at vi har savnet en definition på patientens team. Og det er noget af det, vi har efterspurgt, blandt andet ude i regionen: "Jamen, hvad er patientens team?" For vi kan jo ikke snakke om noget, der bare hænger i luften. Vi har ikke fået svar, der kan bruges til noget."

FVKC'erne måtte prøve sig frem og skabe deres rolle. Der var intet script for, hvordan de skulle gribe deres nye funktion an. Under indtryk af den stærke kritik der var fra lægeside under høringsrunderne, var FVKC'erne generelt noget forsigtige med at udfordre deres kolleger på FLO visionerne. De begyndte deres nye rolle med en positiv,

ydmyg og forsigtig, afsøgende tilgang.

Starten på året var for alle FVKC'ere præget af bundne, traditionelle opgaver i form af "nytårskure" i klinikkerne. Her præsenterede de nye klinikledelser med tilhørende stab sig for klinikkens personalegrupper og fremlagde visioner, mål og rammer for klinikken.

ET EKSEMPEL PÅ EN FVKC'ERS AKTIVITETER

En FVKC'er beskriver i sin masterafhandling (Gøthgen, 2014) sine aktiviteter i de første 11 måneder som FVKC, baseret på data fra sin kalender, og analyserer sin rolle med udgangspunkt i Quinns generelle ledelsesmodel (Quinn et al., 2010), der beskriver 8 ledelsesroller (figur 12).

Omtalte FVKC'er har en lægefaglig baggrund. Kortlægningen af kalenderdata omfatter alle væsentlige aktiviteter karakteriseret ved en eller flere af Quinns ledelsesroller. Figur 13 viser en skematisk sammenfatning af analysen i form af en oversigt over antal væsentlige aktiviteter fordelt på roller og måneder. De første måneder var domineret af rollerne som innovatør, instruktør og forhandler, med

	JAN	FEB	MAR	APR	MAJ	JUN	JUL	AUG	SEP	NOV	DEC	
INNOVATØR	4	4	4	2	6	5	0	5	9	2	3	44
FORHANDLER	6	6	5	5	5	6	3	5	10	4	8	63
PRODUCENT	3	3	2	4	6	2	0	2	4	3	3	32
INSTRUKTØR	4	4	2	4	5	4	1	5	9	3	6	47
KOORDINATOR	2	2	2	6	6	6	5	2	6	3	3	43
MONITOR	1	1	1	2	2	1	1	1	3	1	2	15
FACILITATOR	1	1	2	4	2	4	2	1	8	1	1	27
MENTOR	1	1	1	1	2	1	0	1	2	1	1	12

▲

TABEL 3
Skematiseret sammenfatning af FVCK-aktiviteter
fordelt på Quinns roller og 11 måneder af 2013
(Gøthgen:42, 2014).

størst vægt på forhandlerrollen. Afhandlingen fremhæver især aktiviteten forventningsafstemning med samtlige specialeledere i klinikken som helt afgørende, hvor rammerne for den tværgående ledelse på specialeniveau og samarbejdsrelationen mellem klinikledelsen og specialeledere blev initialt afklaret. FVCK'en tog selv initiativet og skriver herom:

"For at introducere mig selv og funktionen til de fem specialeledelser, jeg er ansvarlig for indbød jeg mig selv på mail til et besøg i hvert speciale og deres respektive afsnit, for som jeg skrev "en dag, hvor jeg kommer rundt til de forskellige afsnit, hilser på og kan få et indblik i de forløb, I har". Alle reagerede positivt på min henvendelse og hvert speciale arrangerede et dagsprogram for mig." (Gøthgen:39, 2014).

FVCK'en aftalte blandt andet samarbejdsform og mødeform med afdelinger/afsnit tilpasset de enkelte enheders ønsker og behov. Det beskrives bl.a. således i afhandlingen:

"Jeg tog i forbindelse med besøgene initiativ til, hvad jeg

*efterfølgende har kaldt **dialogmøder vedrørende forløb**, for at identificere rammerne og skabe planer for at arbejde med visionen om de sammenhængende patientforløb. Jeg lod de enkelte specialeledelser afpasse formen efter deres behov, eksempelvis har jeg med to specialer både rent **lægefaglige forløbsmøder** og **fælles specialeledelse forløbsmøder**. Et speciale anså ikke i starten, at der var et behov for møder med **fast interval**, men mere på **ad hoc basis**. Det har de ønsket ændret siden, da værdien af disse møder blev tydeligere for dem." (Gøthgen:40, 2014).*

FVCK'eren deltog endvidere aktivt i klinikledelsens tilpasning af mødestrukturen til hospitalets nye overordnede mødekalender. Det beskrives, at dette arbejde strakte sig frem til sommeren 2013 og omfattede etablering og udformning af forskellige klinikinterne møderækker og netværksmøder med Aalborg UH parter og regionale parter. I arbejdet med tilpasning og udvikling af mødestrukturen ageredes primært i rollerne som innovatør, forhandler og instruktør afhængig af de involverede parter.

FVCK'ens involvering i økonomi problemstillinger begynder

for alvor i april 2013, hvor gamle underskud, nye besparelser og budgetjusteringer samt næste års budgetreduktioner støder sammen, og lægger beslag på klinikledelsernes fulde opmærksomhed. Dette udlægges således i afhandlingen:

"En opgave, der skulle vise sig at sætte dagsordenen for megen aktivitet fra april måned og fremadrettet var økonomien med udfærdigelse af handleplaner for: 1) en "arvet" økonomisk ubalance fra 2012, 2) flere justeringer og budgetreduktioner for 2013 og 3) for budgetåret 2014. Det har afstedkommet mange møder både på klinikledelses- og stabsniveau, med hospitalsledelsen og med specialeledelserne. Opgaven har været varetaget både på vores fastlagte og på ekstra møder og har omfattet hovedsageligt de to modsatrettede ledelsesroller forhandler og koordinator men også instruktør, producent og innovatør. Det har handlet om "kreativitet" og rationalitet til at tilpasse drift og udvikling (hvis muligt) indenfor de givne økonomiske rammer. Dermed har det haft indflydelse på råderum og dermed strategien i forhold til andre planlagte eller igangværende aktiviteter." (Gøthgen:41, 2014).

Fra april 2013 ser vi også en øget vægt på rollerne som koordinator og facilitator, bl.a. i form af ledelsesopgaver i forbindelse med små-skalap projekter, udredning retten og samarbejdsaftaler samt styregruppearbejde vedrørende udviklingsprojekter og ITmv.:

"Det har været opgaver, som har givet god mening i forhold til det overordnede forløbsansvar i rollen, og som har krævet en neutral person for bordenden. Det har eksempelvis været facilitering af samarbejdsaftaler og initiering og varetagelse af møderækker til løsning af tværfaglige udfordringer. Det har været en af de tydelige fordele specialerne har tilkendegivet ved den nye funktion, at de kan bruge mig som brobygger og facilitator." (Gøthgen:41, 2014).

"En ledelsesrolle, der ligeledes er varetaget hyppigt er innovatør rollen, som indebærer udvikling forandring og læring. Det har både været i min egen funktion og som en del af klinikledelsen. Eksempler herpå er ledelsesfaglige fællesseminarer, som vi har initieret og afholdt med vores specialeledelser siden april måned med konsulenter som oplægsholdere om forskellige emner, eks. Ledelsesteam

og den offentlige pipeline. En anden opgave, jeg har tolket som tilhørende den innovative rolle, er, at jeg har fået et samarbejde i stand mellem CELOG (Center for Logistik, Aalborg UH, red.) og flere af specialerne." (Gøthgen:41, 2014).

I efteråret 2013 er det igen forhandlerroller, instruktørroller og roller som innovatør, der dominerer arbejdet. Specialeledere bekræfter det billede, kalenderkortlægningen tegner, idet specialelederne især fremhæver fire roller hos FVCK'en:

*"Innovatørrollen i forhold til at bringe viden videre og at være med til at forandre, **forhandlerrollen** ved at skabe kontakten på tværs, **instruktør eller den orkestrerende rolle og facilitator rollen** ved at varetage opgaver på tværs og konfliktløse i en samarbejdsrelation." (Gøthgen:43, 2014)*

STORE FORSKELLE PÅ FVCK'ERES ROLLER

Vi har ikke kalenderdata fra de øvrige FVCK'ere. Interviews og workshops med FVCK'erne peger på, at der er relativt store forskelle på, hvordan FVCK'erne udviklede deres rolle i det første år. Overordnet stod de overfor de samme udfordringer, men konkret og i praksis var deres opgaver og kontekst meget forskellige. Forskelle i ledelseserfaring, lederstil og uddannelsesmæssig baggrund havde også betydning. Som nævnt, er rolleprofilen i figur 12 en FVCK med lægefaglig baggrund. I hele FLO udviklingen har FVCK'ernes uddannelsesmæssige baggrund været et meget omdiskuteret emne. Lægerne har fremhævet, at sundhedsloven kræver, at ansvaret for patientforløb ligger hos læger, og at FVCK'ere med sygeplejefaglig baggrund derfor ikke kan have ansvar for patientforløb. Undervejs er det blevet fastslået, at ansvaret for patientforløb er lægeligt, som loven foreskriver, og at FVCK's opgave er at skabe optimale rammer for effektive og sammenhængende patientforløb, og dermed ikke er faglig men generel ledelse. Det har afklaret nogle spørgsmål for nogle, men ikke alle spørgsmål for alle.

Uklarheden har haft stor betydning for, hvilke roller FVCK har kunnet spille og især for FVCK'ere med sygeplejefaglig baggrund. Vore data peger på, at rolleprofilen i det første

år for FVKC'er med sygeplejefaglig baggrund ser noget anderledes ud end den, nævnte afhandling beskriver. Generelt synes FVKC'ere med en sygeplejefaglig baggrund at have mindre vægt på forhandlerrollen og instruktørrollen og mere vægt på roller som facilitator, koordinator og producent. Vel at mærke med individuelle variationer i forhold til dette mønster. Det skyldes ikke, at rollerne som forhandler og instruktør er "tunge" faglige ledelsesroller, som kræver lægefaglig baggrund. Tværtimod, det er i høj grad ledelsesfaglige roller. Men disse roller forudsætter legitimitet og magt, og her slår FVKC's uddannelsesbaggrund igennem, idet der hersker uklarhed om rollens formelle position.

Rollerne monitor og mentor har for alle FVKC'ere været lavt prioriterede roller. Det er ikke overraskende, at mentorrollen ikke er fremtrædende, idet hverken forventninger eller visioner lægger op til denne rolle. Derimod kunne man forvente, at monitorrollen ville fylde mere i billedet. Det er en højt prioriteret rolleforventning i FLO, i form af sikring af dataunderstøttelse og kvalitetsmonitorering vedrørende patientforløb og samarbejde på tværs. Forklaringen er nok, at disse opgaver kræver aktivt medspil fra en lang række aktører, hvilket ikke var et fremherskende træk i det første år.

Nogle FVKC'ere var mere udfarende end andre afhængig af kontekst og personlig stil, men udfordringerne var så store, at alle FVKC'ere løbende måtte balancere mellem to typer af strategier, en **proaktiv strategi**, hvor FVKC på eget initiativ opsøger og initierer opgaver og udviklingstiltag og en **reaktiv strategi**, hvor FVKC er mere afventende og reagerer på henvendelser og tilfældigt opdukkende sager med konkrete behov for facilitering og koordinering på tværs.

PRES FRA FLO OM PROAKTIV HANDLING – MEN DET ER VANSKELIGT

I FLO perspektiv er der store forventninger til, at FVKC'erne går foran og agerer proaktivt som forandringsagenter i relation til visionerne om sammenhængende patientforløb og samarbejde på tværs. De føler alle forventningspresset, og de kæmper for FLO. På nogle områder lykkes FVKC'erne at skabe udvikling gennem proaktiv adfærd, for eksempel ved indledende initiativer til gensidig forventningsafstemning

med specialeledere og afsnitsledere samt udvikling af mødestrukturer i og på tværs af klinikker. Det gælder også i forbindelse med håndtering af opgaver, som mangler adresse i den nye struktur. Flere fremhæver, at FLO generelt har ført til, at det er blevet mere legalt at tage initiativer til at gå på tværs. F.eks. som det fremgår i nedenstående mini-case, som beskrives i en anden masterafhandling, som også er forfattet af en FVKC'er med lægefaglig baggrund (Dalsgaard:4, 2014):

"Viceklinikchefen oplever, at det ikke går godt med at TOKS'e patienter i et speciale (tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom). Skygger en patient. Deltager efterfølgende i specialets kvalitetsmøde, hvor forløbet genfortælles. Aftaler at indkalde til møde med henblik på ændring af forløb. Der udarbejdes ny procedure, hvor forløbet ændres fra indlagt til ambulant. Økonomi er med af hensyn til økonomiske beregninger."

Det har imidlertid vist sig, at FVKC ofte ikke har opbakning til at lede på tværs i forbindelse med patientforløb og i stedet mødes med passivitet eller modstand, når de selv proaktivt tager initiativ til at udvikle samarbejdet på tværs i overensstemmelse med FLO's visioner. Det samme gælder, når FVKC får FLO udviklingsopgaver oppefra, fra sygehusledelsen, som indebærer indgreb i afsnit og specialer og deres samarbejde. FVKC kan være postomdeler i klinikken, når der kommer opgaver oppefra, men det er svært for FVKC proaktivt at udøve ledelse og skabe forandring i specialer og afsnit.

FVKC SOM REAKTIVT HANDLENDE – MINDRE VANSKELIGT

Til gengæld ser det ud til, at det stiller sig anderledes i tilfælde, hvor ledere og medarbejdere i klinikken selv henvender sig til FVKC for at få støtte til at håndtere nogle opgaver på tværs i klinikken. Det skaber mulighed for at FVKC med en reaktiv strategi kan gå ind i opgaven. I så fald ligger accepten af ledelsesrollen så at sige i situationen, og der bliver mulighed for, at FVKC kan varetage en faciliterende og koordinerende rolle. En FVKC udtaler:

"Man har som forløbsansvarlig en enestående mulighed for at gribe fat, når der kommer en stafet (f.eks. ved et

patientforløb), og man har muligheden for at følge op på det. Det er noget af det, jeg ser som en af de vigtigste opgaver. Så kan det godt være, at der er nogle økonomiske udfordringer, men jeg bliver ved med at følge op og presse på: "Jeg sørger hele tiden for at bide folk i haserne og sige, hvad skal der ske."

"Jeg har mange gange fået spørgsmålet: "Hvilke synlige resultater har du opnået ind til nu?". Det spørgsmål blev jeg til sidst meget træt af at få stillet. For når man "vender skibet" med så store organisationsforandringer, så bruger man den meste energi på at få det cementeret. Få fundamentet lagt i forhold til det, man gerne vil med FLO. Jeg har set mig selv som projektleder. Arbejdet meget med relationel koordinering. Har set det som mit ansvar, at få de rette aktører til bordet - både internt, eksternt og på tværs - så man kan få udviklet et patientforløb. Jeg undrer mig over, hvad man har forventet af os efter så kort tid."

Man kan hævde, at en reaktiv strategi måske begrænser FVKC's virke til at facilitere samarbejdsudvikling, som nok alligevel ville ske uden FVKC's bistand. Der er flere udtalelser fra læger, der går i den retning og vi hører det også fra FVKC'ere, der har ambitioner om noget mere, f.eks. i følgende udtalelse:

"Jeg faciliterer primært i relation til lavt hængende frugter" - og ville gerne gå meget længere."

Men det er måske ikke så dårligt at starte med det, der er modent til udvikling. De genererede data peger på, at FVKC'eres reaktive strategier på den lidt længere bane giver grund til optimisme. Vi har flere eksempler på tilfælde, hvor ledere og medarbejdere efterspurgte en innovativ eller instruerende bistand fra FVKC til at udvikle processer på tværs af enheder, både inden for klinikken og på tværs af klinikker. Eksempler, hvor FVKC bliver bedt om at gå ind i en opgave og skabe ledelse på tværs. Med gensidig tillid og accept af FVKC lykkes det jævnligt parterne at finde ideer til forbedringer i faglige løsninger på tværs. Problemet er imidlertid, at disse løsninger ofte støder på barrierer, som hindrer implementering. Barrierer, som FVKC ikke er i stand til at overkomme, uanset hvilken strategi de vælger. Kan barriererne bearbejdes er der grund til optimisme.

Hen ad vejen oplever FVKC'erne mere og mere, at der er en afgrund mellem de forventninger der stilles til dem og de muligheder de har for at indfri forventningerne. De oplever det som urealistiske forventninger.

