

Lederen i spil på flere matrikler



En udfordring i sundhedsvæsenet

Masterafhandling

Pia Berg
Karina Bruun
Henrik Stig Jørgensen
Hanne Folden Lindholdt

Vejleder:
Signe Vikkelsø

Master of Health Management
Hold 2009
Copenhagen Business School

Forord

Denne masterafhandling beskæftiger sig med ledelsesdilemmaer i sundhedsvæsenet. Afhandlingen fokuserer på organiseringsformer og lederrollens betydning for, hvorledes afdelingsledere løser opgaven med at lede medarbejdere på flere hospitalsmatrikler i Region Hovedstaden.

Interessen for dette emne er opstået som følge af en nysgerrighed i forhold til, hvordan en ny organiseringsform i Region Hovedstanden fungerer.

Der skal lyde en stor tak til alle de ledere i Region Hovedstanden, der velvilligt og med stor entusiasme har gjort det muligt for os at få en forståelse for, hvilke dilemmaer og udfordringer ledelse på flere matrikler bringer.

Tak til Signe Vikkelsø for kyndig og engageret vejledning. Tak for dine grundige og meget praksisnære tilbagemeldinger, skønt vi må medgive at tilbagemeldingerne skabte et vist pres.

Masterafhandlingen afslutter to års studier, studier der har bibragt os mange nye kompetencer, som vi ser frem til at anvende i vores fortsatte arbejde i ledende stillinger i Region Hovedstaden.

København d. 10. december 2010

Karina Bruun

Pia Berg

Hanne Folden Lindholdt

Henrik Stig Jørgensen

Summary

This master thesis is prepared in context of the structural changes that have been implemented in the health care system of the Region of the Capitol in Denmark in the last three years. After implementation of the "Hospitalsplan 2007" from 2007 to 2010, the region has re-organized their hospitals in four subdivisions, each consisting of one major and one or two minor hospitals. Departments has been established covering two locations, organized with small specialized functions as an outpost at the minor hospitals. The subject of this thesis has therefore been to study "How Dilemmas of management evolves and how do the Manager handles these, managing a Department at two locations" and furthermore, "How do the Manager handle his Role of Management in the pressure between the Manager of the Hospital and the local Manager of the Outpost ?". The field study has been performed during the early autumn of 2010 through ten semi-structured interviews divided on six with heads of departments with outpost at minor hospitals, two with hospitals managers and two with local managers at outposts at minor hospitals in The Region of the Capitol in Denmark. In addition, relevant policy documents from the Region of the Capitol from 2007 to 2010 has been identified and reviewed to elucidate the platform of which the managers of departments can perform their leadership.

The theoretical foundation for the analysis was selected to be the organizational theories of Henry Mintzberg from 1983, defining the basic five structures of organizations and the psychodynamic organizational theory about the person and his role in system of the organization and the individual, as described by James Krantz and Marc Maltz in 1997, the Role as taken and given.

The analysis of the interview concerning the first subject of the study with the organizational view did make it possible to identify four dilemmas of managing the outpost (1) lack of contracts, resulting in opposed orders from the hospital managers at the different locations, making it difficult to use the pigeonholing process in the division of labor (2) the professionals at the outpost after all, are not interested in being managed by a remote head of department, which not are given authority, (3) due to the fact that the patients distributed to the outpost with a high degree of horizontal job specialization, can occur to be too complex to be handled treated there and (4) the organization and the flow of patient categories is ever changing, inducing press and pulls from the other parts of the organization.

The analysis of the second subject of the study, showed that these dilemmas are handled by the managers in different ways. (1) The manager is waiting, when there are serious expectations, but change his role of leadership in response to the need. (2) The managers role is dependent on the level of authority he is allocated and on his internal authority and the role ideal of the person. (3) The manager has resistance to make unpleasant decisions and may withdrawal himself from an active role of leadership. But in case of severe problems, he will enact in his role, and solve the problems.

In conclusion, we find that the thesis have the following implications of the use of outpost for the health care system in Denmark: (1) The manager must be a person, acting both as a general manager and as a professional manager, (2) There must be allocated a local manager on the outpost with responsibility to become the formal manager with contact to the local hospital manager, (3) It is mandatory to compose detailed contracts, describing the co-operation between the actors of the outpost, and (4) The superior level of management of hospitals should be aggregated to one for each of the four planning areas in the Region of the Capitol.

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| 1.0 Indledning | 6 |
| 1.1 Baggrund | 6 |
| 1.2 Problemfelt | 8 |
| 1.3 Undersøgelsesspørgsmål | 9 |
| 1.4 Kapitelgennemgang | 9 |
| 1.5 Hospitalsstruktur i Region Hovedstaden | 10 |
| 2.0 Teori | 12 |
| 2.1 Mintzbergs organisatoriske perspektiv | 12 |
| 2.2 Lederen mellem den givne og den tagne rolle | 18 |
| 3.0 Metode | 23 |
| 3.1. Empiri | 23 |
| 3.2 Undersøgelsens design | 24 |
| 3.3 Operationalisering af Mintzberg | 28 |
| 3.4 Operationalisering af Krantz og Maltz | 30 |
| 4.0 Casebeskrivelse | 33 |
| 5.0 Analyse af lederen i fagbureaukratiet | 35 |
| 5.1 Delkonklusion på lederen i fagbureaukratiet | 49 |
| 6.0 Analyse af lederen mellem den givne og tagne rolle | 51 |
| 6.1 Ledelse gennem lokaledere på udefunktionen - midtbanespilleren | 53 |
| 6.2 Afdelingsleder med tæt kontakt til udefunktionen - anføreren | 60 |
| 6.3 Afdelingsleder med begrænset tilstedeværelse på udefunktionen - målmanden | 66 |
| 6.4 Delkonklusion | 73 |
| 7.0 Diskussion og konklusion | 75 |
| 7.1 Diskussion af ledelsesdilemmaer | 75 |
| 7.2 Konklusion | 79 |
| 7.3 Epilog | 81 |
| 8.0 Perspektivering | 82 |
| 9.0 Referencer | 83 |
| 10.0 Bilagsfortegnelse | 85 |

1.0 Indledning

Dette kapitel indeholder baggrund, problemfelt og undersøgelsesspørgsmål samt en læsevejledning til afhandlingen og en præsentation af hospitalsstrukturen i Region Hovedstaden.

1.1 Baggrund

Som en konsekvens af kommunalreformen og etablering af regionerne i januar 2007, vedtog Region Hovedstaden en ny hospitalsplan i februar 2007 (Region H, 2007a). Planen tildelte regionens hospitaler nye funktioner gennem en lang række omstrukturering, som løbende skulle gennemføres over 10 år. Hospitalsplanen indebar, at en del funktioner skulle flyttes rundt, og at helt nye samarbejdsrelationer skulle etableres på tværs af hospitalerne. Hovedtanken bag strukturen af hospitalsplanen i Region Hovedstaden var, at opdele regionen i fire planlægningsområder; nord, midt, syd og byen. I hvert planlægningsområde har et hospital funktion som områdehospital, med ét eller flere nærhospitaler tilknyttet.

Formanden for Regionsrådet i Region Hovedstaden fremhævede i sin motivation for denne struktur og fremtidens opgaver i sundhedssektoren (Region H, 2007b):

Det kræver hospitaler, hvor afdelingerne er store nok til at sikre høj kvalitet, stærke faglige miljøer og en effektiv drift. Men også et hospitalsvæsen, hvor der er plads til at sikre den lokale forankring af behandlingstilbud og samarbejdsrelationer. Hospitalsvæsenet er til for patienternes skyld.

Fortløbende fra februar 2007 til dags dato er flere hospitalsafdelinger fusioneret på én, to eller tre hospitalsmatrikler med det formål at skabe store afdelinger, hvor der er et stort patientvolumen og mange lægelige eksperter til at sikre høj kvalitet i patientbehandlingen. Man har desuden ønsket at sikre en rentabel drift inden for specielt de kirurgiske sygdomsområder. Selvom der er skabt en ledelsesmæssig fusion af afdelinger, og selvom det er vanlig praksis i hospitalsvæsenet, at medarbejdere, der har samme afdelingsledelse, er placeret på samme hospitalsmatrikel, har det ofte ikke været fysisk muligt at samle alle medarbejdere på områdehospitalet. Løsningen på dette problem har været, at placere en mindre og afgrænset del af afdelingen, som en udefunktion på et nærhospital. På den måde tilgodeses ligeledes ønsket fra politisk side om at sikre nærhed for patienterne (Region H, 2007a, s. 21).

En udefunktion betyder, at en afdelings drift er delt ud på flere hospitalsmatrikler, hvilket medfører, at afdelingsledelsen skal lede, fordele og koordinere arbejdsopgaver og personale, der er placeret fysisk på forskellige hospitalsmatrikler. Afdelingsledelsen er placeret på områdehospitalet og har udover ansvar for drift og økonomi, også ansvar for det faglige niveau på afdelingen.

Umiddelbart skulle denne opdeling af en afdeling på flere hospitalsmatrikler ikke give problemer, idet det jo drejer sig om hospitaler i samme region. Problemet er dog, at områdehospitalet og nærhospitalet har hver sin direktion, hvilket i forbindelse med ledelse af en udefunktion betyder, at afdelingsledelsen referer til én direktion (på områdehospitalet), men samtidig har ansvaret for driften af en afdeling med tilhørende lokaledelse og personale, der har deres arbejdsdag på et andet hospital underlagt en anden direktion.