UREALISTISKE FORVENTNINGER

FVKC'erne føler, at mange mener, at det er FVKC'ernes ansvar, at FLO lykkes. Det blev diskuteret meget på forskningsprojektets første workshop i FVKC-netværksgruppen, hvor vi bad FVKC'erne illustrere deres situation og forventningerne til dem med metaforer. Nogle havde tegnet et orkester:

"Vi har tegnet et orkester, fordi vores rolle har det faciliterende, instrumentaliserende og det orkestrerende i sig. Hele symfoniorkestret symboliserer alle involverede interessenter, alle FVKCs samarbejdspartnere i klinikken, i hospitalet og i omverdenen. Ligesom et symfoniorkester sidder opdelt i grupper. Der er relationer på kryds og tværs, og det er forsøgt illustreret med tegnede pile. Vi har diskuteret, hvordan relationerne til orkesterlederen (trojkaen/ FVKC, red.) skulle være. Om den også var tovejs, som det er illustreret ved de andre. Vi har også diskuteret, hvor patienten hører hjemme i tegningen eller orkestermetaforen. Er patienten tilskueren, eller hvordan bliver man involveret? Har man indflydelse på partituret og på noderne? Er det der, patientens indflydelse er? Samtidig har vi også virtuoser, og vi skal have dem til at spille sammen. Det er lige præcis dét, der kan være udfordringen i forhold til specialerne. Højt faglige og autonome personer der skal spille sammen. Vi har ikke selv sat holdet, vi har fået et orkester, som vi skal have til at spille sammen på en god måde. Det er en særlig rolle at være dirigent i den sammenhæng. Nogen mente, at det var et problem, at de ikke fik partituret. De fik at vide, hvordan de skulle sidde ude i klinikkerne i orkestret. Men de fik ikke at vide, hvad det var, de skulle spille. De havde ikke noget partitur. En del af partituret er også ideologien: Hvad er det egentlig, der skal spilles? Hvilke melodier skal spilles?"

Følgende citater er typiske for dialogerne med FVKC'erne om forventningerne til dem:

"Man har helt urealistiske forventninger til de forløbsansvarlige viceklinikchefer, og hospitalsledelsen hjælper ikke rigtigt med at bane vejen for os. De presser kun."

"Mange mener, at det med patientforløbene er noget, der er italesat, at det er en vision, man kan gå og italesætte, men at der ikke er vægt bag. Det er varm luft."

"Vi snakkede meget kultur i vinters, med at nu skulle døningerne lige lægge sig, fordi vi havde noget modvind - særligt os med sygeplejefaglig baggrund i forholdet til lægegruppen. Det kan være svært at se, hvor vi har ledelsesopbakningen fra niveauerne over os. Jeg synes, det er nogle fuldstændig urealistiske forventninger."

FLO opfattes af mange på sygehuset som en urealistisk vision med uklare succeskriterier. FVKC'erne føler ansvaret for at realisere visionen og er temmelig alene om at føle dette ansvar. De kan ikke sige sig fri for en følelse af, at man var for hurtig til at indføre den nye struktur, inden indholdet var formet og diskuteret. De har hele vejen følt sig presset af ledelsen til at skabe forandring og levere hurtige og synlige resultater:

"Jeg får 'kvalme' over de mange spørgsmål oppefra "nå, hvor langt er I så kommet?"

"Vi er ikke tydelige nok, og præsterer ikke resultater i det omfang, som åbenbart er forventet. Men at få en helt konkret tilbagemelding på: "Hvad måler I os på?" Det kan vi ikke få et klart svar på. Her er det primært topledelsen, jeg tænker på, altså hospitalsledelsen. De henviser så også opad i systemet, uden at det nærmere specificeres. Så når vi spørger om, hvem det er, der efterlyser resultater, så lyder svaret: "Ja, det er der mange, der gør."

FVKC'erne har et netværk, hvor de udveksler erfaringer og deler viden, og hvor de støtter hinanden, især i 2-3 personers relationer. Men deres kontekster og situationer er meget forskellige, og de oplever, at det i vidt omfang begrænser deres muligheder for at skabe fælles koncepter og løsninger.

BEGRÆNSNINGER FOR FVKC'S HANDLEMULIGHEDER

Der tegner sig gennem forløbet et mere og mere tydeligt billede af de faktorer som begrænser FVKC-ernes muligheder for at udfylde deres rolle som tværgående leder og forandringsagenter i relation til FLO.

Barriererne viser sig især på fire områder, ledelsesstrukturen, økonomisystemet, strategiske prioriteringer samt professions- og organisationskulturen. Barriererne kan optræde alene eller i kombinationer og også som krydspres og dilemmaer. Vi skal i det følgende se nærmere på barrierer og FVKCs handlemuligheder. En masterafhandling (Dalsgaard, 2014)) er central i denne forbindelse og nedenstående tekst trækker på nogle af afhandlingens data, analyser og konklusioner. Afhandlingens forfatter er, som nævnt, FVKC med lægefaglig uddannelsesbaggrund, og analyserer FVKC's situation med fokus på FVKC's ansvarsområder, beføjelser og handlemuligheder. FVKC's handlemuligheder analyseres i et strukturelt, ledelsesmæssigt og strategisk perspektiv.

STRUKTUR-BARRIERER

FVKC's placering i klinikledelsen forekommer umiddelbart at være en stærk position, men FVKC'erne oplever, at der i realiteten er væsentlige begrænsninger i deres muligheder for at udøve tværgående ledelse. Det hænger sammen med, at princippet om entydig ledelse placerer FVKC'erne på en meget skrøbelig ledelsesplatform. FVKC refererer til klinikchefen, men er ikke selv formelt en del af linjeledelsen i klinikken, med mindre klinikchefen delegerer ledelsesopgaver og ansvar til FVKC. Der er imidlertid ikke sket en generel delegering af horisontalt ledelsesansvar til FVKC i nogen af klinikledelse. Alle FVKC'ere har således som udgangspunkt en stabslignende position (uden formelle beføjelser), hvor ingen i klinikken refererer til FVKC.

FVKC har derfor kun formel positionsmagt, når hun handler på vegne af og med opbakning fra klinikchefen. Det betyder, at FVKC er afhængig af klinikchefens konkrete medvirken i alle sager af betydning og dermed helt afhængig af, hvordan trojkaens ledelsesteam fungerer. Og dette gælder kun inden for egen klinik. I sager, som går på tværs af to klinikker er FVKC yderligere afhængig af, at alle relevante aktører i den anden klinik anerkender, at FVKC kan handle på sin kliniks vegne, selvom hun ikke formelt har mandat til dette, samt at hendes egen kliniks aktører anerkender, at den anden kliniks repræsentanter har mandat til at handle på deres kliniks vegne. Der skal bare én aktør, der vælger at spille det formelle referencekort – og går til klinikchefen – til at stoppe to FVKC'ers bestræbelser på at skabe en ændring

i en patientforløbsproces på tværs af to klinikker. Og det gælder naturligvis også, hvis det er et forløb, der involverer flere klinikker.

Uklarhed om FVKC's rolle og mandat i relation til strategisk og operationelt niveau bidrager yderligere til forskellige fortolkninger af FVKC's placering i ledelsesarbejdet og dermed til barrierer for FVKC's muligheder for at udøve tværgående ledelse. Uklarheden næres især af, at strategisk ledelse på den ene side slet ikke er nævnt i FVKC funktionsbeskrivelsen, men at hele FLO oplægget på den anden side tildeler FVKC en meget central plads i udviklingen af rammerne for sammenhængende patientforløb på tværs. Det er derfor ikke overraskende, at FVKC'erne har haft mange overvejelser og diskuteret meget om de skal arbejde på strategisk niveau eller operationelt niveau. Et synspunkt er, at de hovedsageligt skal arbejde strategisk og lede gennem ledere. Et andet synspunkt er, at de skal arbejde strategisk og operationelt, hvor det operationelle arbejde primært består i at implementere optimale rammer for effektive og sammenhængende patientforløb samt understøtte tværfagligt teambaseret samarbejde, herunder bidrage til udvikling af koncepter for patientens team. Et tredje synspunkt er, at FVKC skal deltage i strategisk arbejde, men primært facilitere og koordinere det operationelle samarbejde på tværs. Følgende citater fra FVKC'erne illustrerer situationen:

"Det er svært at navigere mellem forventninger om, at FVKC skal fungere på både strategisk og på operationelt niveau."

"Ifølge FLO har man en forventning om, at FVKC'erne er på det strategiske niveau, men hovedsageligt virker på det operationelle plan. Desuden står der, at de skal have deres daglige gang i klinikken. Det kan være rigtig svært at leve op til. Jeg har ikke tid til at gå rundt i alle afsnit hver dag. Jeg føler, at man i det kliniske felt har en forventning om, at det skal være således. Afdelingslederen er jo blevet fjernet, og det var jo hende, der koordinerede og fangede signaler fra det nære kliniske felt. Nu hvor hun ikke er der længere, vil der i en tilvænningsperiode være nogle urealistiske forventninger til de forløbsansvarlige" (om deltagelse i det kliniske felt, red.)

"Mine afsnitsledere frabeder sig FVKC involvering på det operative plan, og det har vi afstemt i dialog – jeg hjælper dem med at få rammerne på plads."

"Vi skal slet ikke blande os i deres faglige arbejde. Det at være operativ er f.eks. at være tovholder i en eller anden problemstilling eksempelvis et patientforløb. Det handler jo heller ikke kun om at være ledere af ledere i klinikken. Det handler også om at komme ud på tværs af klinikkerne eller ud til kommunen. Det er dét, jeg forstår ved at arbejde operationelt."

"Vi må trække mere på erfaringerne fra forløbskoordinatorerne i pakkeforløbene. Der har vi virkelig set, at det rykker i forhold til patientforløb. Der er man mere oppe på det overordnede niveau og det strategiske niveau, i forhold til at få alle fangarmene ud og sætte ting i sving og løfte op". En anden FVKC svarer: Måske, men pakkeforløbskoordinatorerne er i en anden situation. De har jo reelt ikke et tværgående mandat, fordi de er søjleforankret."

Konkret tolkes sondringen mellem strategisk og operationelt niveau, som et spørgsmål om FVKC skal:

1. Virke på det *operative* plan, med daglig gang i klinikken og involvering i det kliniske felt, eventuelt indgå i den faglige ledelse samt facilitere og udføre strategiske beslutninger.
2. Virke på det *strategiske* plan, rette sig mod strategiske spørgsmål, være førerhund på strategiske beslutninger om tværgående koordinering og overordnede beslutninger, være tovholder på tværgående udviklingsopgaver, hjælpe med at få rammerne på plads samt skabe samarbejde på tværs af klinikker og ud til primærsektor/kommuner.

FVKC'ernes dilemma og balancering mellem strategisk og operationelt illustreres i nedenstående case om omlægning af et patientforløb mellem to klinikker (Dalsgaard:47, 2014).

"Beslutningen om omlægning af patientforløbene blev truffet mellem to klinikchefer, hvorefter de to klinikkers FVKC'ere fik opgaven at beskrive og implementere forløbene mellem afsnittene. Der var kun ca. en måned til at løse opgaven. Forløbene var beskrevet i den ene afdeling, hvilket gav et godt udgangspunkt sammen med nogle artikler om lignende tiltag andre steder i landet. FVKC'erne afholdt tre møder med relevante specialeledelser, hvor patientforløbene blev beskrevet med fokus på, at der for patienterne skulle være et koncentreret forløb med høj kvalitet og kortere eller samme gennemsnitslige indlæggelsestid. FVKC'erne fungerer som projektleder/facilitator i processen og varetog også det praktiske med indkaldelse, referater, etc."

Det var et vellykket samarbejde på tværs med implementering af den ønskede løsning, men i FVKC perspektiv vil der være forskellige vurderinger af processen. Dalsgaard (2014) fremhæver, at det er udtryk for et entydigt hierarki, hvor det strategiske varetages af klinikcheferne, idet beslutningen om omlægning af patientforløbene tages direkte mellem klinikcheferne, hvorefter det praktiske med beskrivelse og implementering "beordres" håndteret af FVKC'erne, der således bidrager på det operationelle niveau.

Man kan hævde at klinikcheferne bør inddrage FVKC i den strategiske del af beslutningen om omlægning, idet det underminerer deres placering i klinikledelsen, hvis de holdes ude. Endvidere kan FVKC'ernes direkte involvering i implementeringen sende dem på kollisionskurs med aktører i specialer og afsnit, idet det kan opfattes som utidig indblanding i deres faglige arbejde. Der er tale om en balancegang, som den enkelte FVKC'er selv må finde afhængig af kontekst og personlige kvalifikationer og baggrund.

Offentlig Leadership Pipeline bruges som ramme for overvejelser om operationelt og strategisk niveau, og placerer sygehusets ledere på 3 ledelsesniveauer (Dalsgaard:23, 2014):

- Ledere af medarbejdere kan tolke og oversætte strategi til forståelige mål.
 - Ledende overlæger, afsnitsledende sygeplejersker/bioanalytikere/radiografer
- Ledere af ledere kan arbejde med strategiudvikling i samspil med overordnede, sideordnede og underordnede ledere.
 - Den samlede klinikledelse som ledere af ledere
- Funktionsledere kan udvikle strategier i samspil med topledelse.
 - Sygehusledelsen

På baggrund af sin analyse konkluderer Dalsgaard (56:2014) imidlertid:

"...at FVKCs placering i 'Offentlig Leadership Pipeline' naturligt lander på "Leder af medarbejdere"...og at forsøg på ledelse fra niveauet "Ledere af ledere" er forbundet med store udfordringer og i nogle tilfælde også egentlig modstand både fra underordnede, sideordnede og overordnede. Jeg mener desuden, at det er et særligt problem, at hospitalsledelsen opfatter FVKC som "Leder af medarbejdere", der agerer operationelt og ikke strategisk."

BARRIERER I ØKONOMISYSTEMET

Økonomistyringens decentrale ansvar for produktionsmål og omkostningsbudgetter giver på den ene side de enkelte klinikker, specialer og afsnit et ledelsesrum, hvor de i et vist omfang selvstændigt kan disponere vedrørende udvikling og drift. Men det opfordrer samtidig til silotænkning, som har implikationer for samarbejde og udvikling på tværs af enheder, især i situationer med krav om effektiviseringer, øget produktivitet, omkostningsminimering og besparelser. Som det fremgår i fasebeskrivelserne er FVKC hele vejen igennem stødt på barrierer med baggrund i økonomisk silotænkning. Alle nævner, at det er et generelt problem og kommer med bemærkninger af nedenstående karakter:

"Klinikkerne er søjler baseret på budgetter. Der er ingen sammenhæng mellem dem, økonomi fylder uforholdsmæssigt meget."

Økonomisystemets silo-skabende effekt forstærkes af benchmarkings med andre sygehuse, der typisk er traditionelt afdelingsopdelte. Det fremtvinger i sagens natur et traditionelt afdelingsfokus på Aalborg UH. Det samme gælder flere andre performancemålinger, som har afsæt i nationale standarder.

Det er generelt uhyre vanskeligt for FVKC'erne at spille økonomien på plads i forbindelse med forbedring og udvikling af sammenhængende patientforløb på tværs. En FVKC'er opsummerer situationen således:

"Forhandlinger om ændrede patientforløb, om nye behandlingsmetoder eller nye undersøgelser kan som udgangspunkt kun aftales endeligt, hvis der er tale om en nulsums-forretning. Det er til dato ikke lykkedes at finde et forslag, der reelt har været en nulsums-forretning. Jeg har således deltaget i mange møder/forhandlinger om patientforløb, hvor vi ikke har kunnet afslutte med en konkret aftale, idet det økonomiske aftalegrundlag ikke var på plads. Mit råderum i forhold til at agere som FVKC er derfor reduceret til at indgå i forskellige fora, hvor jeg kan italesætte forskellige problemstillinger, historier eller opfattelser og forsøge at påvirke den politiske vinkel eller den generelle diskurs."

FVKC'erne har ingen beføjelser m.h.t. økonomi og inddrages kun i beslutninger om økonomi, hvis økonomiansvarlige ledere inviterer dem indenfor. Flere FVKC'ere er hen ad vejen blevet involveret i økonomiudfordringer, men det er indtrykket, at de har haft vanskeligt ved at holde deres hovedfokus på sammenhængende patientforløb inde i beslutninger om effektiviseringer og besparelser, idet fokus i disse overvejelser typisk er defensivt og indadvendt. Følgende udsagn illustrerer situationen:

"Jeg har mange reaktive opgaver i forbindelse med besparelser og økonomi-prioriteringer."

"Tyngden af ledelsesfokus for hele Aalborg UH er i praksis entydigt på økonomi."

I nogle tilfælde kan deltagelse i økonomibeslutninger ovenikøbet indebære, at FVKC'ere får mindre tid til at arbejde med koordinering på tværs.

Det forventes, at FVKC'erne *"sikrer den rette dataunderstøttelse og optimale rammer for effektive og sammenhængende patientforløb"* (HR koncern, 2013). Så de har selv mandatet til at skabe rammerne for FLO-tilpassede horisontale performancemålinger. Men det er en stor mundfuld, som kræver aktivt medspil og involvering fra en række parter. FVKC kan ikke løfte opgaven alene. Nogle FVKC'ere har taget de første skridt ved at "skygge patientforløb" og redegøre for resultatet på møder. Der er også eksempler på, at afsnitsledere har udarbejdet flow charts over typiske patientforløb som understøttelse for tværfagligt teambaseret samarbejde. Nogle pålagte registreringer i forbindelse med udredningsgaranti, udredningsretten og ventetider er også et skridt på vejen, idet de går på tværs af specialegrænser og giver grundlag for dataunderstøttelse af sammenhængende patientforløb. Men der er langt igen, før FVKC'erne kan trække på systematiske horisontale styresystemer vedrørende sammenhængende patientforløb på tværs.

STRATEGI-BARRIERER

FLO står helt centralt i Aalborg UHs erklærede strategi, og sammenhængende patientforløb er det centrale element i FLO. Som udgangspunkt placerer det FVKC'erne i kernen af Aalborg UHs visioner, og tildeler dem principielt en massiv opbakning.

Men strategien er en vision om en transformation som (endnu) ikke er gennemført. En transformation fra et ekspertisebaseret hospital med subspecialiseret patientbehandling til et patientcentreret hospital, som er en del af et integreret sundhedssystem.

Aalborg UHs aktuelt praktiserede strategi, som kommer til udtryk i topledelsesbeslutninger og opmærksomhed er i vidt omfang stadig funderet på modellen for subspecialiseret patientbehandling, som er udviklet gennem en lang årrække

og forankret i de institutionelle rammer som Aalborg UH indgår i. FLO visionerne har derfor ikke førsteprioritet i mange sammenhænge, hvor gamle prioriteringer stadig har forrang. F.eks. når nationale strategier, der typisk tænker i specialebaserede afdelinger, slår igennem og skaber barrierer for FLO. Eller når strategier for besparelser baseres på benchmarking med traditionelle specialeafdelinger på andre sygehuse. Samtidig er der, som nævnt i fasebeskrivelserne, mange andre hensyn end FLO-visioner indbygget i den praktiserede samlede overordnede strategi. Topledelsen håndterer situationen ved det, der kaldes sekventiel attention til mål. Det betyder, at man på ét tidspunkt fokuserer på FLO visioner, og på et andet tidspunkt har man fokus på benchmarking baserede besparelser etc.

I praksis ser det derfor ud til, at ledelsen taler med flere tunger og ofte ikke er samstemt i deres udmeldinger. Det er et svært og ofte klassisk vilkår for offentlige ledere. Konsekvensen er, at FVKC'erne ikke har synlig og tilstrækkelig ledelsesopbakning. Flere FVKC'ere har givet udtryk for, at de mangler en forløbsansvarlig vicedirektør i hospitalsledelsen, som kan støtte dem i bestræbelserne på at styrke sammenhængende patientforløb på tværs, og som kan fastholde fokus på patientforløbsperspektivet, når en sag refereres op på sygehusniveau. Når FLO-visionerne ofte fortrænges af andre prioriteringer, er det ikke så mærkeligt at nogle opfatter FLO visionerne som skueværdier eller kejserens nye klæder og derfor mener, at man roligt kan negligere dem og arbejde udenom FVKC'ernes initiativer.

Et yderligere problem for FVKC'erne er, at visionerne om sammenhængende patientforløb er for abstrakte. Der mangler en operationalisering af visionerne i form af en konkret horisontal strategi, som kan give FVKC'erne legitimitet og støtte deres argumentation og arbejde for sammenhængende patientforløb. Der er veletablerede rutiner for at operationalisere siloernes strategier, mens rutiner for operationalisering af horisontale strategier er ufuldstændige eller helt fraværende, og dermed bliver det siloernes strategier, der dominerer billedet og styrer adfærden i organisationen.

Masterspecialet (Dalsgaard, 2014) er opmærksom på strategiernes betydning for FVKC'ernes handlemuligheder. Med udgangspunkt i begrebet strategiske arenaer (Klausen, 2009) analyseres, hvilke arenaer der er i spil. Der ses på, hvilke arenaer der dominerer, og hvilke muligheder FVKC'erne har for at påvirke spillets forløb og resultat. Der argumenteres for, at FLO visioner om sammenhængende patientforløb, som henregnes under produktionsarenaen, konsekvent får lavere prioritet end den politiske arena og markedsarenaen, der henholdsvis repræsenterer arenaer, hvor der kæmpes om magtforholdene i organisationen og økonomiske prioriteringer.

KULTUR-BARRIERER

Hele vejen gennem fasebeskrivelserne i kap. 3 samt i øvrige afsnit i kap. 4 støder FLO på kulturbarrierer. Det vidste man på forhånd ville ske, idet organisations- og professionskulturer ofte udgør de største barrierer ved transformation fra en ekspertisebaseret organisation til en "kundecentreret organisation". In casu et patientcentreret sygehus i et integreret sundhedsvæsen. Trods dette har mange klart undervurderet udfordringen med at understøtte en organisationskultur i overensstemmelse med FLO visionerne. Efter halvandet år med FLO siger en FVKC i en dialog om barrierer:

"Centralt er, at der nu engang er 3 søjler; læger, sygeplejersker og så "den ny" Djøf-gruppe. Hver faggruppe spejler sig i eget billede og ser opad i egen gruppe. Der er en giftig retorik, som holdes i live. Vi er selv med til at fastholde de gamle kulturer. Der er en masse historie. Nogle personer kan slet ikke snakke sammen. Det er også en barriere. Det er på tide, at vi gør noget ved det, at vi tør at tage fat i disse problemer. Vi må tale mere lige ud af posen. Og så kræver det ledelse og handling."

"Der bliver brugt meget energi på, om det er bioanalytikere, sygeplejersker eller læger fra det ene eller det andet speciale, der har bolden end der er fokus på patienten."

FVKC'erne har i vidt omfang stået magtesløse over for kulturbarriererne, og har kun i begrænset omfang kunnet initiere egentlige udviklingsprojekter om samarbejdskultur.

Der har ganske vist været spredte projekter som vedrører samarbejdskultur. Bl.a. har der siden 2012 været kørt flere projekter vedrørende "Relationel koordinering" rundt i organisationen, som direkte adresserer udvikling af samarbejde på tværs mellem frontlinje personale, og der har også kørt flere LEAN projekter, som i et vist omfang har fokus på horisontale processer. Men disse projekter har ikke været integreret med FVKC'ernes funktioner og har ikke været knyttet systematisk til FLO. Der er endvidere iværksat kompetenceudvikling vedrørende teamsamarbejde og tiltag om patientens team er på vej. Det er dog endnu uklart, om disse aktiviteter vil kunne integreres med og understøtte FVKC'ernes arbejde.

Hertil kommer, at lægernes professionskultur tildeler FVKC'ere med sygeplejefaglig baggrund en svag legitimitet. Det ligger dybt i kulturen, at patientforløb er lægernes ansvar, og at læger ikke kan ledes af sygeplejersker. Der findes undtagelser, men det er måske de undtagelser, der bekræfter reglen. Det er en begrænset hjælp, at FVKC har fokus på generel ledelse og ikke faglig ledelse, og at mange sygeplejersker er meget erfarne ledere. En FVKC udtaler:

"Lægerne vil ikke ledelsesmæssigt underlægge sig en sygeplejerske. Men jeg synes ikke, at man mærker det i hverdagen. Men det vil de ikke. Men jeg har da en ledende overlæge – vi har ellers et ganske fortrinligt samarbejde – men alligevel kan vedkommende sidde og sige: "Jamen jeg er sidestillet med dig". Det er vedkommende altså ikke. Og der kan man tænke, hold da op. De vil være sidestillede."

"FVKCs ledelsesopgaver er ikke tydelige. Hvad indebærer denne tværgående rolle? Og der mangler accept af ledelsesrollen."

I kulturen er man vant til, at sygeplejersker og sekretærer koordinerer arbejde på tværs, f.eks. som forløbskoordinatorer. Det er imidlertid ikke som overordnet, men som en assisterende funktion til lægerne og i princippet under lægernes ledelse. Denne form for koordinering passer

ind i lægekulturens forestillinger. FLO derimod udfordrer den forhandlede orden ved at placere sygeplejersker i klinikledelsen, som samlet set er overordnet lægerne.

Også FVKC'ere med lægefaglig baggrund er udfordret på legitimiteten. Der er en gensidig forståelse for at FVKC ikke skal blande sig i den decentrale faglige ledelse, som kræver subspecialiseret lægelig ekspertise og at FVKCs opgave er generel ledelse. Det synspunkt deler FVKC og ledende overlæger. Men FVKC udfordres af lægekulturens perspektiv på generel ledelse, fordi det ikke har samme status som faglig ledelse. Det ligger i kulturen, at generel ledelse er et sekundært karrierevalg:

"Det betyder noget i lægeverdenen, hvor der er lidt den der med: "At hvis ikke man kan finde ud af det, så kan man altid rende over i ledelsesdelen". (FVKC med lægefaglig baggrund).

Dette hænger sammen med at organisationskulturen er rammen om "den forhandlede orden" i organisationen, som sameksisterer med de formelle strukturer. Den forhandlede orden er den egentlige styrende faktor for koordination og samarbejde. Den er udviklet gennem aktørernes daglige interaktion over tid og selv formelle ledelsespersoner kan ikke negligere den. De må arbejde med og igennem den forhandlede orden. De er en del af den forhandlede orden.

Lægekulturen har således svært ved at acceptere, at FVKC som generel leder vejer mere end de ledende overlæger og andre betydende aktører. Den formelle struktur er ikke den afgørende faktor. Hertil kommer at FVKC jo heller ikke er placeret i linjen i lægesiloen. Så hvis det endelig kommer dertil at FVKC trækker det formelle kort, så kan man jo holde sig til formalia og referere til klinikchefen.

FVKC'ernes faglige baggrund er noget, alle FVKC'ere er optaget af, og det er blevet diskuteret meget i FVKC-netværket.

"Vi har også diskuteret det indbyrdes, for jeg har sagt nej i nogle sammenhænge, hvor jeg er blevet spurgt, fordi jeg er sygeplejerske. Der har jeg svaret: "Jamen, jeg er viceklinikforløbschef nu. Jeg er leder. Jeg er sygeplejerske, men jeg ser ikke mig selv med den baggrund, når jeg skriver under på noget. Men der er nogle af FVKC'erne med lægefaglig baggrund, for hvem det er vigtigt at underskrive sig med lægetitlen". (FVKC med sygeplejefaglig baggrund).

Hvortil en kollega responderer:

"Det ville være tåbeligt af os ikke at underskrive sig med lægetitlen. Det er fordi, det har en impact i forhold til lægegruppen. Der ligger en kæmpe identitet i det. I skriver jo også MPA (mastertitel), når I skriver under". (FVKC med lægefaglig baggrund).

FVKC'ernes rolle som murbrækkere for FLO og som fortropper i arbejdet for udvikling af sammenhængende patientforløb på tværs legitimerer på den ene side, at de kan udfordre veletablerede professions- og organisationskulturer. Men på den anden side er det med til at svække deres legitimitet, idet de i den negative 'sensemaking' omkring FLO identificeres med de problematiske sider af FLO. Det hænger sammen med FLO's forskydning af magtbalancen og forstyrrelser af den forhandlede orden, der revitaliserer magtkampe i relationerne mellem læger og sygeplejersker. FVKC'erne får her en placering midt imellem skyttegravene.

NOGLE MINI-CASES ILLUSTRERER BARRIERERNE PÅ DE FIRE OMRÅDER

Nedenstående er en opsummering på cases, der er afleveret som fortrolige, og som indgår i Dalsgaards masterafhandling (Dalsgaard, 2014). De illustrerer barriererne på de fire områder: ledelsesstrukturen, økonomisystemet, strategiske prioriteringer samt professions- og organisationskulturen.

CASE: FLYTNING AF FUNKTION GEOGRAFISK OG INTERNT I KLINIK

Denne case illustrerer problemet med silotænkning selv indenfor samme klinik og "at FVKC på trods af sin placering i klinikledelsen ikke kan afslutte, idet de ledende overlæger referer direkte til klinikchefen. FVKC er afhængig af, at de pågældende ledende overlæger selv indgår en aftale eller at klinikchefen går ind og støtter FVKC ... Det sker ikke".

Det, at FVKC ikke kan løse problemet indenfor egen klinik, peger i retning af manglende beføjelser til at træffe beslutninger på et overordnet niveau, som de ledende overlæger i de pågældende specialer skal rette sig efter. Barriererne vedrører økonomisystem, struktur og strategi. Det illustrerer, at FVKC står svagt, hvis der ikke er opbakning fra klinikchef og ledende overlæger til horisontal strategi.

CASE: ÆNDRING AF ARBEJDSGANG MELLEM KLINIKKER

Denne case illustrerer problemet med, at FVKC (Klinik X) ikke har mulighed for at agere, hvis en FVKC (Klinik Y) ikke responderer i forhold til en henvendelse. En henvendelse fra en ledende overlæge til sin FVKC med henblik på en kontakt til en ledende overlæge i en anden klinik kan ikke gennemføres, idet den ene FVKC ikke kan overtale eller pålægge sine egne overlæger at agere på henvendelsen.

Her ser man et manglende samarbejde mellem to FVKC'ere, som bunder i et forskelligt ledelsesmandat i klinikledelsen.

Der er både struktur-, strategi- og kulturbarrierer, herunder manglende legitimitet hos FVKC (Klinik Y), konkret i forhold til formidling af et samarbejde på tværs vedrørende kliniske spørgsmål. To FVKC'ere kan således ikke håndtere en tværgående ledelsesudfordring, hvis ikke begge parter har legitimitet i deres egen klinik til at agere på klinikkens vegne.

CASE: BESLUTNING OM ÆNDRET FORLØB OG OPDRIFT

Casen beskriver en hierarkisk organisation, hvor FVKC (Klinik X) entydigt er klinikchefen underordnet, idet klinikchefen pludselig uden afstemning og forhåndsftale, kan skifte kurs og ændre sin beslutning, som FVKC (Klinik X) og den specialeansvarlige (X1) har fulgt og fremlagt overfor anden klinik Y. Klinikchefen underminerer således FVKC (Klinik X's) position ved, på et tværgående møde, at udmelde et retningssskifte som en helt selvstændig beslutning, uden at den er forhåndsftalt /forhåndsafstemt med egen FVKC (Klinik X).

Her er både struktur-, økonomisystem- og strategibarrierer samt ikke mindst kulturbarrierer. Casen illustrerer, hvor svært det er for FVKC at vinde fodfæste i en organisation, hvor man ikke er vant til at tænke i horisontal strategi og ledelse, men klarer alle tværgående koordineringsbehov gennem uformelle relationer og uden intern koordinering af beslutninger i klinikledelsen. Det har virket i mange år og er dybt forankret i kulturen.

CASE: SILOER HELT I TOP

Denne case illustrerer, at FVKC's forsøg på, i samarbejde med overordnede, underordnede og sideordnede, at udvikle en fælles strategi i forhold til en patient procedure, som blokeres.

Casen indeholder struktur-, økonomisystem-, kultur-, og strategibarrierer. Den peger på, hvor svært det kan være for FVKC at udvikle løsninger på tværs, når aktørerne gør, som de plejer, og ikke understøtter FLO perspektiver og strukturer. Ledende overlæger kan gå til klinikchefen, som kan gå til hospitalsdirektøren og herigennem neutralisere eller negligere vicedirektørs og FVKC's tiltag. Den peger også på, at både hospitalsledelsen og klinikledelsen mangler at udvikle horisontale strategier i forlængelse af de overordnede FLO visioner.

AFRUNDENDE OM FVKC

FVKC'erne står med store og spændende udfordringer. Der er stor opmærksomhed omkring den nye rolle, og topledelsen har store forventninger til, at FVKC'erne skal skabe resultater og fremme FLO.

Men der er en diskrepans mellem forventninger og handlemuligheder. FVKC'ernes platform er skrøbelig set i relation til omfattende barrierer og modstand. Det er svært at finde ledelsesopbakning, medspil og støtte. Det hænger sammen med den relativt svage opbakning til FLO-projektet og uklarheden om FVKC's rolle.

Indtil videre synes FVKC'erne at fungere som enmandshære i kamp for FLO, presset af hovedkvarteret og sekunderet af spredte allierede rundt i sygehuset.

FVKC'erne svinger mellem stor optimisme og grænsen til fortvivlelse. De siger det ikke højt, men sådan må det være. Det må være en udfordring for dem at bevare selvtilliden og motivationen og slås for at opnå andres tillid og medspil.

Hvis barriererne skal overkommes, må man drive transformerende ledelse. – Det er nødvendigt, at disse barrierer adresseres og svækkes. Det kan FVKC ikke gøre alene i de gældende rammer. Det kræver magt og legitimitet.

KAPITEL 5

OPSAMLLENDE ANALYSE

Dette kapitel søger i koncentreret form at besvare følgeprojektets forskningsspørgsmål, som det blev formuleret i afsnit 1.3. Kapitel 3 har belyst *"FLO's udvikling eller skæbne over tid på Aalborg UH"*, og kapitel 4 har *"afdækket FLO ud fra fire aktørgruppers vinkler"*. I nærværende kapitel præsenteres et opsamlende svar på FLO's udvikling eller forandringsforløbet ved fortsat brug af projektets analyseramme (jf. figur 4).