Afdelingslederens rolle rummer hermed en udfordring, og afdelingslederen skal kunne agere i både den ledelsesmæssige og den fagprofessionelle verden (Jespersen, 2005, s. 16). Denne udfordring er i sig selv stor, og vi antager, at når opgaven deles på flere matrikler, bliver den endnu mere omfattende.

I forbindelse med en Masteruddannelse på CBS, byttede to direktører fra henholdsvis et hospital og en stor offentlig transportorganisation job. Direktøren fra transportorganisationen blev grebet af engagementet og begejstringen hos medarbejderne på hospitalet. Men samtidig udtrykte han undren over, at der til dagligt arbejder ca. 700 personer på hospitalet, men at hospitalsdirektøren "kun" er direktør for 300 personer. Resten af medarbejderne refererer til regionens øvrige hospitaler.

Jeg synes, det er en noget pudsigt konstruktion med 400 mennesker i huset, som man ikke er direktør for. Det må indebære en risiko for, at der skabes en kløft mellem medarbejderne,

lyder vurderingen fra direktøren (Region H, 2010b).

En udtalelse som denne har været medvirkende til, at vi har fundet det interessant at undersøge de ledelsesmæssige implikationer ved etableringen af udefunktioner i Region Hovedstaden.

1.2 Problemfelt

Udefunktionerne i Region Hovedstaden er organiseret på flere forskellige måder. Oftest er lægerne ansat på områdehospitalet, mens sygeplejersker og det øvrige personale er ansat på nærhospitalet. Som en opfølgning på hospitalsplanen udsendte Region Hovedstaden i juni 2007 en ledelsespolitik, hvori der beskrives, på hvilke måder ledelse skal udøves for at understøtte Region Hovedstaden i at nå sine mål (Region H, 2007c). Ledelsespolitikken fremhæver blandt andet, at lederen skal være synlig, nærværende og til rådighed. Vi er blevet bekendt med, at det forhold, at en afdelingsleder skal have fagprofessionelle medarbejdere til at udføre en stor del af afdelingens samlede produktion på en anden lokalitet medfører, at det kan være vanskeligt at foretage en fornuftig deling og koordinering af arbejdet. Nogle steder har det været opfattelsen, at personalet på udefunktionerne fungerede autonomt og ofte gik tidligere hjem fra arbejde.

Ud over at det som leder må være vanskeligt at leve op til Region Hovedstadens mål om synlig og nærværende ledelse, må det også være udfordrende, at implementere en afdelings mål og værdier i forhold til to forskellige hospitalers værdigrundlag.

I vores undersøgelse af dette problemfelt er vi stødt på følgende udsagn:

Ledelsesmæssigt og organisatorisk er det noget rod. Set fra patientperspektivet forstår patienterne det ikke.

Og et andet interessant udsagn lyder:

[...] nogen kalder udefunktionerne for "Asylbørnene", det er en rigtig dårlig symbolværdi. De er "aldrig hjemme" – de har ikke et tilhørsforhold.

Ud over den officielle politik, hvor formålet med udefunktionerne ifølge Regions Hovedstadens politik er, at afdelingerne skal være store nok til at sikre høj kvalitet, stærke faglige miljøer og en effektiv drift (Region H, 2007b) , så kunne man fristes til at tænke, at der har været en hensigtsmæssighedslogik, hvor ideen bag udefunktionerne var, at politikerne ikke ønskede at lukke de mindre hospitaler?

Ydermere har vi fået en forståelse af, at medarbejderne på udefunktionerne savner kontakt med lederen og føler sig oversete i forhold til personalet på hovedafdelingen.

Vi undres over, at man ved indførsel af denne omfattende organisationsændring, ikke efterfølgende har evalueret ændringen.

Vi vil i afhandlingen beskæftige os med Mintzbergs organisationskonfigurationer i hospitalsafdelingernes arbejdsdeling og koordinering samt benytte Krantz og Maltz's firedelede rammemodel, der belyser forskellige aspekter af lederens rolle.

1.3 Undersøgelsesspørgsmål

Med baggrund i dette finder vi det interessant at undersøge, hvordan ledelsesfunktionen bliver udfoldet i forhold til, at afdelingens personale arbejder på forskellige matrikler. Vi har valgt at fokusere på afdelingsledelsesniveauet, og dette giver os anledning til følgende undersøgelsesspørgsmål:

Hvordan opstår og håndteres ledelsesdilemmaer ved ledelse på flere hospitalsmatrikler?

Da vi har en formodning om, at ledelse af personale fordelt på flere hospitalsmatrikler gør det vanskeligt for afdelingslederen at håndtere sin ledelsesrolle, finder vi det væsentlig at supplere overstående undersøgelsesspørgsmål med følgende spørgsmål:

Hvordan håndterer afdelingslederen sin ledelsesrolle i presset mellem hospitalsdirektion og lokalledelse ved ledelse på flere hospitalsmatrikler?

1.4 Kapitelgennemgang

Kapitel 1, indeværende kapitel, er en indledning til afhandlingen. Kapitlet indeholder problemfelt, undersøgelsesspørgsmål, denne læsevejledning samt en beskrivelse af hospitalsstrukturen i Region Hovedstaden. Kapitlet skal give læseren en forståelse for Region Hovedstaden som organisation og de vigtigste ledelsesmæssige principper i forhold til afhandlingens undersøgelsesspørgsmål.

Kapitel 2 redegør for valg af teoretisk ramme i forbindelse med besvarelse af afhandlingens spørgsmål. Kapitlet indeholder en kort beskrivelse af centrale elementer af de to valgte teorier.

Kapitel 3 gennemgår de metodologiske overvejelser, herunder blandt andet udvælgelse af informanter og gennemførelse af interview. Kapitlet afrundes med en operationalisering af de teoretiske begreber.

Kapitel 4 omfatter en casebeskrivelse ud fra afhandlingens empiriske materiale.

Kapitel 5 og 6 indeholder to analysedele. Der vises her, hvordan de to teorier og den indsamlede empiri kan belyse afhandlingens spørgsmål. Hvert analysekapitel afsluttes med en delkonklusion.

Kapitel 7 indeholder en diskussion, en samlet konklusion og dermed besvarelse af afhandlingens undersøgelsesspørgsmål. Konklusionen dannes på baggrund af de nævnte delkonklusioner. Desuden vurderes det, hvilke ledelsesmæssige implikationer afhandlingen kunne tænkes at have i fremtiden. Kapitlet afrundes af en epilog.

Kapitel 8 indbefatter en perspektivering, hvor der redegøres for, hvordan vi med en anden teoretisk vinkel kunne analysere vores problem.

1.5 Hospitalsstruktur i Region Hovedstaden

Hospitalsvæsenet i Region Hovedstaden er organiseret i fire planlægningsområder, hvor der indenfor hvert område er et områdehospital og ét til to nærhospitaler. Områdehospitalet er personale- og patientmæssigt langt det største og varetager bl.a. den akutte behandling indenfor kirurgi og medicin. På nærhospitalet er der typisk en større medicinsk afdeling samt afdelinger med forskellige typer planlagt kirurgi med dertil hørende støttefunktioner så som anæstesi og røntgen.

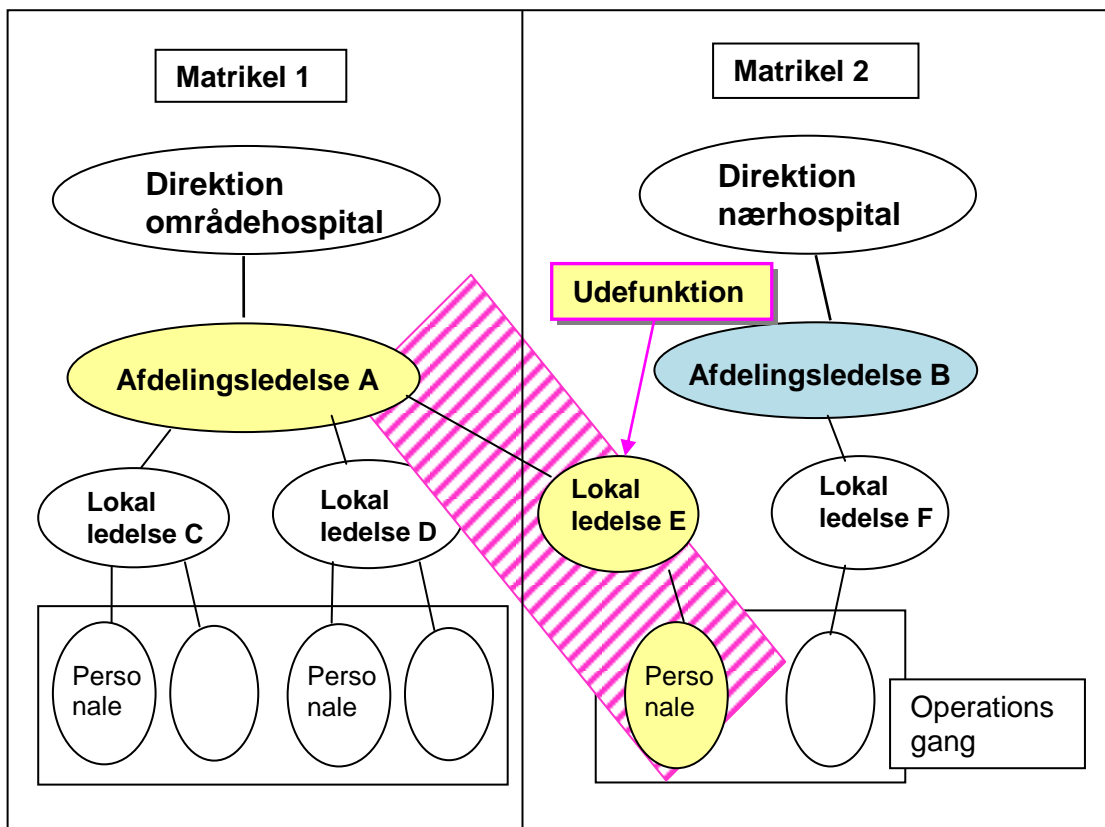
For overskuelighedens skyld gennemgås den organisatoriske opbygning af et område- og nærhospital, jf. figur 1, side 11.

På matrikel 1 ses et områdehospital, hvor afdelingsledelse A referer til direktionen. En afdelingsledelse består af en ledende oversygeplejerske og en ledende overlæge, der sammen har ansvar for driften af en afdeling. En afdeling består typisk af flere sengeafsnit, ambulatorier og operationsgang, der hver ledes af en lokalledelse, i figuren C og D bestående af en overlæge og en afdelingssygeplejerske.

På matrikel 2 ses et nærhospital, hvor afdelingsledelse B referer til direktionen. Afdelingsledelse B leder en operationsafdeling, hvor lokalledelse F har ansvaret for den daglige drift og en del af personalet som betjener operationsafdelingen. På samme

matrikel findes lokalledelse E, der refererer til afdelingsledelse A på matrikel 1 og dermed direktionen på områdehospitalet. Lokalledelse E er dermed udefunktion fra områdehospitalet og har ansvaret for en anden del af personalet, der deltager i operationer og bedøvelse af patienter, der opereres på matrikel 2.

Figur 1. Områdehospital og nærhospital med udefunktion



Matrikel 1: Områdehospital. **Matrikel 2:** Nærhospital. **De gule felter:** Casens afdelingsledelse med tilhørende lokalleder og personale på udefunktionen. **Det lyserøde skraverede felt:** Udefunktionen.

2.0 Teori

Til at nuancere afhandlingens undersøgelsesspørgsmål, der drejer sig om håndtering af ledelsesdilemmaer ved ledelse på flere hospitalsmatrikler anvendes to teorier. I dette kapitel argumenteres der for valg af teori, ligesom der vil blive redegjort for de to teories grundlæggende hovedpunkter.

2.1 Mintzbergs organisatoriske perspektiv

Dette afsnit indledes med en begrundelse for valg af den ene del af den teoretiske ramme, derefter følger en redegørelse for arbejdsdeling i organisationer og en beskrivelse af forskellige koordinationsmekanismer. Til slut rundes afsnittet af med en fremstilling af Mintzbergs teori om organisationsformer med hovedvægt på det fagprofessionelle bureaukrati.

Begrundelse for valg af teori om organisationer

Idet vi har en formodning om, at der i forbindelse med ledelse på flere matrikler opstår problemer i organisationen med hensyn til arbejdsdeling og koordinering af arbejdsopgaverne, tages der til belysning af afhandlingens undersøgelsesspørgsmål udgangspunkt i Henry Mintzbergs teori om organisationers struktur. Henry Mintzberg har i mere end 30 år forsket i organisationers virkemåde og har derigennem udviklet en teori, hvis centrale tema er en beskrivelse af, hvordan fordelingen og koordineringen af arbejdet i en organisation afgør, hvordan grundstrukturen af organisationen sammensættes. Han arbejder i denne sammenhæng med en grundmodel bestående af fem dele, der vægtes afhængig af, hvilke opgaver, der skal løses og koordineres (Mintzberg, 1979).

Afhandlingens organisatoriske kontekst er fagbureaukratiet, hvorfor der til belysning af undersøgelsesspørgsmålet inddrages Mintzbergs beskrivelse af hvorledes organisationer, der skal løse professionsopgaver er opbygget (Mintzberg, 1983).

Arbejdsdeling

En organisations effektivitet og funktionsmåde afhænger af, hvorledes organisationens grundlæggende struktur er designet. Designet afhænger af hvilke opgaver, der skal løses, og hvorledes disse arbejdsprocesser forløber indenfor de enkelte dele af

organisationen. Dette forudsætter blandt andet, at der foreligger en deling af opgaven ud på forskellige funktioner (Mintzberg, 1983, s. 26). Den enkelte opgave eller den enkelte stilling kan have forskellige grader af specialisering i henholdsvis spændvidden af opgaven, horisontal jobspecialisering, og i graden af kontrol over processen, vertikal jobspecialisering (Mintzberg, 1983, s. 26). Incitamentet til at foretage arbejdsdeling og jobspecialisering er at øge effektiviteten i produktionen.

Horisontal jobspecialisering

Ved horisontal jobspecialisering deles hele arbejdsprocessen op i mindre, hierarkisk ligestillede, velafgrænsede delopgaver, der gentages flere gange for at opnå et produkt med høj kvalitet (Mintzberg, 1983, s. 28). Dette begreb har særlig interesse i forhold til vores undersøgelsesspørgsmål, idet de komplekse opgaver, der forudsætter mange års uddannelse og som udføres af højt specialiserede læger, kræver en særlig høj grad af horisontal jobspecialisering.

Vertikal jobspecialisering

Ved vertikal jobspecialisering opdeles arbejdsprocessen i forskellige hierarkiske niveauer, og den enkelte medarbejder udfører kun selve arbejdsprocessen uden at have indflydelse på tilrettelæggelsen af processen, som i stedet varetages af en leder. I afhandlingens kontekst betyder det, at arbejdsprocessen har en lav grad af vertikal jobspecialisering, idet specialisten ikke bare udfører operationen, men også har en vis grad af beslutningskompetence (Mintzberg, 1983, s. 27). Den fagprofessionelle organisation med meget komplekse arbejdsopgaver, vil som regel have en høj grad af horisontal og en lav grad af vertikal jobspecialisering (Mintzberg, 1983, s. 32).

Jobudvidelse

Risikoen eller ulempen ved høj jobspecialisering er, at medarbejderne i de højt specialiserede funktioner mister overblikket og dermed motivationen til at samarbejde og til at udføre et arbejde af høj kvalitet på lang sigt. Der kan derfor være behov for at foretage jobudvidelse, hvor jobspecialiseringen reduceres (Mintzberg, 1983, s. 28-30).

Lederne som fastlægger de overordnede retningslinjer og aftaler, har sjældent fuld indsigt i de detaljerede arbejdsgange i den højt specialiseret produktionsenhed, som f.eks. en operationsgang og der kan derfor opstå ubalance i organisationen (Mintzberg, 1983, s. 36-37). Konsekvensen af denne ubalance er at medarbejdernes indflydelse på arbejdet og deres mulighed for at foretage tilpasning i arbejdsprocessen mindskes,

hvilket kan medføre reduceret motivation, samarbejde og effektivitet af processerne i organisationen (Mintzberg, 1983, s. 37).

Koordinering

I enhver organisation er det en udfordring at koordinere udførelsen af arbejdet. Koordinationsudfordringernes type og størrelse afhænger af de opgaver, der skal løses og deres kompleksitet. Det mest basale i en organisation er de mekanismer, der koordinerer arbejdet (Mintzberg, 1983, s. 4). Mintzberg opfatter disse mekanismer som den lim, der binder organisationen sammen. Koordinationsmekanismen indeholder dog også begreber som kontrol af processen og kommunikation mellem enheder og medarbejdere. Mekanismerne fungerer i en form for cyklus, hvor stigningen i arbejdets og organisationens kompleksitet afgør, hvilken mekanisme der skal bruges i koordineringen. Der anvendes ofte mere end én koordinationsmekanisme i en organisation, men der vil altid være én af dem, der er fremherskende (Mintzberg, 1983, s. 7). I forbindelse med koordinering af de mest komplicerede arbejdsopgaver vendes der ofte tilbage til den mest simple koordinationsmekanisme. Mintzberg beskriver fem koordinationsmekanismer som der kort redegøres for herunder, rangordnet efter stigende kompleksitet af opgaver, der skal koordineres (Mintzberg, 1983, s. 4-7).

Gensidig tilpasning

Koordineringen af arbejdet foregår direkte mellem de enkelte medarbejdere. Denne simple koordinationsmekanisme bruges i de mindst komplekse organisationer, men paradoksalt nok også i de mest komplekse, idet der kan opstå vidensdeling, mens arbejdet udføres, hvorfor det endelige resultat afhænger af, hvordan medarbejdere tilpasser sig hinanden (Mintzberg, 1983, s. 4). Medarbejdere kan i visse situationer helt undgå at tænke på koordinering, eksempelvis på en operationsgang, hvor den ene fagprofessionelle har et tæt samarbejde med andre fagprofessionelle, der alle kender deres faglige felt, således at de kan udføre opgaven uden at tale sammen (Mintzberg, 1983, s. 6).

Direkte overvågning

Lederen overvåger, at de ansatte udfører arbejdet efter hans instruktion. Lederen vil derefter monitorere resultatet. Mekanismen anvendes i lidt større organisationer, typisk med over fem ansatte.

Standardisering af arbejdsprocesser

Denne mekanisme bruges til at koordinere arbejdsprocesser i organisationer, hvor processerne er programmerede og opgaverne simple og rutineprægende. Et typisk eksempel er samlebåndsarbejde.

Standardisering af arbejdets resultat

Mekanismen anvendes, hvor arbejdet bliver mere komplekst, men hvor man fortsat kan specificere slutresultatet af arbejdet helt præcist. Medarbejderne bestemmer selv hvilke processer, de vil anvende til at opnå slutresultatet.