Endvidere præsenteres opsamlende svar dels på *"at analysere hæmmende og fremmende faktorer for FLO's udvikling på Aalborg UH"* dels *"at indkredse erfaringer med FLO på Aalborg UH og pege på uhensigtsmæssigheder, mangler og justeringsbehov samt følge den videre udvikling af visioner og løsninger."*

5.1 FORANDRINGSFORLØBET

FLO: EN VISION OM RADIKAL TRANSFORMATION

FLO er Region Nordjyllands vision om Fremtidens Ledelsesorganisering på sygehusområdet. Som det er fremgået, er det en vision om en transformation fra et ekspertisebaseret til patientcentreret sygehus i et integreret sundhedssystem. FLO er en radikal transformation, der indebærer store forandringer i sygehusets deep structure (dvs. vision og strategi, struktur, systemer, kompetencer, kultur og magt), der er udviklet gennem mange årtier og indlejret komplekse institutionelle strukturer, nationalt og globalt.

Som udgangspunkt tænker man 'impossible mission and endeavor'. Men set med organisationssociologiske briller er det en uhyre interessant og helt nødvendig ambition, som sygehusverdenen ikke er alene om at måtte forholde sig til. Specialisering og subspecialisering er i dag så udviklet,

at videnstunge organisationer har et alvorligt problem med fraktioneret opgaveløsning. Mange steder kæmper man med at koordinere, integrere og skabe sammenhæng. Det er særlig vanskeligt, hvor der er komplekse opgaver med reciprok afhængighed mellem eksperternes delopgaver – og hvor kunden, borgeren, brugeren, patienten forventer integreret problemløsning. Nogle er længere fremme end andre. Hvor der ikke er stærk afhængighed mellem organisationens delopgaver, behøver man ikke at føre an i koordinations- og integrationskæde.

Man har arbejdet på integration i sundhedssektoren i mange år, men med begrænset held (Seemann, 2009). Det har vist sig, at der ikke er nemme og hurtige løsninger. Der er derfor ingen grund til at ryste på hånden, fordi FLO ikke udvikler sig så hurtigt, som pionererne måske havde håbet. FLO er ikke en transformationsproces, der kræver akut gennemførelse. Presser man for hårdt på, kan den måske helt mislykkes. Med baggrund i organisationsforskningen må man advare mod forcerede udviklingsforløb, når talen er om radikal forandring. Det kan medføre megen smerte. Meget hurtig radikal forandring synes kun at foregå udramatisk, hvis det opstår som et kollektivt flow, hvor store dele af organisationens aktører inden for en kort periode gribes af en ny måde at anskue værdiskabelsen på og i mere eller mindre samlet flok stormer mod det nye. Det er svært at forestille sig denne udvikling i sygehussektoren, hvor evidens og behandlingssikkerhed er helt centrale elementer.

Så det er måske ikke så problematisk, at FLO implementeringen kun bevæger sig langsomt fremad. Fordelene ved en moderat hastighed er, at man ikke behøver at hvirvle alt op på en gang, og at man kan lære undervejs. Til gengæld kan det også gå for langsomt, så forandringen mister momentum og ikke formår at passere 'the tipping point', som ligger det sted, hvor de

transformerende ideer får fodfæste og danner grobund for fortsat udvikling baseret på den nye logik. Så der er tid til at lade FLO udvikle sig. Men man kan til gengæld ikke overlade FLO til sig selv. Det er helt nødvendigt, at en række parter aktivt involverer sig i at drive udviklingen af FLO. Det kræver aktiv forandringsledelse.

Region Nordjyllands forandringsstrategi på sygehusområdet har i udgangspunktet fulgt best practice for transformation af store organisationer med konsulentrapporter, omhyggelige interne analyser og udredninger, vision generering, høringsrunder, justeringer og dialoger og forhandlinger med nøgleinteressenter.

På Aalborg UH omsatte topledelsen FLO's generiske modeller for organisationsstrukturer og ledelse til den lokale kontekst i samarbejde med en række arbejdsgrupper og yderligere høringsrunder i løbet af 2012. Nye ledelsespositioner blev bemandet og implementeringen påbegyndt 1.1.2013. Det var en top down strategi med forståelse for, at et stort antal aktører skal høres og involveres i planlægningen af udrulning af forandringen. Der blev gennemført et stort anlagt "road show", hvor visioner og planer blev kommunikeret med "spray and pray" og "tell and sell" kommunikation. Alt sammen lige efter bogen.

Trods et meget gennemarbejdet og professionelt oplæg med generiske modeller, som skulle tilpasses og udformes nærmere af decentrale enheder, opstod der et tomrum ved implementeringen. Man satsede på, at hierarkiet skulle implementere forandringerne uden ekstra ressourcer. Det gik godt med de indledende interventioner, som bestod af ny overordnet strategi samt ny organisations- og ledelsesstruktur.

Det lykkedes med en mere begrænset FLO ambition at skabe en ny struktur med forløbsansvarlige ledere på klinikledelsesniveau. Herefter blev det svært. De initiale interventioner skabte ikke i sig selv tilstrækkelig ændringer i adfærd. FLO visionerne om udvikling af samarbejdskultur og forløbsbaseret organisering i form af sammenhængende patientforløb på tværs af siloer druknede i drift, besparelser og mange andre hensyn og et hav af mindre forandringsprojekter.

Aalborg UHs topledelse og Trojkaerne initierede en

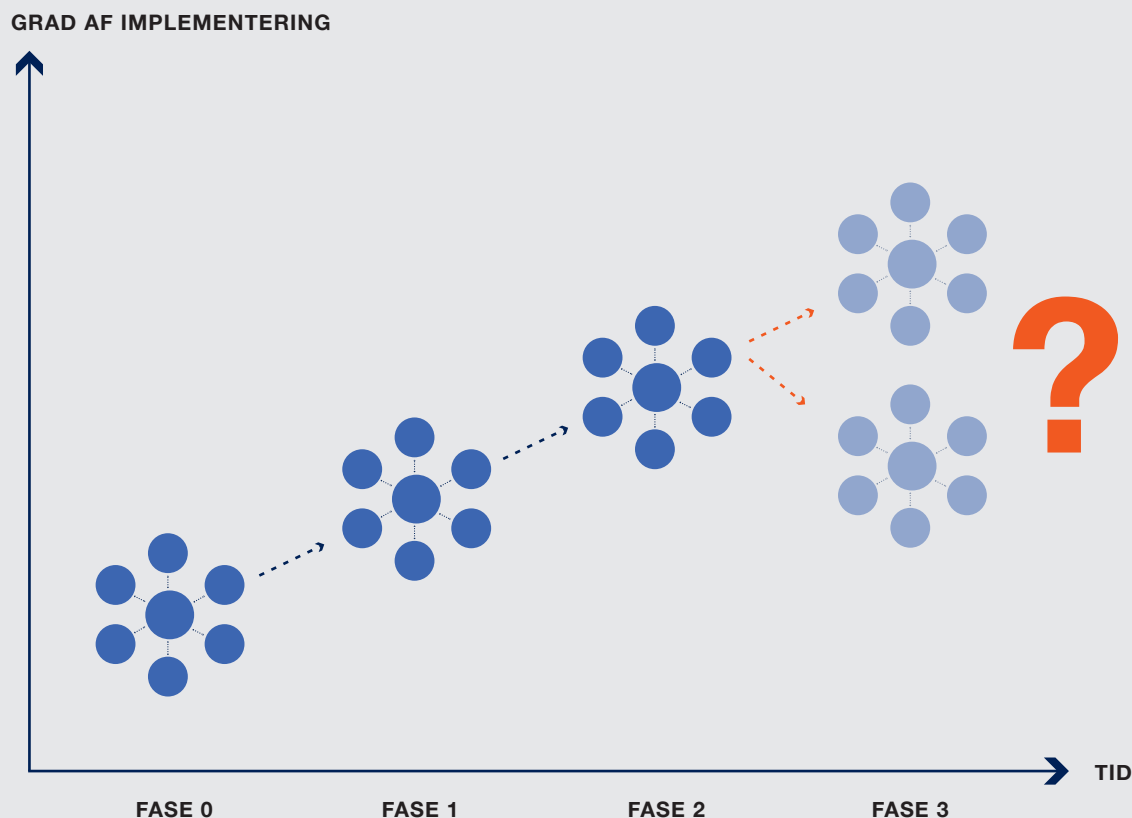
række tiltag til forandringsledelse med forskellig styrke og succes, men det lykkedes ikke at etablere en egentlig systematisk og konkret forandringsledelse med organisering af de decentrale ændringsprocesser. Heller ikke ledere i afsnit og specialer havde mulighed for at agere som forandringsagenter og etablere en mere systematisk forandringsledelse. Hierarkiets kapacitet for forandringsledelse var blevet overvurderet.

Man havde formentlig også overvurderet forandringsberedskabet i organisationen i relation til mere radikale ændringer, der griber ind i deep structure. Mange så ikke den brændende platform og havde måske heller ikke et brændende ønske om at virkeliggøre FLO. Og man havde undervurderet skepsis og modstand mod FLO.

Der er dog næppe tvivl om, at mange delte de overordnede visioner. Hvem er imod fokus på patienten og sammenhængende patientforløb? Men der er mange forskellige fortolkninger af visionerne. Samtidig var der stor utilfredshed med *måden* forandringsprocessen blev kørt på. Det blev opfattet som en top-down proces, hvor man kørte hen over klinikkernes mandskab uden at lytte til spørgsmål, indvendinger og betænkeligheder. Trods høring og flere arbejdsgrupper havde man ikke fat i de fagprofessionelle i handlingsorganisationen.

Aktørers holdning til en forandring kan karakteriseres ved henholdsvis graden af aktiv støtte til forandringen og graden af aktiv modstand (D'Herbement & César, 1998). I dette perspektiv er det vurderingen, at der var meget få aktører på Aalborg UH, der aktivt støttede FLO projektet. De fleste hverken støttede eller udøvede aktiv modstand. De var passive, afventende og måske skeptiske. De havde nok at gøre med at finde sig til rette i de nye rammer og håndtere drift og løbende opgaver. Dette sammen med den ret massive modstand fra dele af lægegrupperne var simpelthen for stor en udfordring for den relative spinkle forandringsledelse.

Forandringer i deep structure begynder først for alvor at få momentum, når en stor del af mandskabet aktivt begynder at støtte og bidrage til decentral udvikling og implementering. Det kræver samspil om udvikling. Det udfordrer faggruppernes mind-set og er ikke neutralt i relation til den eksisterende forhandlede orden.



FIGUR 13
FLO i et vadedsted.

Det er en helt anden udfordring end de forandringer, sundhedsprofessionelle typisk er vant til, og som de er verdensmestre i. Dvs. forandringer inden for eget domæne, hvor aktørerne er i kontrol med både udviklingsprocesser og løsninger og selv skaber ændringer i den måde, de arbejder på.

En af ledelses- og forandringsteoriernes Grand Old Men, fremhæver en nyttig tommelfingerregel i relation til forandringsvisioner: *"Hvis man ikke kan beskrive visionen bag et forandringsinitiativ på fem minutter eller mindre og modtage en reaktion, der signalerer forståelse og interesse, må man være forberedt på alvorlige problemer"* (Kotter, 1999:9).

Imidlertid efterlod kommunikationen af FLO-visionerne ikke aktørerne på Aalborg UH med en klar målerklæring om, hvor FLO skulle føre hen, og hvad det konkret skulle betyde for de forskellige aktørrollers rolle og funktion. Det var en dominerende opfattelse, at FLO var for abstrakt og efterlod flere uklårheder.

På denne baggrund kan FLO visionen forstås som underkommunikeret. Man troede måske for meget på, at visionen i sig selv kunne motivere. Men sådan gik det ikke, FLO skabte ikke stor begejstring og entusiasme på Aalborg UH.

Hertil kommer en manglende synlig såkaldt dominerende koalition. Med manglende eller for få rollemodeller, som driver FLO frem, og med manglende operationalisering af FLO, kan der ikke skabes bred opbakning.

Med en manglende dominerende koalition, har der været for ringe forandringskraft i relation til sense making og kulturforandring. Kulturforandring er altid den store udfordring. Den forhandlede orden sætter sig igennem inden for de nye strukturer og ledelsespositioner. FLO er "ikke gået i blodet på organisationen" – og således heller ikke i blodet på organisationens professionelle. Professionelle søger især at skabe kontrol over deres egen butik og afskærme for forandringens fluks og kaos. Man må da også betegne det som meget forståeligt, at aktørerne på Aalborg UH skaber snævert silofokus, og samtidig afgrænser og afskærmer deres felt, så de har mest mulig kontrol over egne opgaver.

MIS-FIT MELLEM FORANDRINGSVARIABLE

I relation til den analyseramme (jf. figur 4), forskningsprojektet har anvendt, kan man indkredse mis-fit mellem variablene i det studerede forandringsforløb. FLO-visionen stiller krav om alignment af eller overensstemmelse mellem de øvrige variable hele vejen rundt i model 4. Men forandringsforløbet har været karakteriseret ved en dominerende brug af visions- og strukturvariable. Der er dog tiltag til alignment i fase 2 på flere områder (jf. figur 8). Men relativt til visions- og strukturvariablene må de karakteriseres som mindre tiltag.

I fase 2 gennemføres kompetenceudvikling, men i relation til FLO, var denne ikke tilstrækkeligt rettet mod FLO. Omgivelsesvariablen forstået som primær sektor blev sat på 'stand by' og ikke viet særlig opmærksomhed. Tillige udgør omgivelsesvariablen forstået som den institutionelle kontekst væsentlige barrierer og fastholder etablerede strukturer og processer .

Der kan i høj grad også peges på et mis-fit mellem de nye FLO-elementer og styre-, informations- og belønningssystemer. Der søges i fase 2 mindre systemtilpasninger, men det flytter ikke det dominerende billede af, at system-variablen i høj grad blokerer for FLO's tværgående tænkning. Sluttelig skal nævnes, at kultur- og interessevariablene ikke blev tilstrækkeligt tænkt ind i den anvendte forandringsstrategi, der hovedsagligt har været visions- og strukturbåret. Men FLO udfordrer i høj grad etableret kultur og fagprofessionelt forhandlet orden, som det især er blevet beskrevet i kapitel 4. Strukturændringer medfører, som bekendt, ikke automatisk kulturændringer.

FLO BEFINDER SIG I ET VADESTED

Hvor er FLO på vej hen? Er Aalborg UH på vej mod en patientcentreret organisation? Det er svært at vurdere. Meget peger på, at FLO befinder sig i et vadested (figur 13). Hvis det lykkes at reducere barrierer og hæmmende faktorer, er der grund til at tro, at det på den lange bane vil være muligt at realisere FLO visionerne. Det afhænger af, om tilstrækkelig mange af de fagprofessionelle vil transformationen, og om topledelsen "walk the talk", tilpasser styresystemer og gør deres for at fjerne barrierer og hindringer.

Men det kan også gå den anden vej. Lignende forandringsforsøg har måttet sande, at inerti, fagprofessionelle bastioner og uhensigtsmæssige ledelsessystemer samt institutionelle rammer kan være for stor en opgave selv for ambitiøse satsninger.

5.2. SEKS VÆSENTLIGE STATEMENTS

Opsummeringen af den tidligere beskrivelse og analyse af FLO præsenteres i form af et antal statements. De første fem statements belyser ikke-intenderede og på samme tid hæmmende faktorer for FLO's udvikling på Aalborg UH, medens det sjette og sidste statement indeholder en flerhed af positive tanker og udviklinger, som særligt har vist sig i det seneste halvår af 2014 – og som må anses for fortsat at kunne fungere som fremmende faktorer for FLO's fortsatte udvikling på Aalborg UH. Tilmed indeholder det sidste statement forskningsprojektets bud på flere veje frem mod fortsat konsolidering af FLO.

FLO har forstyrret den 'forhandlede orden' på tværs af professioner. – Men forstyrrelsen har ikke været éntydigt positiv.

FLO har helt forventeligt forstyrret den forhandlede orden på tværs af fagprofessionerne og udfordret organisationskulturen eller den eksisterende praksis i dag til dag rutinerne. Selvom FLO ikke har opnået fuldt gennemslag i organisationen, betyder implementeringsprocessen, at FLO i varierende grad indgår i lokalt forankrede forhandlinger om arbejdsdelinger mellem ledelsesfunktioner og roller, og hvorledes de udfolder sig i daglig praksis.

Til trods for den beskrevne lægefaglige modstand, skønnes FLO ikke grundlæggende at have påvirket de klassiske relationer og positioner mellem læger og sygeplejersker. Men FLO udfordrer forestillingen om, hvorledes og af hvem hospitalet skal ledes, og hvilke kompetencer og fagligheder, der skal ligge til grund for denne ledelse. For overlægerne bliver det en fagideologisk diskussion, om det efter deres mening helt nødvendige i, at det lægefaglige må vægtes i en ledelsesmæssig sammenhæng fremfor et mere sygeplejestyret hospital, som lægerne forbinder med FLO.