Standardisering af færdigheder

Hvis der kræves særlige færdigheder for at udføre et job, anvendes standardisering af færdigheder som koordinationsmekanisme. Færdighederne opnår den ansatte gennem uddannelse, inden jobbet påbegyndes og træning i starten af karrieren. Således har den ansatte straks en fornemmelse for, hvordan arbejdet skal udføres. Koordinationsmekanismen tillader standardisering og decentralisering, fordi den enkelte medarbejder præcis ved hvorledes arbejdsopgaven skal udføres uden direkte kontrol (Mintzberg, 1983, s.40, s. 206). Arbejdssituationen er kompleks, og såfremt det ikke er muligt at standardisere de forskellige opgaver, vendes der tilbage til den førstnævnte koordinationsmekanisme og cyklussen er fuldendt. Vi har særligt fokus på standardisering af færdigheder, idet det er den fremherskende koordinationsmekanisme i forbindelse med ledelse af fagprofessionelle, der er en del af afhandlingens undersøgelsesspørgsmål.

Organisationsformer

Mintzbergs grundtese er, at en organisation altid består af fem forskellige dele, hvis sammensætning og størrelse bl.a. afhænger af hvilken opgave, der skal løses. Der indgår altid følgende dele i organisationen (se figur 2, s. 16): Topledelsen (TL; *strategic apex*), mellemlinjen (M; *middle line*), der omfatter mellemliderne, produktionskernen (PK; *operating core*) hjertet af organisationen, hvor kerneydelsen produceres. Produktionskernen er et særligt interessant område i forhold til denne afhandling, idet denne del er meget central i fagbureaukratiet. Derudover er der teknikstrukturen (TS; *techno structure*), området hvor der bl.a. udarbejdes vejledninger til brug i produktionskernen og endeligt støttefunktionen (SF; *support staff*), hvor hjælpefunktionerne befinder sig. Støttefunktionen findes på forskellige niveauer i

strukturen afhængig af, hvem der modtager ydelserne, f.eks. findes en direktionssekretær i topledelsen, og rengøringen kan fysisk findes i alle dele af organisationen (Mintzberg, 1983, s. 194). Støttefunktionen er fuldt udviklet i fagbureaukratiet, hvilket giver mulighed for at støtte de fagprofessionelle og spare lidt af deres høje løn. I forhold til denne afhandling er det særligt teorien om fagbureaukratiet, der er interessant, hvorfor der nedenfor nærmere redegøres for denne organisationsform.

Organisatorisk pres og ledelses dilemmaer

Enhver organisation påvirkes af forskellige pres og træk mellem de enkelte dele af den specifikke organisation. En organisatorisk del trækkes fra de fire andre dele af organisationen, idet hver enkelt del ønsker at opnå så stor indflydelse som muligt for at kunne udføre deres opgave så effektivt som muligt. Organisationens form afgør hvorledes det overordnede træk bliver og dermed hvordan organisationsstrukturen ender med at se ud. Organisationen kan støde på modstridende krav fra omgivelserne, hvorfor strukturens endelige model ofte er et kompromis, som dog kommer til at fungere som en stabil model (Mintzberg, 1983, s. 153).

Figur 2. De fem basale dele af den fagbureaukratiske organisation



Fagbureaukratiet

Hospitalsansatte arbejder i et fagbureaukrati, der ifølge Mintzberg er kendetegnet ved, at medarbejdernes arbejde er stabilt, hvilket betyder, at deres adfærd kan forudsiges og standardiseres som i et bureaukrati (Mintzberg, 1983, s. 36). Den primære koordinationsmekanisme er standardisering af færdigheder (Mintzberg, 1983, s. 207). Da arbejdet udover at være stabilt også er komplekst, bruges der en vis grad af gensidig tilpasning til at koordinere arbejdet mellem de enkelte ansatte, ligesom der på

grund af kompleksiteten, også er brug for en vis mængde skøn i udførelse af arbejdet (Mintzberg, 1983, s. 207). Skønnet kan betyde, at de professionelle ignorerer både patienternes og organisationens behov (Mintzberg, 1983, s. 208). Personalet ansættes efter uddannelse og træning suppleret med den socialiserende indoktrinering (Mintzberg, 1983, s. 41), der finder sted i det daglige arbejdsmiljø, som f.eks. lægelige konferencer, og herefter arbejder de meget selvstændigt og uafhængigt af kollegaer (Mintzberg, 1983, s. 190). Den særlige opbygning af fagbureaukratiet betyder, at inkompetente medarbejdere har vanskelige arbejdsvilkår. Desuden har lederen vanskeligt ved at kontrollere omfanget og kvaliteten af arbejdet, hvilket kan være problematisk i forbindelse med den inkompetente medarbejder (Mintzberg, 1983, s. 207).

Fagbureaukratiet opnår autoritet i kraft af eksperter, som anvender standarder til koordinering, der ofte er udviklet af andre læger udenfor organisationen i regi af de faglige selskaber (Mintzberg, 1983, s. 192), således at det sikres, at lægernes faglige viden kun forstås af dem selv. Derved udelukkes andre faggrupper, således at lægerne får eneret på deres viden og dermed udøver jurisdiktion (Mintzberg, 1983, s. 190). Det er kun den fagprofessionelle selv, som kan kontrollere det arbejde, der udføres (Mintzberg, 1983, s. 206).

Standardisering af færdigheder er en løs koordineringsmekanisme. Den kan både være fagbureaukatiets styrke, idet den enkelte ansatte kan perfektionere sine kompetencer ud fra standardisering og svaghed, idet den ikke kan løse mange af de koordinationsproblemer, der opstår i et fagbureaukrati (Mintzberg, 1983, s. 207-209). Et problem kan være koordinering mellem fagprofessionelle i produktionskernen og i støttefunktionen. Den fagprofessionelle vil selv give ordrene, selvom det betyder at støttefunktionen bliver presset af to systemer, der trækker i hver sin retning, dels den horisontale magt fra den fagprofessionelle dels den vertikale magt fra ledelsen over medarbejderen i støttefunktionen (Mintzberg, 1983, s. 207).

Dueslagsprocessen

Inden for fagbureaukratiet optræder det specifikke og centrale begreb dueslagsprocessen (*pigeonholing*). Begrebet er en form for arbejdsdeling og kan opfattes som en visitationsproces, der beskriver, hvorledes de professionelle, først analyserer en opgave (stiller en diagnose). Opgavens art afgør, hvilke standardiserede færdigheder og kompetencer der skal bruges for at opgaven kan løses, kompetencerne

”tages” derefter ud fra dueslaget. Det vil sige, at det er den enkeltes kompetencer, der afgør, hvilken opgave han kan løse og i forhold til denne afhandlings kontekst, betyder det, at lederen vælger den medarbejder hvis kompetencer matcher opgaven bedst (Mintzberg, 1983, s. 192-194). Dette begreb er særlig interessant i forhold til vores undersøgelsesspørgsmål, fordi dueslagsprocessen er af afgørende betydning for funktionen af den fagprofessionelle organisation.

Lederen i den fagprofessionelle organisation

Mintzbergs teori om arbejdsdeling, koordinering og den fagbureaukratiske organisation illustrerer, at lederen har nogle helt specifikke udfordringer. Han skal både være leder og ekspert for at blive anerkendt af den medicinske stab. Nogle opfatter fagprofessionelle ledere som stikirenddrenge, der udelukkende skal sørge for gode ressourcer til afdelingen og sikre stabile omgivelser. I analysen af lederens dilemmaer med at lede i den fagprofessionelle organisation, ses specifikt på, hvordan lederen fordeler og koordinerer arbejdet.

Med dette afsnit afsluttes præsentationen af Mintzbergs teoretiske ramme, og afhandlingen fortsætter med beskrivelse af Krantz og Maltz's opfattelse af rollebegrebet.

2.2 Lederen mellem den givne og den tagne rolle

Afsnittet indledes med en begrundelse for valg af denne del af det teoretiske felt. Herefter omtales mødet mellem individ og system, hvorefter Krantz og Maltz's fire delte rollebegreb præsenteres.

Begrundelse for valg af teori om roller

Afhandlingens andet undersøgelsesspørgsmål er, hvordan afdelingsledelsen håndterer sin ledelsesrolle i presset mellem hospitalsdirektion og lokalledelse, og det findes relevant at anvende Krantz og Maltz teori om rollebegrebet. Mintzbergs teori om organisationer belyser ikke den interpersonelle del af lederskabet. Vi finder derfor, at Krantz og Maltz's måde at beskrive roller på, kan bidrage til at belyse vores undersøgelsesspørgsmål med flest mulige nuancer. Vi ønsker at undersøge, hvordan

lederen tackler det at være i et pres, og hvordan lederen agerer i krydsfeltet mellem krav fra organisationen og deres eget ønske om udfyldelse af ledelsesfunktionen.

Krantz og Maltz opfatter rollen som meget central i alle organisatoriske processer, idet de mener, at alle processer starter og slutter i individets rolle, som de definerer som *given* og *tagen* (Krantz & Maltz, 1997, s. 137).

Individ og system

Krantz og Maltz mener, at forståelsen af rollebegrebet relaterer sig til den virkelighed organisationen befinder sig i. De opfatter en organisation som bestående af både formelle og rationelle krav til personen, så som hvordan en stilling skal udfyldes, evalueres samt mere uformelle og usagte forventninger til, hvordan en person skal opføre sig i forskellige situationer. Det er som medarbejder svært at forholde sig til organisationens kultur, der blandt andet omfatter følelser og erfaring skabt gennem lang tid i organisationen og ikke i de enkelte individer. Særligt dette aspekt kan være medvirkende til at skabe frustrationer og usikkerhed, fordi de usagte er svært at forholde sig til (Krantz & Maltz, 1997, s. 137).

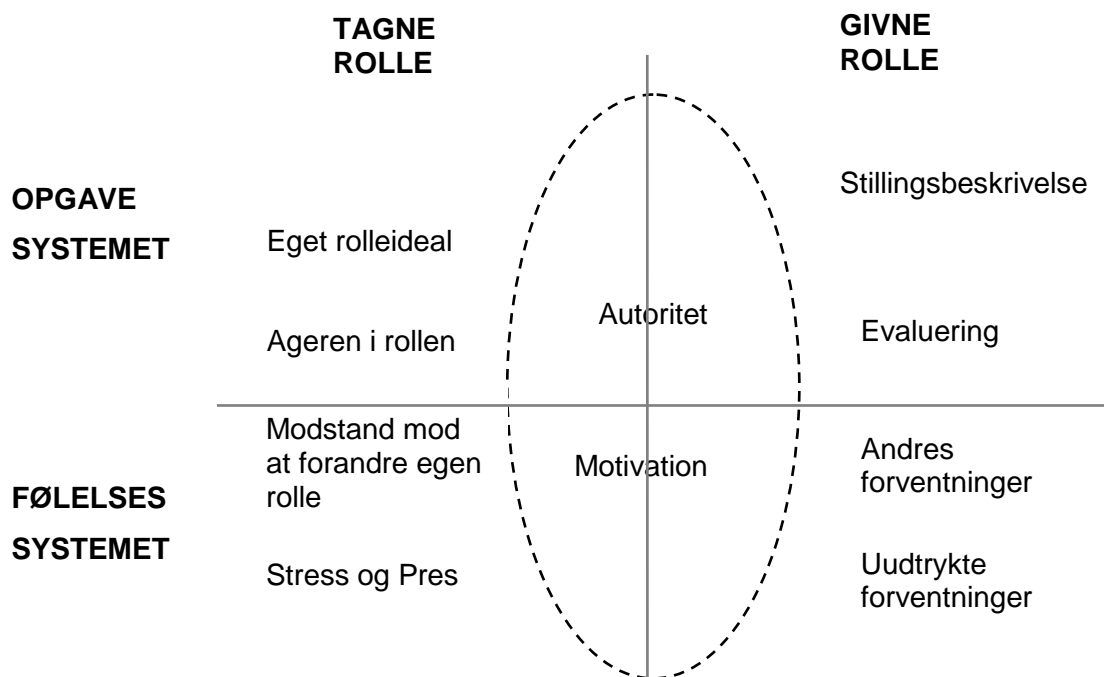
Individet rummer som organisationen kompetencer og erfaringer, derudover præges personens relation til organisationen af følelser og forventninger til, hvordan man selv ønsker at bestride jobbet. Der skabes således et psykodynamisk spændingsfelt mellem organisationen og personen, idet parterne skal interagere i et foranderligt system, hvor det er nødvendigt at forstå den organisatoriske kultur for at kunne løse opgaven (Krantz og Maltz, 1997, s.138). Dette aspekt er særlig vigtigt i denne afhandling, idet lederen i sin udfyldelse af ledelsesrollen skal tage højde for de to forskellige kulturer på de to hospitalsmatrikler.

Krantz og Maltz betragter organisationens krav og forventninger, sagte som usagte, som den organisatoriske rolle. Personen kan have vanskeligt ved at afkode den organisatoriske rolle, hvorfor det er væsentligt at organisationen hjælper personen med at afklare, hvordan rollen kan udfyldes. Krantz og Maltz illustrerer det således, at mødet mellem individet og systemet skaber et vindue, hvor igennem rolleindehaveren har mulighed for at blive bevidst om, hvordan organisationen og individets rolle skal interagere med hinanden (Krantz & Maltz, 1997, s. 139).

I figur 3, s. 20 vises, hvorledes rollen kan opfattes som et firedelt system bestående af et horisontalt plan med de *givne* (*given*) og de *tagne* (*taken*) opgaver, samt et vertikalt

plan med et opgavesystem (*task system*) og et følelses system (*sentient system*) (Krantz & Maltz, 1997, s. 143). Ved et sammenfald mellem den givne og tagne rolle, opstår et fællesområde, hvor organisationens forventninger mødes med personens egen idé om rollen.

Figur 3. Rollebegrebets firedelte model med fællesområdet i midten



Den givne rolle

Denne del af rollen indeholder konkrete begreber som stillingsbeskrivelser, kontrakter, evalueringer samt andres uformelle forventninger og uudtrykte følelser fra medarbejderne (Krantz & Maltz, 1997, s.143). Stillingsbeskrivelser og kontrakter er formelle dokumenter udarbejdet af den øverste ledelse, som er ens for alle medarbejdere i samme funktion. Hvorimod evaluering er en måling af, hvorledes medarbejderen performer i sin egen stilling, f.eks. produktion, effektivitet og medarbejderudviklingssamtaler. Organisationens kultur påvirkes blandt andet af uformelle forventninger og uudtrykte følelser, ikke nedskrevne krav og usagte forventninger som enten topledelsen, ledere på samme hierarkiske niveau eller medarbejdere i organisationen har til lederens præstation (Krantz & Maltz, 1997, s. 144-145).

Den tagne rolle

Rollen indeholder i denne del elementer som: eget rolleideal, egen ageren i rollen, modstand mod at forandre sin rolle og arbejdsrelateret stress og pres (se figur 3, s. 20).

Eget rolleideal beskriver, hvordan personen ønsker, at andre opfatter ham, mens den måde personen udfylder sin egen del af rollen på, hvordan han reagerer på den givne rolles formelle og uformelle krav benævnes egen ageren i rollen (*role enactment*). Personen kan have modstand mod at forandre sin rolle, hvis han føler sig presset til at fungere med en anden grundholdning eller med andre mål end sit rolleideal. Hvis der er modstridende krav fra forskellige dele af organisationen, kan der opstå arbejdsrelateret stress og pres eller en følelse af utilstrækkelighed til at udfylde rollen efter personens eget rolleideal eller organisationens ønsker.

Fællesområdet mellem den givne og den tagne rolle

I området mellem de to roller optræder begreberne autoritet og motivation af medarbejdere (Krantz & Maltz, 1997, s. 144-145). Autoritet er et centralt begreb, idet en given stilling qua stillingsbetegnelse indeholder en vis mængde autoritet og delegerede kompetencer til at løse opgaven (Krantz & Maltz, 1997, s. 138, 143). Det betyder, at personen får formel autoritet oppefra og dermed givet et ansvarsområde fra sin chef. Derudover tildeles personen autoritet nedefra til rollen fra andre medarbejdere. Autoritet nedefra er mere uformel og vil kunne erhverves fra medarbejderne, som en generel accept af personens rolle. Hvis personen kan motivere medarbejderne, vil de deponere autoritet hos personen, som derved får udvidet handlerummet i sin ageren og beslutningstagen. Desuden henter personen autoritet indefra sig selv, en autoritet der bygger på tidligere erfaringer og følelser (Krantz & Maltz, 1997, s. 146-147). Autoriteten har stor betydning for, hvordan personen håndterer sin rolle, men da autoriteten påvirkes fra tre kilder, er der risiko for at der kan opstå dilemmaer i udfyldelsen af rollen.

Begrebet autoritet har særlig interesse for vores afhandling, idet det har afgørende betydning for, hvordan afdelingslederen håndterer ledelsesdilemmaer ved ledelse på flere matrikler. Autoriteten afhænger meget af lederens personlige udfyldelse af rollen, personens ansvarlighed og hvordan han får deponeret autoritet fra medarbejdere og dermed får klarhed over opgaven.

Motivation er et begreb, der udtrykker, hvorledes personen formår at anvende sin rolle til at motivere sine medarbejdere til dels at følge lederen i sine beslutninger og dels udføre opgaverne som aftalt og i overensstemmelse med organisationens kultur.

Størrelsen af fællesområdet udtrykker i hvor høj grad rollen udfyldes, som organisationen forventer og i hvor høj grad lederen har evner, kompetencer og erfaring til at løse opgaven. Hvis rollen ikke udfyldes tilstrækkeligt, vil organisationen opfatte, at lederen modsætter sig organisationens mission, at han har sin egen dagsorden, eller at han mangler kompetencer (Krantz & Maltz, 1997, s. 143).

Opgavesystem og følelsessystem

Rollesystemets vertikale dimensioner, *opgavesystemet* og *det følelsesmæssige system* (se figur 3, s. 20). Opgavesystemet omfatter strukturer, arbejdsprocedurer og teknologier i organisationen. Det følelsesmæssige system er sociale, menneskelige processer i organisationen, der omfatter elementer af stress, dilemmaer, rollekonflikter og arbejds motivation (Krantz & Maltz, 1997, s.144).

Mellem opgavesystemet og det følelsesmæssige system findes et fællesområde, hvor der kan foregå forhandlinger om dynamiske teamprocesser, ændringer i organisationen, modstand mod forandringer og andre ubevidste og ikke synlige processer i organisationen (Krantz & Maltz, 1997, s. 145). Området er kritisk fordi det har betydning for om opgaven løses tilfredsstillende.

Motivation af medarbejdere er både en given rolle i forlængelse af de uudtrykte følelser fra medarbejderne, men også en tagen rolle fra lederen i ønsket om at få interesserede medarbejdere.

Ledelsesroller

Rollebegrebet i Krantz og Maltz's perspektiv giver os en mulighed for i analysen at undersøge krydsfeltet mellem lederens autoritet og ageren i sin ledelsesfunktion i samspil med organisationens forventninger og krav. I analysen vil vi hæfte os særligt ved begrebet autoritet.

Dette var den samlede beskrivelse af afhandlingens teoretiske ramme, hvorefter vi beskriver de metodologiske overvejelser i forbindelsen med designet af studiet.