De afsnitsledende sygeplejersker oplever da også større indflydelse, og deres faglighed og forestilling om ledelse opleves som mere dagordenssættende end i den tidligere afdelingslederfunktion. De ledende overlæger oplever at miste indflydelse til afsnitsniveauet, hvilket danner et væsentligt grundlag for den lægefaglige modstand mod FLO. Det andet væsentlige grundlag er lægernes modstand mod FVKK'erne (se statement V.)

For både ledende læger og sygeplejersker gælder dog, at hybridledelse (Jespersen, 2005), der kobler generel ledelse med faglig ledelse, synes mere gangbar og spiselig end FLO's mere ensidige vægt på generel ledelse. FLO spejler dog et gammelt og klassisk magtspil i sygehusorganisationen på tværs af (ledende) læger og (ledende) sygeplejersker.



Bærer præg af 'silotænkning' og 'gamle' afdelingsstrukturer i nye klinikker

FLO er ikke rullet tilstrækkeligt ud i organisationen, og FLO har manglet konsolideringskraft. Med andre ord er FLO forblevet en vision om en transformation som (endnu) ikke er gennemført. En transformation fra et ekspertisebaseret hospital med subspecialiseret patientbehandling til et patientcentreret hospital, som er en del af et integreret sundhedssystem.

86

Aalborg UHs aktuelt praktiserede strategi er i vidt omfang stadig funderet på modellen for subspecialiseret patientbehandling, som er udviklet gennem en lang årrække og forankret i de institutionelle rammer, som Aalborg UH indgår i. FLO visionerne har derfor ikke førsteprioritet i mange sammenhænge, hvor gamle prioriteringer stadig har forrang. F.eks. når nationale strategier, der typisk tænker i specialebaserede afdelinger, slår igennem og skaber barrierer for FLO. Eller når strategier for besparelser baseres på benchmarking med traditionelle specialeafdelinger på andre sygehuse.

Etableringen af de 8 nuværende klinikker har betydet, at det er sværere (ofte dyrere) at gå på tværs af nu 8 klinikker eller 'siloe' end med de tidligere 4 centre. Det er blevet sværere at samordne ændringer og besparelser, når hvert afsnit i en klinik sidder med hver deres budget. Det medfører, at afsnittene klinikinternt 'spilles mere ud mod hinanden' end i centerstrukturen. Desuden styrkes silotænkningen af, at MED-udvalgene ikke har så megen mulighed for at tale sammen på tværs som i den tidligere centerstruktur.

Nærværende statement II understøttes af den kvantitative evaluering (Holst et al., 2015), som på baggrund af de produktivitmæssige opgørelser heri fremhæver og fortolker, at Aalborg UH er en udpræget driftsorienteret organisation. Rækken af talmæssige opgørelser viser i udpræget grad "business as usual", idet der ikke er væsentlige afvigelser i opgjort periode før FLO og opgjort periode med FLO. Herunder bl.a. ikke væsentlige afvigelser i patienters kontaktmønstre og andre tværgående sammenhænge.



FLO lever 'sit eget liv' som ledelsesprojekt

FLO lever sit eget liv som ledelsesprojekt dekoblet produktionskernerne. Det er derfor væsentligt at få informeret og engageret medarbejdere i FLO – dvs. især ikke ledende overlæger og sygeplejersker.

Alt for få ikke ledende medarbejdere er klar over, hvad FLO går ud på, og hvordan de kan bruge sig selv i.f.t. FLO. Trods høringsrunder, utallige infomøder, debاتمøder etc., må det konstateres, at FLO ikke er kommunikeret tilstrækkeligt ud i organisationen. FLO mangler kort sagt medarbejderinvolvering.

IV. Åben fortolkning af patientforløb og udbredt uklarhed om Patientens Team

Patientforløb er langt fra et éntydigt begreb. I sin mest snævre betydning drejer patientforløb sig om at komme ind og ud af subspecialt eller fra en silo til en anden ved hjælp af visitation/henvisning. – Her forudsættes det, at en henvisning, lidt firkantet udtrykt, sker fyldst af sig selv. Man forudsætter en automatik.

I FLOs tolkning strækker patientforløb sig imidlertid over flere videns arenaer og funktioner. Det forudsættes derfor, at de mest gensidigt afhængige og såkaldt komplicerede patientforløb skal faciliteres langt mere end alene via traditionel henvisning som hovedkoordinationsform. FLO forudsætter dermed ikke en automatik.

Kort sagt kan patientforløb, som skal på tværs af eksisterende strukturer, bestå i:

1. Henvisninger (et klassisk lægeprofessionelt synspunkt)
2. Via organiseringer af organisatoriske snit- og grænseflader (FLO's vision)

Set ud fra FLO's synspunkt, skal der arbejdes langt mere med mind-set, kultur og dermed nye erkendelser, hvis FLO skal tættere på en virkeliggørelse i forbindelse med etableringen af flere horisontale processer.

For behandlerpersonalet og især lægerne vurderes det dog ikke som nogen nyskabelse at fokusere på patientforløb og forskellige former for teams og teamsamarbejde. Derfor skaber nye ord og begreber som Patientens Team efter deres mening unødigt støj og uklarheder. Herudover skaber det tillige vrede, fordi det opfattes som en indirekte eller direkte kritik af det, de selv mener at have foretaget sig i årevis med patientforløb (og f.eks. multidisciplinære teams), som er kendt fra kræft- og hjertepakkeforløb (se dog tillige statement VI).

V. Uoverensstemmelser mellem forventninger og muligheder for de forløbsansvarlige viceklinikchefer

FLO står helt centralt i Aalborg UHs erklærede strategi, og sammenhængende patientforløb er et meget centralt element i FLO. Som udgangspunkt placerer det FVKC'erne i kernen af Aalborg UHs visioner og tildeler dem principielt en massiv opbakning. Men sådan er det langt fra gået. At fungere i den nye rolle som FVKC har vist sig overordentlig udfordrende.

Kapitel 3's beskrivelse af forandringsforløbet og afsnit 4.4 viser, at for få har bedrevet forandringsledelse og dermed understøttet FLO. Det har, sat på spidsen, medført, at FVKC'erne er tenderet i retning af rollen som énmandshære.

FVKC'erne er stødt på en række barrierer af strategisk, økonomisk, strukturel og kulturel karakter. Den strategiske barriere består bl.a. i, at mange andre hensyn end FLO-visionerne er indbygget i den praktiserede, samlede, overordnede strategi. Når FLO-visionerne ofte fortrænges af andre prioriteringer, er det ikke så mærkeligt, at de ansatte på Aalborg UH kan opfatte FLO visionerne som skueværdier eller kejserens nye klæder og derfor mener, at man roligt kan negligere FVKC'erne og arbejde udenom deres initiativer.

Den økonomiske barriere består primært i (og jævnfør statement II), at selve indretningen af økonomistyringen mest opfordrer til suboptimal adfærd. Derfor har det været meget vanskeligt for FVKC'erne at håndtere økonomien i forbindelse med at skabe sammenhæng i tværgående patientforløb.

Som helhed har FLO og dermed FVKC'erne udfordret sygehusorganisationens søjleopdelte professionskultur. Især har lægekulturen haft svært ved at acceptere, at FVKC som generel leder 'vejer mere' end de ledende overlæger, især når FVKC ikke er placeret i linjen i lægesiloen.

Dette hænger sammen med de strukturelle barrierer. FVKC refererer til klinikchefen, men er ikke selv formelt en del af linjeledelsen i klinikken, med mindre klinikchefen delegerer ledelsesopgaver og ansvar til FVKC. Der er imidlertid ikke sket en generel delegering af horisontalt ledelsesansvar til FVKC. Alle FVKC'ere har derfor som udgangspunkt en stabslignende position (uden formelle beføjelser), hvor ingen i klinikken refererer til FVKC. Princippet om entydig ledelse i sygehusorganisationen placerer dermed FVKC'erne på en meget skrøbelig ledelsesplatform.

VI. Fremmende udviklingstendenser

På Aalborg UH

De fagprofessionelle argumenter mod FLO kommer i høj grad til udtryk som en principiel diskussion af ændringerne i ledelsesstrukturen (jf. statement I). Når blikket rettes mod, hvorledes FLO integreres i praksis, fremkommer et mere nuanceret billede, idet FLO – trods et ikke fuldt gennemslag – må tilskrives en påvirkning. Den kan særligt ses i to sammenhænge, hvor FLO forstyrrer den etablerede forhandlede orden:

For det første tegnes et billede af, at læger, sygeplejesker og andre faggrupper især organiserer deres arbejde ud fra eksisterende vaner og rutiner. Men samtidig påpeges det, at forandringer i kraft af FLO presser sig på, hvorved det bliver vanskeligere at fastholde etablerede organiseringer. Det er endnu for tidligt at konkludere noget entydigt, men der er tendenser til, at FLO tolkes, oversættes og forhandles forskelligt på afdelingsniveau – men FLO er i gang med at opnå mere gennemslag.

Særligt ultimo 2014 giver topledelse og en række informanter udtryk for, at flere læger engagerer sig mere i FLO, og flere FVCK'ere oplever, at lægerne er begyndt at benytte dem som facilitatorer. Det må betragtes som fremmende for FLO, selvom udbredelse og omfang ikke er kendt.

Det er også fremmende for FLO, at der bliver flere sat ressourcer og konkrete tiltag ind på tanken om Patientens Team. Det har ultimo november måned bl.a. resulteret i, at to nøglepersoner i regionen sammen har skrevet en artikel med overskriften "Hvad er meningen med Patientens team?" (Mølholm & Mainz, 2015). Artiklen handler mest om, hvad der egentlig menes med begrebet Patientens Team. Hermed gennemgås de mange intentioner (principper, organiseringsformer, krav til koordinering, kommunikation samt behandlingspersonale mv.), der skal til for at sætte

Patientens Team i spil i en sygehusorganisation med henblik på konsolidering af selvsamme.

Artiklen indeholder et afsnit, som bærer overskriften 'Behandlingsansvarlig læge'. Heri redegøres der bl.a. således for dette begreb, selvom det skal indskydes, at der aktuelt på nationalt plan er en del forskellige fortolkninger af begrebet 'Behandlingsansvarlig læge' – f.eks. fra Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Lægeforeningen m.fl.:

"Den behandlingsansvarlige læge er den læge, der har ansvaret for patientens kliniske vurdering, information, behandling og inddragelse i beslutningsprocesser samt at flowet i patientforløbet tilrettelægges hensigtsmæssigt. Den behandlingsansvarlige er så vidt muligt den gennemgående ansvarlige for behandlingsforløbet på tværs af afsnit og klinikker.

(...)Forløbsansvar kan uddelegeres til stafetholder og/eller koordinator, der koordinerer og driver patientforløbet effektivt og sikkert gennem systemerne (Mølholm & Mainz:4).

Senest og i november/december 2014 har en gruppe FVCK'ere udarbejdet et såkaldt rammedokument vedrørende arbejdet med Patientens Team på Aalborg UH. Dokumentet forholder sig bl.a. og især til en række definerede patientforløbstyper, som beskrives ud fra 8 generiske fokuspunkter. Rammedokumentet søger at udstikke retningslinjer for udmøntningen af Patientens Team, herunder rollen som behandlingsansvarlig læge. Rammedokumentet er i skrivende stund stadig i høring, hvorfor det ikke er medtaget under referencer. Men med tiltagene er der 'lagt en række væsentlige trædesten', som fremmer konkrete handlinger i.f.m. Patientens Team, der er et helt centralt omdrejningspunkt i udmøntningen af FLO.

FLERE VEJE FREM

Denne rapport's helt centrale budskab er, at de fagprofessionelle i handlingsorganisationen skal involveres i langt højere grad, end det endnu har været tilfældet, hvis FLO-visionerne skal videreudvikles og konsolideres i Aalborg UH. I tråd med dette budskab skal denne rapport ikke forsøge at give et bud på konkrete tilpasninger, faste opskrifter og udviklingsforslag.

Ydmyg overfor opgaven skal vi nøjes med at skitsere nogle overvejelser om, hvad der skal til for at lykkes med FLO visionerne.

Nedenstående indeholder således ingen nemme svar, men udfordrende spørgsmål og inspirationer som forhåbentlig kan bidrage til Aalborg UHs videre arbejde med sammenhængende patientforløb på tværs internt og eksternt - mod FLO Version 2.0.

Den forhandlede orden og kulturer i professionelle organisationer emergerer i daglige interaktioner mellem de fagprofessionelle. Strukturer og processer må forandres indefra. Det er samtidig nødvendigt at bygge en stærkere forbindelse mellem bottom up og top down udvikling. Det involverer følgende spørgsmål:

- Hvordan kan man involvere handlingsorganisationen i udviklingen af FLO Version 2.0?
- Hvordan kan de fagprofessionelle motiveres til at deltage, og hvordan kan et sådan arbejde tilrettelægges inden for drift og ressourcemæssige rammer?
- Hvordan skydes de repetitive dialoger ned, og hvordan flyttes fokus fra faggruppernes domænefight og kampe om ressourcer og indflydelse over mod et samarbejde med fokus på sammenhængende patientforløb på tværs?
- Hvordan skabes tryghed og tillid omkring udviklingsarbejdet og dermed rum for konstruktive udviklingsdialoger?
- Hvordan understøtter klinikledelse og topledelse læringsprocesser vedrørende sammenhængende patientforløb? Skal der være en forløbsansvarlig vicedirektør for en periode? En vicedirektør, som fastholder og balancerer det patient-centrerede perspektiv i forhold til de faglige siloer.

Den patientcentrerede organisationsform (arketype), som FLO lægger sig op ad, kombinerer den ekspertisebaserede/ funktionsbaserede organisationsform (arketype) med den procesbaserede organisationsform (arketype). Den patientcentrerede form prioriterer således både ekspertisebaserede og patientcentrerede perspektiver eller med andre ord både funktionsstrategier og horisontale strategier. Dermed indbygges en ekstra konfliktdimension i strukturen, idet der er mange spørgsmål, hvor specialer og patientforløb vil have forskellige positioner. Der er et stadigt modsætningsforhold, som løbende producerer konflikter om prioriteringer og allokering af ressourcer mv.

Det er næppe muligt at have entydig ledelse i stærkt specialeopdelte organisationer og samtidigt integrere på tværs. Hvis man har komplekse strategier, må man med andre ord acceptere en relativ høj grad af kompleksitet i strukturer og systemer. I stedet for at tilstræbe entydig ledelse i formelle strukturer, kunne man spørge, hvordan man ledelsesmæssigt kan adressere dilemmaet mellem ekspertisebaserede og patientcentrerede perspektiver. Hvordan de to hensyn kan ses i samspil, og hvordan de kan balanceres. Måske kunne der skabes en ny enkelhed i denne balance, som et svar på entydig ledelse forstået som "chain of command" i specialer og funktioner. De udfordrende spørgsmål i denne sammenhæng er bl.a.:

- Hvordan skabes horisontale strategier på tværs af specialestrategierne, og hvordan balanceres og integreres disse i en samlet strategi?
- Hvordan operationaliseres de horisontale strategier og handlingsplaner?
- Hvordan kan klinikledelsen 1) arbejde med at legitimere konflikter mellem ekspertisebaserede og patientcentrerede perspektiver, hvor konflikterne er et tegn på, at den nye strategi virker, og 2) Hvordan kan lederne håndtere modsætningerne og sørge for, at problemer belyses og finder en balanceret løsning?
- Hvordan kan FVKC's rolle udvikles, så der skabes en stærkere platform for horisontal ledelse. FLO skaber ikke duale rapporterings relationer som en konsekvent matrix gør det, idet ingen refererer til FVKC. Men der kan være behov for stiplede referencer til FVKC vedrørende horisontale strategier. Hvordan kunne ledelse af horisontale opgaver delegeres til FVKC?

Det er fremgået i beskrivelsen af forandringsforløbet, at der er behov for videre udvikling af de variable i organisationsmodellen, som endnu ikke er samstemt med FLO visioner og strategier. Det afføder en hel række udfordrende spørgsmål:

- Hvordan kan typiske og væsentlige patientforløb og koordineringsbehov identificeres?
- På hvilke områder er der behov for at skabe bedre koordination på tværs? De komplekse forløb er i fokus.
- I hvilke af disse patientforløb kan man skabe opbakning til at udvikle på tværs? Kan man forme intentioner og mål i fællesskab på disse patientforløb.
- Hvilke laterale processer kan etableres på de prioriterede patientforløb?
- Hvordan kan uformelle laterale processer på tværs på prioriterede områder understøttes
- Hvordan kan e-koordinering på tværs (systemer, planer mv.) af prioriterede områder styrkes og understøttes?
- Hvordan operationaliseres patientens team? Er patientens team forskelligt fra multidisciplinære teams?
- Hvordan kan ledelse i patientens team foregå?
- Hvordan håndteres behandlingsansvar i denne forbindelse?
- Hvordan tilpasses økonomistyring og performancemålinger og IT generelt, så systemerne understøtter balancen mellem ekspertisebaserede og patientcentrerede perspektiver
- Hvordan kan belønningssystemer og karriereveje udvikles, så horisontal organisering prioriteres? Som det er i dag, understøtter belønningssystemer, karriereveje, status og magt entydigt de faglige siloer.
- Hvordan er sammenhængen til kvalitetsorganisationen, og hvordan kan kvalitetsorganisationen støtte op om udvikling af horisontale strategier og udvikling af sammenhængende patientforløb?
- Hvordan kan kompetenceudvikling tilpasses til at understøtte transformationen mod en patientcentreret organisation og "Integrated Care".
- Hvordan er sammenhængen til forskningsorganisationen, og hvordan kan forskningsorganisationen støtte op om udvikling af horisontale strategier og sammenhængende patientforløb?
- Hvordan kan patientcentrerede mind-set og netværkskultur udvikles og integreres i organisationskulturen?