3.0 Metode

Kapitlet indeholder en beskrivelse af det empiriske materiale, det anvendte undersøgelsesdesign, samt afslutningsvis en operationalisering af de teoretiske begreber. Kapitlet beskriver, hvorledes undersøgelsesspørgsmålene fører fra teoribegreber via analyser til konklusion.

3.1. Empiri

Afsnittet beskriver det empiriske materiale og der redegøres for hvilke kriterier, der er anvendt til udvælgelse af empiri. Der anvendes primær empiri i form af interview og sekundær empiri i form af relevante dokumenter fra søgninger.

Dokumenter

Der er indhentet empiri ved dokument søgning på Region Hovedstadens intranet. Hospitalsplan 2007 (Region H, 2007a) anvendes og som supplement hertil notatet "Højt kvalificeret behandling tæt på borgerne", hvori regionen beskriver hospitalsplanen (Region H, 2007b). Notatet "Hospitalsprofiler, samarbejds- og udefunktioner på hospitalerne i Region Hovedstaden", hvori der findes definitioner og beskrivelser af udefunktioner, anvendes ligeledes (Region H, 2007e).

I september 2010 udsendte Region H dokumentet "Kontrakt mellem X Hospital og X Hospital om udefunktion på X Hospital, Version 2.1" (Region H, 2010a). Dette dokument er ligeledes anvendt i empirien.

Dokumenter der specifikt beskriver ledelsespolitikken i regionen, "Region Hovedstadens ledelsespolitik" fra juni 2007 (Region H, 2007c), samt et notat med titlen "Strukturplan for ledelse i Region Hovedstadens virksomheder" er anvendt (Region H, 2007d). Notatet er godkendt i Regionsrådet i juni 2007.

Region Hovedstaden udarbejder årligt dialogaftaler med de enkelte hospitaler, og her har vi søgt og fundet dialogaftalerne fra 2008 og afrapporteringen af dialogaftalerne for 2008.

Hovedparten af de fundne policy dokumenter er genereret af Region Hovedstaden, og kan dermed være præget af subjektivitet. Der er en risiko for, at dokumenterne fokuserer på virksomhedens positive sider, hvorimod mere negative områder ikke bliver belyst fyldestgørende. Udgivelserne kan af og til have et tilsnit af subjektive

reklamelignende dokumenter. Der er ikke identificeret dokumenter, der evaluerer konsekvenserne af den ændrede hospitalsstruktur. Denne mangel kan betyde, at mastergruppens baggrundsviden om feltet bliver unuanceret.

Som eneste eksterne dokument er der identificeret en rapport udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2007, "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen". Rapporten har ifølge regionen, dannet baggrund for hospitalsplanlægningen i Region Hovedstaden. En systematisk litteratursøgning og gennemgang af feltet har ikke givet yderligere dokumenter.

Informanter

Da afhandlingens undersøgelsesspørgsmål har implikationer på forskellige organisatoriske niveauer i Region Hovedstaden, blev der indsamlet empirisk materiale i form af interviews på flere forskellige hospitaler og afdelinger i Regionen. Informanterne blev udvalgt efter principperne om hensigtsmæssig sampling og dermed efter deres placering i organisationen, således at vores spørgsmål kan belyses med flest mulige nuancer. Der blev anvendt følgende kriterier i udvælgelsen: repræsentanter på direktionniveau fra både nær - og områdehospital, repræsentanter på afdelingsledelsesniveau fra afdelinger med udefunktion og lokale ledere på udefunktionen. Det forventedes, at der kunne være relativ stor variation i informanternes svar, hvorfor der i udvælgelsen er lagt vægt på, at der er repræsentation fra forskellige faggrupper, forskellige sammensætninger af udefunktionen og forskellige størrelser af enheder i organisationen, ligesom der er repræsentation fra alle regionens planområder. Vores empiriske materiale består således bl.a. af 10 interview.

3.2 Undersøgelsens design

Afsnittet redegør for fremgangsmåden i studiet af ledelsesdilemmaer og håndteringen af ledelsesrollen ved ledelse på flere hospitalsmatrikler. Ved indledningen af studiet var der ikke forventning om at finde frem til ét konkret svar eller én sandhed, men snarere at afdække hvorledes det, at lede i udefunktioner, blev oplevet og fremtrådte i bevidstheden hos de implicerede ledere.

Interview

Idet der undersøges et åbent spørgsmål, er det tilstræbt at udføre eksplorative interview med forskellige grader af strukturering afhængig af informanternes placering i organisationen (Leech, 2002, s. 666). Med udgangspunkt i afhandlingens teoretiske felt udfærdigedes der primært to interviewguides (bilag 1 og 2), en til direktionsniveau og en til de øvrige ledelsesniveauer. Spørgsmålene i guiden blev korrigeret efter de første interview, idet der under disse kom nye vinkler frem på spørgsmålene, som vi ønskede at uddybe ved de kommende interview (Kvale, 2009, s. 131). Interviewguiden kan opfattes som en operationalisering af de teoretiske begreber og dermed en forbindelseslinje mellem teori og empiri (Kvale, 2009, s. 152-154).

Informanterne blev kontaktet per e-mail, hvori vi introducerede os selv, beskrev vores afhandling og anmodede om et interview på ét af tre medsendte tidspunkter. Alle informanter svarede positivt tilbage, og cirka en uge inden interviewet skulle finde sted, fremsendtes der endnu en e-mail med en præsentation af interviewguidens hovedemner.

Der blev udført to interview på direktionsniveau på henholdsvis et område- og et nærhospital. Der blev udvalgt én direktør med sundhedsfaglig baggrund og én med anden akademisk baggrund. Derudover blev der udført seks interview på afdelingsledelsesniveau fra tre områdehospitaler, der har udefunktion på et nærhospital. Ud af de seks afdelingsledere, var der to ledende oversygeplejersker og fire ledende overlæger. De sidste to interview var med lokaledere af udefunktioner på to nærhospitaler.

Interviewene blev tilrettelagt således, at der var en hovedinterviewer, en støtteinterviewer og to referenter. Støtteintervieweren har desuden observeret kropssprog og mimik hos informanten (Kvale, 2009, s. 201). Under interviewene var vi opmærksomme på at få eksempler fra informantens hverdag, eksempler der kunne uddybe vores viden om undersøgelsesspørgsmålene (Kvale, 2009, s. 167).

Interviewene blev båndet, hvis informanterne samtykkede hertil. Det blev præciseret, at alle oplysninger behandles fortroligt, samt at informanterne kunne få fremsendt citater, der anvendes i opgaven. Efterfølgende blev interviewene transskriberet i deres fulde form af den samme person. Renskrivningen blev foretaget i ordret talesprogsstil, idet der, hvis transskriptionen skulle omsættes til skriftsprog, ville være risiko for fortolkning af samtalen fra skribentens side. To informanter ønskede ikke, at der blev anvendt

båndoptager, hvorfor disse interview blev renskrevet af de to referenter straks efter samtalen.

De indhentede data som bearbejdes i analysen er kvalitative data, idet hvert enkelt af de relativt få (10) interview ikke har helt identiske spørgeguides, og ydermere er informanterne udvalgt på en sådan måde, at det forventedes, at de hver i sær repræsenterede forskellige dele af organisationen og dermed forskellige synspunkter. Problemet med et sådant studiedesign og analyse er, at det kan være vanskeligt at skelne mellem, hvad informanten fortæller som enkelte oplevelser, hvad interviewerens fortolker ud af sine tidligere oplevelser, og hvad der i analysen efterfølgende fortolkes på de indhentede data (Kvale, 2009, s. 217). Informanternes svar på interviewspørgsmålene er rubriceret i forskellige forskningsrelaterede kasser, der fører tilbage til de udvalgte teoretiske begreber. Rubricering kan indeholde systematiske fejl og inducere bias i det endelige resultat, således at konklusionen på undersøgelsesspørgsmålene måske rammer helt eller delvis ved siden af (Kvale, 2009, s. 219). Gennem dybtgående og gentagne diskussioner i gruppen har vi dog søgt at minimere denne form for bias.

Generalisering og validitet

For at øge validiteten af de fra interviewene indsamlede data har hele mastergruppen deltaget i alle ti interview, ligesom der ved alle interview har været to referenter, og de to ikke bandede interview straks blev renskrevet og krydstjekket af begge referenter.

Det påvirker validiteten af empirien, at mastergruppen forsker i egen organisation. I et forsøg på at imødegå bias i denne situation, blev interviewene tilrettelagt således, at hovedintervieweren ikke havde nære samarbejdsrelationer til informanten.

Ved udformningen af interviewguiden er der anvendt de ud fra teorien operationaliserende begreber. Efterfølgende er der reflekteret over, om de til informanterne fremsendte hovedpointer fra spørgeguiden, har forhindret, at vi har fået informanternes spontane overvejelser, men i stedet har fået nogle mere velovervejede svar. Et par af informanterne havde forberedt sig grundigt på interviewet og sad faktisk med interviewguiden ved interviewet, hvilket reducerede de spontane kommentarer.

Omsætningen af de udskrevne interview til brugbare data til analysen indebærer også en risiko for fejlfortolkning, idet en erfaren leder vil være i stand til at omformulere de spørgsmål, der stilles, så det bliver muligt at svare på det, vedkommende helst vil tale

om (Andersen, 2005, s.143-145). Vi har forsøgt at være objektive og foretage en kritisk analyse af undersøgelsesspørgsmålene.

Vores erfaring som interviewere er meget begrænset, og det kan dermed påvirke indsamlingen af data. På den anden side har mastergruppens sundhedsfaglige baggrund og indsigt i sundhedsvæsenet gjort det lettere at forstå informanternes svar (Kvale, 2009, s. 167).

Videnskabelige studier stiller krav om generaliserbarhed, hvorfor det undersøges, om afhandlingen producerer viden, som kan anvendes af andre, der står i samme ledelsesdilemma.

Der er i afhandlingen taget en analytisk tilgang til generalisering, hvor der foretages en velovervejet bedømmelse af, om resultaterne kan være vejledende for, om de fundne dilemmaer generelt kunne opstå på andre udefunktioner. Generaliseringspåstande er baseret på en assertorisk logik, hvor det undersøges, hvordan de mønstre, der dannes i interviewet sammen med det teoretiske afsæt, kan danne grundlag for en generalisering (Kvale, 1983 s. 289).

Det er vigtigt at have stor præcision i dokumentationen således, at resultaternes holdbarhed kan vurderes og generaliseres. Risikoen er, at vi udtaler os om mere, end der er data til.

Bearbejdning af interview

En væsentlig arbejdsopgave i analyse og tolkning går ud på at opstille relevante, indholdsmættede og præcise begreber på baggrund af det indsamlede materiale. Afhandlingens undersøgelsesspørgsmål relaterer sig til elementerne arbejdsdeling, koordinering af arbejdet og udfyldelse af ledelsesrollen. Disse emner udgør begreberne i undersøgelsen, og ud fra disse er interviewmaterialet gennemgået og teksten er kategoriseret inden for de tre organisatoriske hovedgrupper, hvorefter der er foretaget en meningskondensering af materialet. For at sikre validiteten af arbejdet, har alle i mastergruppen gennemlæst interviewene og sammen inddelt materialet i begreberne. Derefter har vi enkeltvis foretaget meningskondensering af indholdet af fem interview, således at hvert interview er blevet kondenseret af to personer uafhængigt af hinanden. De to meningskondenseringer er blevet sammenlignet og eventuelle uklarheder afklaret med reference til det transskriberede materiale. Slutteligt blev den samlede meningskondensering valideret af intervieweren (Kvale, 2009, s. 227).

Bearbejdningen af interviewene endte ud med tre skemaer, et for hvert organisatoriske niveau vi undersøger, hvor der på hvert skema var en samlet meningskondenseringen af interviewene i begreber.

På baggrund af databearbejdningen har der vist sig et mønster i informanternes måde at håndtere deres ledelsesrolle på udefunktionen. For at øge overblikket over den store mængde data præsenteres informationerne ud fra disse mønstre. Vi fokuserer herefter blandt andet ved brug af metaforer i analysen på tre ledertyper, som er karakteristiske for de forskellige ledelsesroller på områdehospitalerne (Kvale, 2009, s. 314). Hver kategori omfatter to til tre ledere.

Fravalg

Anvendelse af spørgeskemaundersøgelser er bevidst fravalgt, da disse ofte ikke bibringer ny viden, idet spørgsmålene ofte konstrueres efter, hvad spørgeren reelt ved. Feltstudier er ligeledes fravalgt, trods metoden i virkeligheden er velegnet i opgavens sammenhæng. Feltstudierne ville være blevet omfangsrige og dermed tidskrævende indenfor det område, vi har valgt at studere (Andersen, 2005, s. 192). Feltstudier med observation af ledere kunne i denne sammenhæng have afdækket, hvorledes lederen i virkeligheden agerer i ledelse på flere matrikler. Medarbejderperspektivet er fravalgt til trods for, at dette kunne give svar på medarbejdernes opfattelse af lederens rolle.

3.3 Operationalisering af Mintzberg

I besvarelsen af undersøgelsesspørgsmålet om ledelsesdilemmaer ved ledelse på flere matrikler anvender vi Mintzbergs teori om arbejdsdeling og koordinering i det fagprofessionelle bureaukrati (Mintzberg, 1983, s. 25-34 og 192-210). I det følgende afsnit vil vi redegøre for, hvordan vi operationaliserer de udvalgte begreber. De begreber der operationaliseres inden for arbejdsdeling er: *horisontal og vertikal jobspecialisering, dueslagsprocessen, samarbejde og effektivitet*. Begreberne der operationaliseres inden for koordinering er: *gensidig tilpasning, direkte overvågning, standardisering af arbejdsprocesser, standardisering af arbejdsresultater, standardisering af færdigheder og udøvelse af skøn*. Afslutningsvis operationaliseres begreberne *organisatoriske pres og ledelses dilemmaer*.

Arbejdsdeling

Horisontal jobspecialisering anvendes i afhandlingen som tildelingen af specifikke arbejdsopgaver til specifikke funktioner og til specifikke medarbejdere på udefunktionen.

Vertikal jobspecialisering identificeres i afhandlingen, hvor der omtales, hvordan ledelsen af arbejdsopgaverne er organiseret i vertikale hierarkier ned gennem afdelingen på områdehospitalet og i parallelle hierarkier på udefunktionen (se figur 1).

Dueslagsprocessen er en vigtig del af visitationsproceduren, hvorved opgaven fordeles og prioriteres til specifikke personer. I afhandlingen ses der efter områder, hvor afdelingslederen sikrer, at de rette faglige kompetencer er tilstede for at løse opgaverne.

Det undersøges, hvordan medarbejderne på udefunktionen *samarbejder* for at løse den fælles opgave. Der fokuseres desuden på produktion og *effektivitet* i udefunktionen, idet det er en væsentlig ledelsesopgave at sikre god ressource udnyttelse.

Koordinering

For at undersøge hvilke koordinationsdilemmaer, der opstår ved at være afdelingsleder på flere hospitalsmatrikler analyseres de begreber, der skal være tilstede i den fagprofessionelle organisation for, at arbejdsdeling og koordinering af arbejdsopgaverne kan foregå optimalt.

Gensidig tilpasning søges, der hvor lederne omtaler, at medarbejderne selv løser opgaven ved at samarbejde med hinanden, uden lederens indflydelse. Ligeledes eftersøges tilfælde, hvor mødeaktivitet eller anvendelse af andre informationskanaler med de forskellige samarbejdsinstanser nævnes.

Direkte overvågning ses der efter i situationer, hvor lederen er fysisk tilstede hos medarbejderne på udefunktionen og observerer, hvad de foretager sig.

Standardisering af arbejdsprocesser er i denne case kliniske retningslinjer, standarder for patientforløb og andre faglige procedurebeskrivelser.

Standardisering af arbejdets resultat søges, hvor der omtales emner, som knytter sig til kvaliteten af den udførte opgave.

Standardisering af færdigheder fokuseres der i afhandlingen på situationer, hvor lederne sikrer faglig udvikling af medarbejderne gennem kurser, temadage og anvendelsen af faglige standarder. Endvidere om der optræder overvejelser om de fagprofessionelles faglige kvalifikationer i forbindelse med ansættelse.

Udøvelse af skøn er et begreb, vi leder efter hvor faglige standarder eller standardisering af færdigheder ikke rækker til at løse opgaverne på udefunktionerne, og hvor den lokale leder eller medarbejderne selv må tage beslutninger uden at kunne konferere med andre organisationen. Der fokuseres på oplysninger, om medarbejderstabens sammensætning og deres faglige udvikling.

Organisatoriske pres og ledelsesdilemmaer

Organisatorisk pres vil i denne afhandling blive brugt om situationer, hvor afdelingsledelsen bliver udsat for et pres fra udefunktionen (produktionskernen), direktionen (topledelsen) og eventuelt fra andre afdelinger (støttefunktionen) (figur 2, s. 16). *Ledelses dilemmaer* ser vi på, hvor de opstår som en konsekvens af koordinations problemer og organisatorisk pres.

3.4 Operationalisering af Krantz og Maltz

I besvarelsen af anden del af undersøgelsesspørgsmålet: Hvordan håndterer afdelingslederen sin ledelsesrolle i presset mellem hospitalsdirektion og lokalledelse ved ledelse på flere hospitalsmatrikler, tager vi udgangspunkt i Krantz og Maltz's teori om givne og tagne roller. Begreberne der er udvalgt til operationalisering i den givne dimension af rollen er: *stillingsbeskrivelser* og *kontrakter*, *evaluering*, *forventninger* og *udtrykte følelser*. I rollens tagne område er udvalgt følgende begreber til operationalisering: *eget rolle ideal* og *egen opfattelse af rollen*, *modstand mod at forandre rollen* og *arbejdsrelateret stress og pres*. I fællesområdet mellem det givne og tagne operationaliseres følgende begreber: *autoritet* og *motivation af medarbejderne*. Der henvises i øvrigt til figur 3, s.20.

Den givne rolle

Stillingsbeskrivelser, *kontrakter* og dialogaftaler efterspørges, ligesom vi interesserer os for deres nærmere indhold. Indholdet af dokumenterne for Region Hovedstaden

gennemgås med henblik på at afklare arbejdsgiverens fastlæggelse af rammen for lederens givne rolle.

Evaluering vil i denne afhandling blive anvendt om de krav direktionen stiller til afdelingslederen om overholdelse af servicemål, og i hvor høj effektivitet og produktion der skal være på udefunktionen. Det vil i denne forbindelse være relevant at undersøge, hvordan arbejdsgiveren vurderer lederens performance i stillingen.

Forventninger og uudtrykte følelser leder vi efter i situationer, hvor afdelingslederen giver udtryk for, at der mangler engagement og ejerskab hos medarbejderne på udefunktionen for opgaverne i organisationen. Disse begreber er dog vanskelige at få frem, da det kan være svært at få afdelingslederne til at omtale og uddybe disse problemstillinger. Vi vil se efter, hvor direktionen kan have direkte udtrykte og uudtrykte forventninger til, at lederen er loyal, omstillingsparat, og at han agerer i samspil med topledelsen.