5.3. FREMADRETTEDE FORSKNINGSSPØRGSMÅL

Følgeforskningsprojektet, som dækker de første ca. 2 år med FLO inklusive brugen af analyserammen og de statements, der er præsenteret i afsnit 5.2, giver anledning til en række fremadrettede forskningsspørgsmål. Det er derfor intentionen at følge FLO's fortsatte udrulning på Aalborg UH frem til ultimo 2016.

FLO indebærer lange og seje forandringsprocesser, hvorfor et i alt fire årigt følgeforskningsperspektiv skønnes hensigtsmæssigt. Det giver mulighed for at studere processer, som rækker udover rækken af implementeringsproblemer og muligheder, som typisk knytter sig til de første år af eller perioder i omfattende organisatoriske forandringsprocesser. Der er i alt fem bud på fremadrettede forskningsspørgsmål, som skønnes meste interessante og relevante at prioritere. I den forbindelse er der særligt lagt vægt på de elementer i analyserammen, som ikke har været så aktivt sat i spil i forandringsprocessen.

UDVIKLING AF HORISONTALE STRATEGIELEMENTER

Der er veletablerede rutiner for at operationalisere siloernes strategier, mens rutiner for operationalisering af horisontale strategier er ufuldstændige eller helt fraværende, og dermed bliver det siloernes strategier, der dominerer billedet og styrer adfærden i organisationen.

Valget af dette fokus skyldes derfor primært, at horisontale strategielementer endnu befinder sig mest på et visionsniveau og har været vanskelig at omsætte til operationel strategi og praktisk handling. Det er måske det strategielement i analyserammen, som trænger særligt til opmærksomhed og udvikling.

F.eks. er visionerne om sammenhængende patientforløb for abstrakte. Der mangler en operationalisering af visionerne i form af en konkret horisontal strategi, som kan give FLO og især FVKC'erne legitimitet og støtte i deres arbejde for sammenhængende patientforløb.

Men der er langt igen, og det kræver meget arbejde at udvikle systematiske horisontale strategielementer vedrørende sammenhængende patientforløb, som går på tværs af organisatoriske grænseflader.

FORANDRING OG TILPASNING AF (STYRE)SYSTEMER

Et af de mest hæmmende elementer i forbindelse med virkeliggørelsen af FLO er systemer, hvilket delvis fremgik af statement II. Dvs. især budget- og afregningssystemer. Aktuelt er det således, at FLO må tilpasse sig systemerne og ikke omvendt. Det er påtrængende at foretage tilpasninger og udviklinger af systemerne, så de ikke virker kontra-producerende i relation til FLO's tværgående tænkning og intentioner.

Selvom økonomistyringens decentrale ansvar giver klinikker, specialer og afsnit et vist selvstændigt ledelsesrum, opfordrer det samtidig til silotænkning, som har implikationer for tværgående samarbejde og udvikling – især når der stilles krav om effektiviseringer, omkostningsminimeringer, besparelser mm.

Dvs. både indenfor og ikke mindst på tværs af klinikkerne, er der for få tilskyndelser eller incitamenters i at tænke og handle på tværs. Det er medvirkende til at hæmme patientforløb, som skal på tværs af specialer både i klinikken eller på tværs af klinikstrukturerne. Der er et stort behov for at indkredse de systemer, som er særligt hæmmende for tværgående handlinger med henblik på ændringer i disse systemer, så tværgående tænkning og sammenhængende patientforløb kan fremmes.

PATIENTENS TEAM

Som det måtte være fremgået af selve følgeforskningsrapporten og statement nummer fire, har selve begrebet Patientens Team fremstået uklart med udrulningen af FLO, og har derfor været svært omsætteligt for de ansatte i sygehusorganisationen Aalborg UH.

De aktuelt påbegyndte udmøntninger af Patientens Team, herunder inklusionen af begrebet 'behandlingsansvarlig læge' turde invitere og involvere flere både ledende og især ikke ledende overlæger og sygeplejersker m.fl. positivt i dette arbejde (jf. statement VI). Følgeforskningsprojektet vil fremover søge at indkredse behov og muligheder i forbindelse med Patientens Team med vægt på involvering af ikke ledende læger og øvrigt behandlerpersonale. Der kan i den forbindelse formuleres udvalgte forsøg eller eksperimenter i samarbejde med overlæger og sygeplejersker med henblik på erfaringsopsamling og fremadrettet konsolidering af Patientens Team.

FLO OG PRIMÆR SEKTOR

Indsatserne i forbindelse med FLO har koncentreret sig om det organisationsinterne på Aalborg UH. Det var da også et bevidst valg i fase 1 samt i udmøntningen af den endelige FLO-rapport (FLO III), at sætte relationerne til primær sektor på stand by. I løbet af fase 2 pressede sygehusledelsen på Aalborg UH dog på for at revitalisere en udvikling af relationerne til primær sektor i forbindelse med FLO's reorganiseringer på sygehuset. Men der har ikke været overskud til dette i organisationen. Hovedfokus er forblevet på organisationsinterne forhold og mange andre hensyn, hvorfor analyserammens omgivelselement stort set ikke har været aktiveret.

Imidlertid forholder det sig ikke sådan, at der ikke både før og under FLO er udviklet relationer til primær sektor bl.a. via sundhedsaftaler og mange andre foranstaltninger som såkaldte praksiskoordinatorer, udskrivningskoordinatorer, særskilte samarbejdsaftaler om kræftforløb, andre typer patientforløb etc.

Men Aalborg UH har alligevel et hængeparti i sine relationer til primær sektor. Med udrulningen af FLO har der ikke været opmærksomhed mod, hvilke helt konkrete tiltag, der kan og skal gøres med den nye (ledelses)organisation for at optimere patientforløb, der rækker ud over sygehuset og inddrager enten kommunale sundhedstilbud, praktiserende læge eller begge parter. Aalborg UH er endnu henvist til at bakke med transformationer af patientforløb og udforske nye muligheder under høj organisatorisk kompleksitet. Samtidig forstærkes behovet for samspil og sammenhæng i patientforløb især via accelererede patientforløb, stærkere faglig specialisering og nye teknologiske/telemedicinske løsninger.

Det vil derfor være en fremadrettet intention at skabe et overblik over de problemer og muligheder, som gør sig gældende med FLO's organisering i relation til samarbejde og koordination med primær sektor (i sammenhæng med spørgsmålene om Patientens Team, systemtilpasninger samt udviklingen af horisontale strategielementer).

I denne forbindelse skal regionsrådsformand Ulla Astman afsluttende citeres:

"Sygehusplanen betyder, at vi i Regionsrådet skal beslutte en udvikling af sygehusstrukturen frem mod 2020, hvor det nye Aalborg Universitetshospital står klar. Vi skal udvise rettidig omhu og tage en række vigtige skridt henimod et nyt og mere sammenhængende sundhedsvæsen, hvor behandling ikke nødvendigvis er lig med indlæggelse. Her håber jeg, at vi vil kunne forene de mange interesser og skabe et resultat, der skaber forudsætninger for gode patientforløb for alle nordjyder på tværs af praktiserende læger, sygehuse og kommunale sundhedstilbud." (Astman, 2014).

'LOKALE OVERSÆTTELSER' AF FLO PÅ ØVRIGE NORDJYSKE SYGEHUSE OG ERFARINGER HERMED

Nærværende forskningsprojekt har alene haft fokus på Aalborg UH. Fremadrettet er det tillige hensigten at opsamle FLO-erfaringer på de øvrige nordjyske sygehuse. Med udgangspunkt i de foreløbige erfaringer med FLO på Aalborg UH, sættes der særligt fokus på nedenstående spørgsmål, idet disse har haft særlig betydning for udmøntningen af FLO:

- Klinikledelse og dermed erfaringer med trojkastrukturen
- FVCK'erens rolle og funktion
- Erfaringer med afsnits- og specialeledelse og deres tværgående samarbejdsrelationer
- Samspillet mellem de to ledelsesniveauer i klinikken

Det bliver spændende at følge FLO fremover.

REFERENCER

- Aalborg Universitet (2013): Samarbejdsaftale om fælles forskningsprojekt ("Samarbejdsaftalen"). Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet, 6. marts 2013.
- Abbott A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ahgren, B. & R. Axelsson (2007), Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management*, 22(2): 145-157.
- Antoft R. (2005): *Demenshåndtering – magt og forhandling i interprofessionelle relationer*. PhD afhandling. Aalborg: Aalborg Universitet/FLOS.
- Antonsen M. & T. Beck Jørgensen, red. (2000): *Forandringer i teori og praksis – skiftende billeder fra den offentlige sektor*. København: Jurist- Og Økonomforbundets Forlag.
- Astman U. (2014): Jeg håber på både stort og småt for Nordjylland. *Nordjyske Stiftstidende*, 28. December 2014.
- Axelsson R. (2000): The organizational pendulum – health care management in Sweden 1865-1998. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(1): 47-53.
- Axelsson R. & S.B. Axelsson (2006): Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21(1): 75-88.
- Axelsson R. & S.B. Axelsson, red. (2007): *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer og samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson R. & S.B. Axelsson, red. (2013): *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson R., S.B. Axelsson, J. Gustafsson & J. Seemann (2014): Organizing integrated care in a university hospital – application of a conceptual framework. *International Journal of Integrated Care*. 14 (June). Available at www.ijic.org
- Bakka J.F. & E. Fivelsdal (2010): *Organisationsteori – Struktur, kultur, processer*. København: DJØF, 5. Udgave.
- Beck-Jørgensen T. & P. Melander (1992): *Livet i offentlige organisationer. Institutionsdrift i spændingsfeltet mellem stat, profession og marked*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Beer M. & N. Nohria (2000): Cracking the Code of Change. *Harvard Business Review*. May-June (3) 2000: 133-141.
- Bentzen E. Z. & F. Borum red. (1999): *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstilling af syge- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Berwick D.M. (1996): A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal*, 312: 619-622.

- Borum F. (2013): *Strategier for organisationsforandring*. København: Handelshøjskolens Forlag, 2. Udgave.
- Cameron E. & M. Greene(2012): *Making Sense of Change Management: A Complete Guide to the Models, Tools and Techniques of Organizational Change*. Philadelphia PA: Kogan Page Limited, 3rd Edition.
- Campbell H., R. Hotchkiss, N. Bradshaw & M. Porteous (1998): Integrated care pathways. *British Medical Journal*, 316: 133-137.
- Deming, W.E. (1986): *Out of the Crisis*. Cambridge MA: MIT Press.
- D'herbement O. & B. Cesar (1998): *Managing Sensitive Projects: A Lateral Approach*. New York: Palgrave Macmillan. Rev Ed edition
- Dowling B., M. Powell & C. Glendinning (2004): Conceptualising successful partnerships. *Health and Social Care in the Community*, 12(4): 309-317.
- Drazen E. & J. Rhoads (2011): Using tracking tools to improve patient flow in hospitals. Oakland CA: The California HealthCare Foundation. Available at www.chcf.org.
- FLOS (2004): Forskning i sygehuse under forandring. Hovedpointer fra fem års studier af ledelse og organisering i det danske sygehusvæsen. København: *Nyt fra Samfundsvidenskaberne*.
- Fältholm Y. & A. Jansson (2008): The implementation of process orientation at a Swedish hospital. *International Journal of Health Planning and Management*, 23: 219-233.
- Galbraith J.R. (2014): *Designing Organizations. Strategy, Structure, and Process at the Business Unit and Enterprise Levels*. San Francisco: Jossey Bass. Third edition.
- Gittell J. (2012): *Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet*. København: Munksgaard.
- Halkier B. (2002): *Fokusgrupper*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag
- Hammer M. & J. Champy (1993): *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Hatch M.J. (1997): *Organization Theory – Modern, Symbolic and Post Modern Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Health Foundation (2013): Improving patient flow. How two trusts focused on flow to improve the quality of care and use available resources effectively. London: The Health Foundation. Available at www.health.org.uk/flowcostquality.
- Holst A.W. et al. (2015): *Evaluering af forløbsbaseret ledelsesorganisering*. Et kvantitativt perspektiv. Aalborg: Aalborg University
- Hughes J. & P. Pritchard (1995): *Shared Care: the Future Imperative*. London: The Royal Society of Medicine.

- Jacobsen D.I. (2009): *Organisationsændringer og forandringsledelse*. København: Forlaget Samfundslitteratur, 3. Oplag.
- Jespersen P.K. (2005): *Mellem profession og management*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Jespersen P.K., J. Seemann & V. Byg (2010): Evaluering af organisering og samspilsrelationer. Aalborg Kommunes projekt: Kræftrehabilitering i Aalborg. Forskningsrapport. Aalborg Universitet.
- Jungersen D.R. (2012): Der var engang en afdeling...*Ugeskrift for Læger*, 174(26): 1791.
- Jungersen D.R. (2013): Overlæger dumper nordjysk ledelsesmodel. *Ugeskrift for Læger*, 175 (41):2378-2379.
- Kim C.S., D.A. Spahlinger, J.M. Kin & J.E. Billi (2006): Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker? *Journal of Hospital Medicine*, 1:191-199.
- Klausen K.K. (2009):*Strategisk Ledelse – de mange arenaer*. Odense: Syddansk Universitetsforlag
- Klausen K.K. (2014): *Strategisk ledelse i det offentlige - fremskrive, forudse, forestille*. København: Gyldendal.
- Kodner D.L. & C. Spreeuwenberg (2002): Integrated care: meaning, logic, applications and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2 (November). Available at www.ijic.org
- Kotter J.P. (1999): *I spidsen for forandringer*. København: Peter Asschenfeldts Nye Forlag.
- Krogstrup H. (2003): *Evalueringsmodeller – Evaluering på det sociale område*. Viborg: Systime A/S.
- Krogstrup H. (2011): *Kampen om evidens. Resultatmåling, effektevaluering og evidens* Viborg: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale K. (1996): *Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage Publications.
- Larsen H.H. (2010): *Human Ressource Management – License to Work*. København: Forlaget Valmuen
- Mainz J. 2011): *Kvalitetsudvikling I teori og praksis*. København: Munksgaard.
- March J.G. (1995): *Fornuft og Forandring. Ledelse i en verden beriget med uklarhed*. København: Samfundslitteratur.
- Martin J. (1992): *Cultures in Organizations: Three Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- McKee, M. & J. Healy, eds. (2002): *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Middleton S. & A. Roberts (2000): *Integrated Care Pathways - A Practical Approach to Implementation*. London: Elsevier Health Sciences.
- Minzberg H. (1992): *Structures in Fives: Designing Effective Organizations*. New York: Prentice Hall.
- Minzberg H. (2010): *Om ledelse*. København: L & R Business.
- Morrison E. & F.J. Milliken (2000): Organizational Silence: A Barrier to Change and Development in a Pluralistic World.

Academy of Management Review, 25(4): 706-725.

Mølholm A. & J. Mainz (2014): Hvad er meningen med Patientens team? Konferencepaper til Det Danske Ledelsesakademi, Roskilde Universitet, 1.-2. december 2014

Nordhaug O. (2013): *International Management: Theory and Practice*. London: Elgar.

Rechel B., S. Wright, N. Edwards, B. Dowdeswell & M. McKee (2009a): *Investing in Hospitals of the Future*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Rechel, B., J. Erskine, B. Dowdeswell, S. Wright & M. McKee (2009b): *Capital Investment for Health: Case Studies from Europe*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Schein E. (1999): *The Corporate Culture*. San Fransisco: Jossey-Bass Publications.

Scott R.W. (2008): *Institutions and Organizations: Ideas and Interests*. New York: Sage Publications.

Senge P.M. (1990): *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday.

Seemann J. & R. Antoft (2002): *Shared Care. Samspillet mellem sygehus, kommune og praktiserende læge*. Aalborg: Aalborg Universitet/FLOS.

Seemann J. (2007): Organisationen. I: Kristensen F.B. & H. Sigmund, red.: *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering.

Seemann J. (2010): Kronisk koordinationsbesvær i det danske sundhedsvæsen. I: Timm H. (red.): *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet*. København: Books on Demand GmbH.

Silverman D. (2012): *Interpreting Qualitative Data*. London: Sage Publications, 4th Edition.

Mandag morgen (2011): Sundhedsvæsenets kroniske koordinationsbesvær. 28 februar 2011

Wadmann S., M. Strandberg-Larsen & K. Vrangbæk (2009): Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International Journal of Integrated Care*, 9 (March). Available at www.ijic.org

Walshe K. (2009). Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(3): 153-159.

Weimarsson H. (2011): Nio av tio sjukhus har gått över till "lean". *Läkartidningen*, 108: 1915.

Zaremba, M. (2013). *Patientens pris: ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*. Stockholm: Weyler Förlag.

SPECIALER/AFHANDLINGER OM FLO FRA AALBORG UNIVERSITET:

Mølvadgaard M. & T. Larsen (2013): Klinisk og ledelsesmæssig organisering af det Nordjyske Sygehusvæsen – brud eller kontinuitet? Upubliceret masterafhandling MPA . Aalborg Universitet.

Nielsen Frank J. (2013): Hybridledelse i nye rammer – operativ ledelse på hospitaler. Upubliceret speciale, scient.adm. studiet. Aalborg Universitet

Dalsgård H. (2014): En ny ledelsesrolle i en ny organisationsstruktur – hvad er forventninger og råderum? Upubliceret, fortrolig masterafhandling MPG. Aalborg Universitet

Gøthgen C.B. (2014): Et blik på en ny klinisk ledelsesstruktur og en tværgående ledelsesrolle heri. Upubliceret, fortrolig masterafhandling MPG. Aalborg Universitet

Ross Jakobsen A. (2014): Afsnitslederen på Aalborg Universitetshospital – fra fagprofessionel til professionel ledelse? Upubliceret, fortrolig masterafhandling MPG. Aalborg Universitet.

UDVALGTE OFFICIELLE FLO-DOKUMENTER:

Muusmann(2006): Evaluering af sygehusstrukturen i Nordjyllands Amt. Konsulentrapport. Muusmann. 2006.

Muusmann(2010): Analyse af ledelsesstrukturen i sygehusvæsenet i Region Nordjylland. Konsulentrapport. Muusmann. 2010.

Region Nordjylland (Maj 2012). Oplæg til Fremtidig Klinisk Ledelsesmæssig organisering [Online]. Personalenet, Region Nordjylland. set d. 19.06.2014

[Online]. [https://personalenet.rn.dk/samarbejde/FremtidensLedelsesmaessigeOrganisering/Documents/Oplg%20-%20Fremtidig%20Klinisk%20Ledelsesmssig%20Organisering%20\(Minihøringsversion\).pdf](https://personalenet.rn.dk/samarbejde/FremtidensLedelsesmaessigeOrganisering/Documents/Oplg%20-%20Fremtidig%20Klinisk%20Ledelsesmssig%20Organisering%20(Minihøringsversion).pdf)

Region Nordjylland (Juni 2012). Oplæg til Fremtidig Klinisk Ledelsesmæssig Organisering - fokus på patientforløb og nye organisationsmåder i det nordjyske sygehusvæsen"

[Online]. Personalenet, Region Nordjylland. set d. 19.06.2014 [Online]. <https://personalenet.rn.dk/samarbejde/FremtidensLedelsesmaessigeOrganisering/Documents/FLO%2010812.pdf>

Region Nordjylland (Juli 2012). Udkast: Oplæg til Fremtidig Klinisk Ledelsesmæssig Organisering [Online]. Personalenet, Region Nordjylland. Set d. 12.06.2014. <https://personalenet.rn.dk/samarbejde/FremtidensLedelsesmaessigeOrganisering/Documents/FLO%20kort.pdf>

Region Nordjylland (2012): "Funktionsbeskrivelser for operative ledere på Aalborg Sygehus". Beskrivelser af de specialeledende overlægers og de afsnitsledende sygeplejerskers funktioner og roller. Region Nordjylland, 3. oktober 2012

Region Nordjylland (2012): "Funktionsbeskrivelser for operative ledere på Aalborg Sygehus". Beskrivelser af de specialeledende overlægers og de afsnitsledende sygeplejerskers funktioner og roller. Region Nordjylland, 3. oktober 2012

Region Nordjylland (2013): "Ledelse og organisering af sygeplejen" Forfattet 7.1 2013. Arbejdsrapport, der beskriver organiseringen af sygeplejen på Aalborg Universitetshospital under de nye strukturer. Centraladministrationen på Aalborg Universitetshospital, 7. januar 2013

Aalborg Universitetshospital (2013): Handleplan 2013. Aalborg Universitetshospital. Forskning i front – det bedste patientforløb. Region Nordjylland, 14.01.2013.

HR Koncern Ledelsessekretariatet(2013): Ledelsesregulativ For Region Nordjylland, 21. oktober 2013
http://www.rn.dk/~media/Rn_dk/Om%20Region%20Nordjylland/Ledelsesgrundlag/Ledelsesregulativ.ashx

Aalborg Universitetshospital (2014): Handleplan 2014. Aalborg Universitetshospital. Det hele patientforløb. Region Nordjylland, januar 2014.

Koncern HR Region Nordjylland (2014): Forløbsbaseret ledelsesmæssig organisering og ledelsesspænd i afsnit på hospital og sygehuse i Region Nordjylland, 7. august 2014.

Volume 14, 19 June 2014

Publisher: Igitur publishing

URL: <http://www.ijic.org>

Cite this as: Int J Integr Care 2014; Apr–Jun; URN:NBN:NL:UI:10-1-114786

Copyright: 

Submitted: 18 March 2014, revised 28 May 2014, accepted 28 May 2014

Research and Theory

Organizing integrated care in a university hospital: application of a conceptual framework

Runo Axelsson, Professor, Department of Sociology and Social Work, Centre for Organization, Management & Administration, Aalborg University, Aalborg, Denmark

Susanna Bihari Axelsson, Associate Professor, Department of Sociology and Social Work, Centre for Organization, Management & Administration, Aalborg University, Aalborg, Denmark

Jeppe Gustafsson, Associate Professor, Department of Business and Management, Aalborg University, Aalborg, Denmark

Janne Seemann, Professor, Department of Sociology and Social Work, Centre for Organization, Management & Administration, Aalborg University, Aalborg, Denmark

Correspondence to: Runo Axelsson, Department of Sociology and Social Work, Centre for Organization, Management & Administration, Aalborg University, Aalborg, Denmark, Phone: +46 70 6585765, E-mail: axelsson@socsci.aau.dk

Abstract

Background and aim: As a result of New Public Management, a number of industrial models of quality management have been implemented in health care, mainly in hospitals. At the same time, the concept of integrated care has been developed within other parts of the health sector. The aim of the article is to discuss the relevance of integrated care for hospitals.

Theory and methods: The discussion is based on application of a conceptual framework outlining a number of organizational models of integrated care. These models are illustrated in a case study of a Danish university hospital implementing a new organization for improving the patient flows of the hospital. The study of the reorganization is based mainly on qualitative data from individual and focus group interviews.

Results: The new organization of the university hospital can be regarded as a matrix structure combining a vertical integration of clinical departments with a horizontal integration of patient flows. This structure has elements of both interprofessional and interorganizational integration. A strong focus on teamwork, meetings and information exchange is combined with elements of case management and co-location.

Conclusions: It seems that integrated care can be a relevant concept for a hospital. Although the organizational models may challenge established professional boundaries and financial control systems, this concept can be a more promising way to improve the quality of care than the industrial models that have been imported into health care. This application of the concept may also contribute to widen the field of integrated care.

Keywords

process orientation, integrated care, organizational models, patient flows

Background and aim

Process orientation has become something of a fashion in health care. It has been inspired by the ideas of New Public Management, which means an application of management methods from the private sector in the organizations of the public sector in order to improve their efficiency [1,2]. In health care, as a result of New Public Management, artificial markets have been created through purchaser–provider split and commissioning of services [3]. In addition, many hospitals have applied concepts of process improvement from the private sector, for example, total quality management and business process reengineering [4,5].

As part of this development, a number of industrial models of quality management have been translated to health care settings and used for process improvement, mainly in hospitals [6,7]. Based on a systems approach, these models are concerned with measuring the time and costs of different processes in an organization in order to identify obstacles and reduce waste of resources. The most popular model at the moment seems to be Lean Production, which has been imported from the Japanese car manufacturing industry [8]. In Sweden, for example, 9 out of 10 hospitals claim that they have applied this model to some extent [9]. It is not clear, however, what results the application of this model has actually achieved. It is difficult to evaluate the effects of management models. Instead, there has been a discussion for many years about the merits and risks of management fashions in health care [10,11].

At the same time as the application of industrial models in hospitals, there has been another development of process orientation in health care. This development has taken place within the health sector and it has been supported by the World Health Organization. Starting from the Ottawa Charter of Health Promotion [12] and the World Health Report [13], a concept of integrated care has been introduced in order to improve the quality and efficiency of health services. Integrated care has been defined as bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion in order to improve the access, quality, user satisfaction and efficiency of these services [14]. It has been described as a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organizational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors [15].

The development of integrated care started in the fields of health promotion and primary health care, but the

concept has also been applied in other fields of health and social care like care of the elderly, care of chronic conditions and different forms of community care, including open psychiatric care and treatment of drug abuse. As a result, a number of process oriented models of integration have been developed for different diseases and patient or client groups, for example, shared care, integrated care pathways and chains of care [16–18]. Beside these more or less clinical models, there are also other professional, organizational and system models of integration [19]. In contrast to the industrial models of quality management, the models of integrated care are based mainly on experiences from the health sector of working across the boundaries of different medical specialties, different professions and different organizations dealing with the same group of patients or clients.

The industrial models and the models of integrated care have not only different origins, but they also represent different strategies of process orientation in health care. The industrial models are focusing on the measurement of time and costs of different health-related processes, while the models of integrated care are more concerned with the organization and management of patient care across professional and organizational boundaries. Moreover, the industrial models have mainly an intraorganizational perspective, concentrating on processes within an organization like for example a hospital, while the models of integrated care have an interorganizational as well as an intraorganizational perspective and sometimes even an intersectoral perspective, dealing with processes across many different organizations of health and welfare [20]. With this broad orientation, there has not been so much focus on hospitals – and they have been only partly involved – in the development of integrated care.

Against this background, the aim of the article is to discuss the relevance of integrated care for hospitals. The discussion is based upon a conceptual framework outlining a number of organizational models of integrated care on different levels of integration. It will be conducted against the background of preliminary data from a study of a Danish university hospital implementing a new organization for improving the patient flows of the hospital.

Conceptual framework

According to the definitions of integrated care mentioned above, an important part of this concept concerns the management and organization of health services in order to create connectivity, alignment and collaboration within and between different services. The goal is to enhance quality of care and quality of life, consumer satisfaction and system efficiency for

patients [15]. Integration is in this connection defined as bringing together different activities and organizational units for the benefit of the patients. This means organizing processes as well as structures. Moreover, integration can be horizontal as well as vertical. Horizontal integration means linking health services on the same organizational level, while vertical integration brings together services operating on different levels of the health system [14].

In the literature of institutional economics, integration has often been described in terms of markets and hierarchies [21]. Integration can be achieved either through the ‘invisible hand’ of market competition or through the more visible hand of a management hierarchy [22]. The management hierarchy means a top-down coordination of different actors, while competition on a market leads to contractual relations between purchasers and providers. According to the literature of organization and management, there is also a third way to achieve integration, namely through networks. This means a more or less voluntary cooperation or collaboration between different actors [23,24]. Against this background, integrated care implies a matrix way of organizing, combining the vertical integration of a management hierarchy with the horizontal integration of a network. This means, for example, organizing teams or projects across existing professional or organizational boundaries [25,26].

As mentioned before, there are a number of process-oriented models of integrated care. In addition to the clinical models of shared care, integrated care pathways and chains of care, there are also models which are more specifically oriented towards the organization and management of integrated care. These models can be roughly divided into interprofessional and interorganizational models of integration:

- The interprofessional models are dealing with integration of activities performed by different professionals or professional groups. These models include consultations and information exchange between professionals dealing with the same or similar patients [27,28], more or less systematic meetings of different professionals involved in the treatment of a particular group of patients [29], and work in multidisciplinary teams of professionals with complementary skills and knowledge [30,31].
- The interorganizational models are concerned with integration of different organizations or organizational units. Among these models are appointment of case managers for coordination of care on behalf of individual patients or patient groups [32], formal agreements on collaboration or partnerships between organizations involved in the same treatments [33,34], co-location of professionals or organizational units dealing with the same patient groups [35] and financial coordination or pooling of resources from different organizations or units for the benefit of the patients [36,37].

The distinction between these different types of organizational models is not so sharp, but the interorganizational models are focusing mainly on an ‘institutional’ level of integration, while the interprofessional models are more ‘person centered’ [38]. This means that they are operating on different levels of integration. Many of these models are also complementary, which means that they can be used in different combinations. For example, consultations and information exchange can be combined with most of the other models of integrated care. In the same way, case management is often combined with interprofessional meetings and/or multidisciplinary teamwork. Partnerships between organizations may also be combined with co-location as well as financial coordination [39].

Both the interprofessional and the interorganizational models may be more or less complex, depending on the number of organizational units and professionals involved. The complexity of the models may also be due to the ‘intensity’ in contacts, relationships and modes of work [40]. The interprofessional models may be more or less formalized in standard programmes, guidelines and protocols. In the same way, the interorganizational models may be more or less formalized in agreements, contracts and other structural arrangements. Although the models thus have different degrees of complexity and formalization, there is not one optimal model of integration, or one optimal combination of such models, that can be applied everywhere. However, one model or combination of models may be more appropriate than others in a certain context, depending most of all on the needs of the patients or clients served but also on the differentiation and fragmentation of the institutional environment [20].

A university hospital in transition

Context and methods

The Danish health care system is a public system, which is financed predominantly through general taxation. Primary health care is provided by approximately 3400 general practitioners and the 98 municipalities of the country. The general practitioners are family doctors who are paid on a combined capitation and fee-for-service basis. The municipalities are responsible for nursing homes and home care. They are also responsible for prevention, health promotion and rehabilitation. Secondary and tertiary care is provided by hospitals owned and run by the five regions of the country. There are four university hospitals in Denmark providing secondary and highly specialized tertiary care as well as medical education and research.

One of the university hospitals started in 2012 to reorganize its clinical structure in order to improve the quality of care from a patient perspective. The hospital is one of the largest employers in the region with approximately 6500 employees and it provides highly specialized care for 640,000 inhabitants and basic hospital functions for 250,000 inhabitants. The reorganization was focusing on the coordination of patient flows through the hospital. It was initiated by the board of the regional health administration in cooperation with the management board of the university hospital. An important part of this reorganization process was to introduce a new management structure at the department level of the university hospital and to develop a team structure at the ward, specialty and patient levels of each department. Another important part of the reorganization was to develop the links between the hospital and the primary sector, including the general practitioners and the social services of the local communities. Thus, the reorganization was aiming to improve patient flows not only within the university hospital but also between the hospital and the primary sector.

The reorganization of the university hospital has been followed during 2013 and 2014 by a group of organizational researchers (the authors). The members of the group have made a number of interviews with professionals and managers from different clinical departments and different organizational levels within the hospital and also from the management board of the regional health administration. There were five interviews with the top management of the hospital and the regional administration and eight interviews with key persons involved in the reorganization process. In addition, there were two focus group interviews with physicians, nurses and managers from different clinical departments within the hospital.

All the interviews were semi-structured, focusing mainly on the interprofessional and interorganizational integration in the new organization. The data from the interviews were processed in accordance with qualitative methodology, which means that the interviews were transcribed, interpreted and analyzed with respect to their contents [41]. The interpretation and analysis of the data were made in the terms of the organizational models of the conceptual framework in order to illustrate these models. The interview data were also combined with data from observations of meetings and studies of documents like organizational diagrams, statistics and annual reports [42]. These data were also interpreted and analyzed in terms of the different organizational models of the conceptual framework. The following account of the reorganization is based on all of these data.

Results

The new organizational structure consists of eight clinical departments, each of them with a combination of medical specialties conducive to the main patient flows within the university hospital. This means that the clinical structure is crossing the boundaries of different medical specialties. The main idea behind this structure is to put the patients in the centre of the organization by grouping specialists around the patients instead of sending the patients around to different specialists. Each clinical department is managed by a leadership troika consisting of a clinical director and two clinical vice directors; one of them is responsible for the human resources while the other is responsible for the patient flows of the department. Five clinical directors are physicians, two are administrators and one is a nurse. All the vice directors responsible for human resources are nurses, while there are three physicians and six nurses who are vice directors responsible for patient flows. One of the clinical departments has two vice directors for the patient flows because of the size of the department.

There are three main innovations in this organization. The first innovation is a clinical structure with a creative combination of different medical specialties in order to facilitate the patient flows of the university hospital. Among these can be mentioned 'the head-ortho clinic' with a combination of orthopaedics and different specialties of the head including neurology and neurosurgery, 'the women-children and urology clinic' with a combination of paediatrics, gynaecology, obstetrics and urological surgery and 'the heart-lung clinic' with a combination of pulmonary medicine, cardiology and thorax surgery. One of the clinical departments, 'the acute clinic', has an unusual combination of emergency care and geriatrics, but it is also responsible for the contacts between the hospital and the different organizations of the primary sector. The new clinical structure of the hospital is illustrated in [Figure 1](#).

The second innovation is the appointment of clinical vice directors responsible for patient flows. These so-called flow managers are responsible for coordinating the patient flows within their clinical departments and they are sharing the responsibility for coordinating patient flows across the boundaries of the different departments. They are also responsible for coordinating patient flows across the boundaries of the hospital and the primary sector. In this connection, the flow manager of 'the acute clinic' has a special task to facilitate the contacts with the organizations of the primary sector. There has been a lively discussion within the hospital on whether the flow managers should be physicians or nurses. All the positions were advertised, but there were few physicians who applied. However,

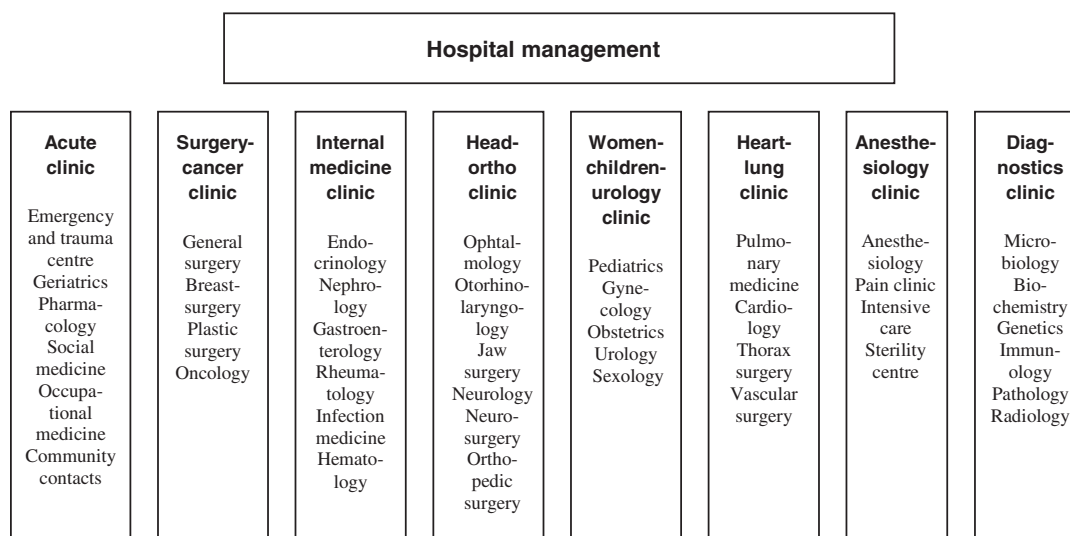


Figure 1. The new clinical structure of the university hospital.

when the flow managers were going to be appointed, many physicians suddenly realized that they would be in a subordinate position to the nurses who had applied for the position. This has led to some opposition from the physicians and there is still a discussion going on concerning the role and the power of the flow managers in the new organization.

The third innovation is the strong focus on teamwork to support the patient flows of the hospital. The leadership troika at the department level is working as a management team, where the vice director responsible for patient flows has an important role. Within the clinical departments, there is also an ongoing development of interlocking teams on different levels. There are ‘ward management teams’, consisting of senior physicians and nurses in the role of ward managers, who are responsible for the wards and surgeries of the clinical departments. There are also ‘professional teams’ of specialist physicians, nurses and other professionals who are working within or between the different medical specialties of the departments. At the same time, members of these teams are participating as patient responsible physicians and nurses together with auxiliary personnel in ‘patient teams’, which are formed for the operational coordination of care around individual patients. It is in these teams that the improvement of the patient flows is taking place. The team structure at the department level of the university hospital is illustrated in Figure 2.

In addition to these organizational innovations, a number of networks have been established to support the management structure of the new hospital organization. There are, for example, networks for the clinical directors and for the different vice directors. The network of the flow managers is meeting regularly to

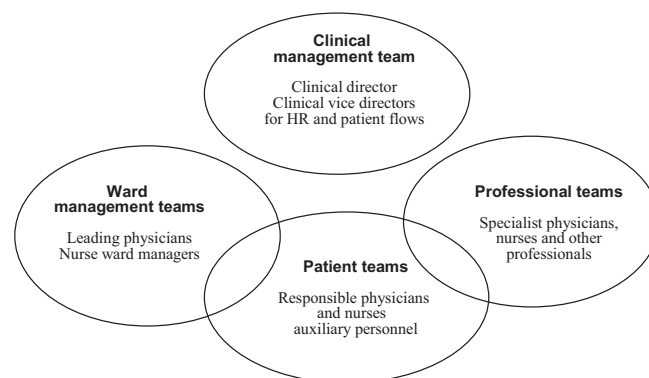


Figure 2. The team structure at the department level of the hospital.

exchange information and discuss common problems in the coordination of the patient flows. There are also regular meetings between this network and members of the management board of the hospital for evaluation and planning of different activities to facilitate and improve the patient flows. There are still traditional systems of accounting and budgeting in the university hospital, which means that resources are allocated to organizational units instead of activities or processes, but the top management of the hospital is well aware of the need to change these systems in order to implement the new organization and improve the patient flows of the hospital.

Discussion

The reorganization of the Danish university hospital has not been following the management fashion of many other hospitals to import industrial models of quality management focusing on measurement of time and costs. Instead the university hospital has

been more concerned with the organization and management of patient care across professional and organizational boundaries. The new organization of the hospital contains many elements from the different models of integrated care. The whole organization is based on a matrix way of thinking, combining the horizontal integration of patient flows with the vertical integration of clinical departments. This is even more the case with patient flows across different departments or across the great divide between the hospital and the primary sector. At the same time, the combination of specialties within the departments can be regarded as a form of horizontal integration across the vertical integration of the traditional medical disciplines.

According to the literature of organization and management, a matrix organization can be an efficient way to integrate new activities or organizational units within a hierarchical structure, but it is also a complicated and fragile structure that may lead to confusion, stress and conflicts about leadership. This is particularly the case in a professional organization, like a hospital, where there are often boundary conflicts between different professions involved [43,44]. Therefore, the matrix structure needs to be supported by different 'liaison devices' like task forces, standing committees or integrating managers [25]. Many of these devices are included in the different organizational models of integration.

There are elements of interprofessional as well as inter-organizational integration in the new organization of the university hospital. There is a strong focus on teamwork on different levels of the organization. There are management teams on the department level and the ward level, which consist of managers with different professional backgrounds. In the clinical departments, there are multidisciplinary teams of professionals working within the different medical specialties of the departments or across these specialties. In addition, the members of these teams are also members of other multidisciplinary teams, which are formed around individual patients or groups of patients. This means a complicated structure with overlapping or interlocking multidisciplinary teams, which contributes to the inter-professional as well as the interorganizational integration of the hospital [31].

Despite the risk of professional boundary conflicts, the different management and multidisciplinary teams provide ample opportunities for consultations and information exchange between different managers and different professionals in the new hospital organization. In addition, a number of networks have been established for key management functions in the new organization. There are networks for the clinical directors and the different vice directors. Within these networks,

there are regular meetings to exchange information and discuss common problems. There are also regular meetings between these networks and the hospital management. All of these meetings are important devices for the integration of the organization [27].

The appointment of clinical vice directors responsible for patient flows is another integration device. These flow managers have an important role as integrating managers in the matrix organization of the hospital [26]. They can be regarded as a sort of case managers for different patient groups. The flow managers are responsible for the coordination of patient flows within their respective clinical departments and between different departments of the hospital as well as between the hospital and the primary sector. They have a strategic responsibility for these patient flows, while the patient teams are responsible for the operational coordination of care around individual patients. It is a difficult task to coordinate the work of professionals, particularly when they are physicians with a legal responsibility for their patients. This task is made even more difficult by the resistance of the physicians to be managed by nurses as flow managers. Therefore, the coordination of patient flows involves negotiations with physicians as well as elimination of practical or administrative barriers and obstacles [45].

There are no formal agreements on collaboration between the different clinical departments in the hospital organization, but such agreements may be necessary if the departments become stronger and more independent as organizational units. In the same way, it may be necessary to develop existing agreements with the general practitioners and the local communities into formal partnerships in order to deal with patient flows that are stretching out to the primary health care and the social services of the local communities [34].

There has been a development towards a co-location of different medical specialties within the clinical departments, but this development has not gone so far because of the limitations of the existing hospital buildings. The only department where all the specialties are co-located is 'the internal medicine clinic', which is placed in a separate hospital building. In a few years, however, the university hospital will be moving to new buildings and these buildings are being planned with the new hospital organization in mind.

The most far-reaching model of interorganizational integration is financial coordination. This means that resources from different organizations or organizational units are pooled in order to finance common activities or processes [36,37]. Such coordination may eliminate many barriers to collaboration and integration related to territoriality and competition for resources [46]. In the

new hospital organization, this means that resources from the clinical departments could be coordinated to finance the patient flows across the boundaries of the different departments. Since finance is a powerful incentive, it would contribute to strengthen the coordination of the patient flows. The hospital management is aware of the need to change the systems of accounting and budgeting in the hospital, but they have first concentrated on implementing the new organization structure. Maybe it would have been a better strategy to start with the financial control systems instead of trying to change them afterwards.

Concluding remarks

The description and discussion of the reorganization of the university hospital have shown that integrated care can be a relevant concept not only for health promotion and primary health care, where the concept was first developed, but also for a highly specialized hospital organization. The new organization of the Danish university hospital has been analyzed in terms of different organizational models of integrated care. From the analysis, it is clear that there are many elements of interprofessional integration in the new organization, for example, the strong focus on multidisciplinary teamwork and meetings, providing many opportunities for consultation and information exchange between professionals on different levels of the organization. There are also some important elements of interorganizational integration, for example, the appointment of flow managers as a sort of case managers and the intentions to co-locate different specialties within the clinical departments.

The new organization was designed to improve the patient flows of the university hospital by grouping specialists around the patients instead of sending the patients around to different specialists. This means that the organization is oriented towards processes of care instead of the traditional orientation towards structures like clinical departments or medical specialties. Such a reorientation may challenge established

professional identities and boundaries. The opposition from the physicians against the appointment of nurses as flow managers can be understood as a reaction against this reorientation. However, it can also be understood as a power struggle between two professional groups in the hospital. In any case, the opposition is hampering the implementation of the new organization. In addition, the implementation is made more difficult by the existing systems of accounting and budgeting, where the resources are allocated to the clinical departments rather than the patient flows. This means that the financial incentives are working against the coordination of the patient flows.

Resistance to change is not surprising in a professional organization like a university hospital. The implementation of the new organization may therefore be an uphill battle before the role of the flow managers has been accepted and the financial control systems have become more process oriented. These are important questions for further research and development. It seems, however, that the design of the new organization is basically sound and in line with the organizational models of integrated care, which may contribute to improve the patient flows of the university hospital. As mentioned before, it is not clear what the fashionable industrial models of quality management have actually achieved in health care, so maybe the concept of integrated care is a more promising way to improve the quality of care than the industrial models of quality management. At the same time, the application of this concept in a university hospital may also contribute to widen the traditional field of integrated care.

Reviewers

Jan Ekholm, MD, PhD, Professor Emeritus of Rehabilitation Medicine, Division of Rehabilitation Medicine, Department of Clinical Sciences, Karolinska Institutet, Danderyd University Hospital, Stockholm Sweden

Rafael Lindqvist, Professor, Department of Sociology, Uppsala University, Sweden

References

1. Hood C. Public administration and public policy: intellectual challenges for the 1990s. *Australian Journal of Public Administration* 1989;48(4):346–58.
2. Pollit C. *Managerialism and the public services*. Oxford: Blackwell Publishing; 1990.
3. Ferlie E, Pettigrew A, Ashburner L, Fitzgerald L. *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
4. Joss R, Kogan M. *Advancing quality: TQM in the NHS*. Buckingham: Open University Press; 1995.
5. McNulty T, Ferlie E. *Reengineering health care – the complexities of organizational transformation*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
6. Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 1993;19(10): 424–47.

7. Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal* 1996;312:619–22.
8. Radnor ZJ, Holweg M, Waring J. Lean in healthcare: the unfilled promise? *Social Science & Medicine* 2012;74(3):364–71.
9. Weimarsson H. Nine out of ten hospitals changed to lean. *Läkartidningen* 2011;108:1915. [in Swedish].
10. Axelsson R. The organizational pendulum: health care management in Sweden 1865–1998. *Scandinavian Journal of Public Health* 2000;28(1):47–53.
11. Walshe K. Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *International Journal for Quality in Health Care* 2009;21(3):153–9.
12. World Health Organization. Ottawa charter of health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
13. World Health Organization. World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
14. Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care – a position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care* [Serial Online] 2001;1(Jun 2001):1–10. Available from: URN:NBN:NL:UI:10-1-100270.
15. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care* [Serial Online] 2002;2(Nov 2002):1–8. Available from: URN:NBN:NL:UI:10-1-100309.
16. Hughes J, Pritchard P. Shared care: the future imperative. London: The Royal Society of Medicine; 1995.
17. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. *British Medical Journal* 1998;316:133–7.
18. Ahgren B, Axelsson R. Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management* 2007;22(2):145–57.
19. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care* 2013;13(Mar 2013):1–12. Available from: URN:NBN:NL:UI:10-1-114415.
20. Axelsson R, Bihari Axelsson S. Integration and collaboration in public health: a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management* 2006;21(1):75–88.
21. Williamson OE. Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications. New York: The Free Press; 1975.
22. Chandler AD Jr. The visible hand: the managerial revolution in American business. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1977.
23. Thompson G, Frances J, Levacic R, Mitchell J, eds. Markets, hierarchies and networks: the coordination of social life. London: Sage Publications; 1991.
24. Child J, Faulkner D. Strategies of co-operation: managing alliances, networks and joint ventures. Oxford: Oxford University Press; 2005.
25. Mintzberg H. Structure in fives: designing effective organizations. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1993.
26. Galbraith JR. Designing matrix organizations that actually work. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2009.
27. Leathard A, ed. Interprofessional collaboration: from policy to practice in health and social care. London: Routledge; 2004.
28. Dinesen B, Seemann J, Gustafsson J. Development of a program for tele-rehabilitation of COPD patients across sectors: co-innovation in a network. *International Journal of Integrated Care* [Serial Online] 2011;11(Mar 2011):1–12. Available from: URN:NBN:NL:UI:10-1-101374.
29. Jakobsson B, Bergroth A, Schüldt K, Ekholm J. Do systematic multiprofessional rehabilitation group meetings improve efficiency in vocational rehabilitation? *Work* 2005;24(3):279–90.
30. Bodenheimer T. Building teams in primary care: lessons from 15 case studies. Oakland, CA: California Health Care Foundation; 2007.
31. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional teamwork for health and social care. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
32. Norris S, Nichols P, Caspersen C, Glasgow R, Engelgau M, Jack L, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2002;22(4 Suppl):15–38.
33. Mitchell SM, Shortell SM. The governance and management of effective community health partnerships: a typology for research, policy, and practice. *The Millbank Quarterly* 2000;78(2):241–89.
34. Dowling B, Powell M, Glendinning C. Conceptualising successful partnerships. *Health and Social Care in the Community* 2004;12(4):309–17.
35. Hudson B. Interprofessionalism in health and social care: the Achilles' heel of partnership? *Journal of Interprofessional Care* 2002;16(1):7–17.
36. Hultberg E, Glendinning C, Allebeck P, Lönnroth K. Using pooled budgets to integrate health and welfare services: a comparison of experiments in England and Sweden. *Health and Social Care in the Community* 2005;13(6):531–41.
37. Andersson J, Löfström M, Bihari Axelsson S, Axelsson R. Actor or arena: contrasting translations of a law on interorganizational integration. *Journal of Health Organization and Management* 2012;26(6):778–93.
38. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care* [Serial Online] 2004;4(Sept 2004):1–15. Available from: URN:NBN:NL:UI:10-1-100349.
39. Andersson J, Ahgren B, Bihari Axelsson S, Eriksson A, Axelsson R. Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review. *International Journal of Integrated Care* [Serial Online] 2011;11(Sept 2011):1–10. Available from: URN:NBN:NL:UI:10-1-101654.

40. Konrad EL. A multidimensional framework for conceptualizing human services integration initiatives. *New Directions for Evaluation* 1996;1996(69):5–19.
41. Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Strategies of qualitative enquiry*. London: Sage Publications; 2003.
42. Pope C, Mays N, eds. *Qualitative research in health care*. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
43. Freidson E. *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row; 1970.
44. Abbott A. *The system of professions*. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
45. Antoft R. *Dealing with dementia: power and negotiation in interprofessional relations*. Aalborg: Aalborg University; 2005. [in Danish].
46. Bihari Axelsson S, Axelsson R. From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care* 2009;23(4):320–30.



AALBORG UNIVERSITET