Den tagne rolle

Eget rolle ideal og ageren i rollen (role enactment) spores i de situationer, hvor afdelingslederen i interviewene beskriver, hvordan han gerne vil fremstå og agere som leder i forhold til sine medarbejdere, samarbejdspartnere og direktioner.

Modstand mod at forandre sin rolle identificeres i denne afhandling, hvor afdelingslederen giver udtryk for, eller hvor vi fortolker, at det er nødvendigt at lederen må ændre sin rolle for at få opgaven løst. Derudover eftersøges situationer, hvor lederen kommer i et dilemma, fordi han stilles over for krav, der strider mod hans rolleideal, eller hvor han ikke selv har kompetencerne, og derfor ikke agerer tilfredsstillende.

Arbejdsrelateret stress og pres identificerer vi i de episoder afdelingslederen beskriver som frustrerende, hvor han kan virke opgivende eller hvor han ikke kan træffe beslutninger.

Fællesområdet mellem den givne og tagne rolle

Autoritet opfattes i denne afhandling som den grad af overensstemmelse, der er mellem hvad direktionen og lokallederne forventer af afdelingslederen og hvordan afdelingslederen håndterer ledelsesrollen. Vi eftersøger situationer, hvor afdelingslederne fortæller, at direktionen eller medarbejderne opfatter afdelingslederen

som den reelle leder. Vi leder efter steder, hvor de anerkender deres egen autoritet indefra og egen relation til opgaven

Motivation af medarbejdere eftersøges, der hvor lederen sørger for at skabe en god stemning, gode sociale relationer og motiverede medarbejdere i organisationen.

Der er i nogle tilfælde en del sammenfald mellem de forskellige begreber, og deres indbyrdes relation kan være varierende i det dynamiske rollebegreb. Sammenfattende vil vi se på, hvorledes disse begreber har betydning for afdelingslederens rolle og rollekonflikt i presset mellem hospitalsdirektion og lokaledelse ved ledelse på flere hospitalsmatrikler (se figur 3, s. 20).

I ovenstående kapitel er der redegjort for afhandlingens metodologiske principper og de teoretiske begreber er operationaliseret. Dette sammenfattes nu via en casebeskrivelse til en analyse af undersøgelsesspørgsmålene.

4.0 Casebeskrivelse

Kapitlet indeholder en casebeskrivelse af områdehospitalernes afdelingsledere og deres afdelinger samt direktioner og lokalledere, se i øvrigt figur 1, s.11.

Case

Vi har interviewet seks *afdelingsledere* på fire områdehospitalet, der alle har udefunktion på nærhospitalet i Region Hovedstaden. Afdelingsledelsen, der består af en overlæge og en oversygeplejerske, har deres primære tilhørsforhold på områdehospitalet. Den største produktion ligger på områdehospitalet, ligesom personalegruppen er størst der.

Afdelingsledelserne refererer til direktionen på områdehospitalet, og har ingen formel forbindelse til direktionerne på nærhospitalet. Afdelingernes størrelse varierer fra 100 - 450 medarbejdere, og afdelingsledelserne har haft ledelsesansvar for udefunktionerne i perioder fra to til otte. Generelt er afdelingens personale ansat på områdehospitalet, men har fast arbejdssted enten på områdehospitalet eller på udefunktionen på det tilhørende nærhospital. Det er kun ved sygdom eller ferieperioder, at personalet skifter arbejdssted.

Der er meget stor forskel på afdelingsledelsernes opgaver og produktion, men fælles er, at hovedopgaven er at producere helbredelse af patienter.

Nogle afdelinger er kirurgiske specialafdelinger, der fungerer både på områdehospitalet og på udefunktionen, med eller uden sengeafsnit tilknyttet. Andre afdelinger har en mere tværgående funktion, som f.eks. anæstesiaafdelinger, som til gengæld kun har få senge tilknyttet afdelingen. To lægelige ledere har, ud over deres ledelsesopgaver, prioriteret at have begrænset klinisk funktion med få operationer, stuegang eller ambulatorium. De øvrige ledende overlæger og alle de ledende oversygeplejersker deltager ikke direkte i det kliniske arbejde, men har udelukkende ledelsesopgaver.

Én afdeling har et stort produktionsapparat med en operationsgang, ambulatorier og et stort sengeafsnit, hvor patienterne kan være indlagt i længere tid. Andre afdelinger har et mindre produktionsapparat med et lille operationsgang og et lille sengeafsnit, hvor patienterne er indlagt i kortere tid efter ukomplicerede operationer. Den fysiske afstand mellem områdehospitalet og udefunktionen varierer mellem 6 og 30 km,

afstanden har betydning for lederens effektivitet og beslutning for at besøge på udefunktionen.

Der er stor variation i den måde afdelingsledelserne disponerer deres tid mellem de forskellige matrikler. Nogle afdelingsledelser kommer næsten aldrig på udefunktionen, nogle kommer der af og til men uden fast system, mens andre har faste ugentlige dage på udefunktionen og tillige et fast lokalt kontor. En leder for en stor afdeling sidder i kopirummet på en lille skammel, når han er på udefunktionen. Nogen møder kun op på udefunktionen, når der er alvorlige hændelser som f.eks. fyringsrunder. En leder dukker af og til op som "politimand" og må overfor samarbejdspartnerne identificere sig som lederen af afdelingen.

Lokalledelsen på udefunktionen består oftest af en overlæge og en afdelingssygeplejerske. Ledelsesopgaverne er typisk relateret til den daglige drift og aftalt med afdelingsledelsen, der foreligger dog ingen kontrakt. Lokallederne har ledelsesansvar for personale knyttet direkte til specialet, hvorimod f.eks. anæstesi- og operationspersonale kan være ansat under en afdelingsledelse på nærhospitalet. Den daglige drift består af koordinering af det fremmødte personalets kompetencer med løsning af de aktuelle opgaver, ligesom lokallederne har en væsentlig opgave i at koordinere med nærhospitalets tværgående funktioner.

Direktøren på det undersøgte områdehospital har udefunktioner på to hospitaler, og opfatter det som sin væsentligste opgave at sikre, at afdelingsledelserne varetager funktionen uden problemer. Ansvar for strategi, produktion, personale- og faglig ledelse er uddelegeret til afdelingsledelsen på områdehospitalet. Direktøren på nærhospitalet har udefunktioner fra flere områdehospitaler placeret på hospitalets matrikel. Der er ikke noget formelt mødefora mellem direktøren og de enkelte lokale ledelser for udefunktionerne.

I afsnit 5.0 anvendes de operationaliserede begreber fra Mintzbergs organisationsteori til at analysere casens seks interview. Vi finder, at de vigtigste begreber i Mintzbergs organisationsteori er arbejdsdeling, koordinering og de deraf afledte dilemmaer og pres for lederen, der skal håndtere ledelse på flere hospitalsmatrikler. I afsnit 6.0 anvendes de operationaliserede begreber fra Krantz og Maltz's teori om den givne og tagne rolle til at analysere, hvordan lederen håndterer sin ledelsesrolle i presset mellem lokalledere og hospitalsdirektioner.

5.0 Analyse af lederen i fagbureaukratiet

I dette kapitel analyseres undersøgelsesspørgsmålet: Hvordan ledelsesdilemmaer opstår og håndteres ved ledelse på flere matrikler ud fra Mintzbergs organisations teori. Analysen er inddelt i begreberne arbejdsdeling og koordinering, herefter fokuseres på hvilke organisatoriske pres og dilemmaer, det giver anledning til. Kapitlet rundes af med en delkonklusion.

Arbejdsdeling

Det fremgår af den indhentede empiri fra interviewene, at de operationer, som foretages på udefunktionerne i Region Hovedstaden oftest er planlagte, generelt af kortere varighed, mindre udstyrskrævende og med mindre risiko for afvigelser fra standardforløbet end opgaverne på områdehospitalerne. På flere udefunktioner er der tale om, at de udvalgte eksperter grupperes i enheder, ofte i form af subspecialer inden for hovedspecialet, f.eks. idrætskirurgi (fra ortopædkirurgi), kataraktoperationer (grå stær operationer; fra øjenkirurgien), total hoftealloplastik operationer (kunstigt hofteled operationer; fra ortopædkirurgien), korsbåndsrekonstruktioner (fra ortopædkirurgien). Sådanne operationer er meget standardiserede gennem evidensbaserede retningslinjer for alle processer i operationen. Ovenstående udspecificering af operationstyper viser, at der foreligger en basal arbejdsdeling. Operationerne udføres af en lille gruppe ekspertuddannede kirurger, som assisteres af ekspertuddannede operationssygeplejersker. Bedøvelsen varetages ligeledes af anæstesilæger med ekspertområde til netop disse operationer. Effektiviteten og samarbejdet i sådanne teams vurderes som høj. Der er derfor højere grad af horisontal jobspecialisering på udefunktionerne end de tilhørende områdehospitaler.

Det man har gjort er, at man har nedsat faglige teams, på tværs af matriklerne, hvor alle overlægerne er med i minimum ét team. [...]. Vi er jo et speciale, som har rigtig mange sygdomsområder. Og så ligger man opgaverne ud til disse teams.

Afdelingens effektivitet og funktionsmåde afhænger af, hvorledes hospitalet overordnet har besluttet at placere de forskellige patientkategorier og funktioner på henholdsvis områdehospital og nærhospital. Placeringen kan afhænge af, hvad der enten er plads til, tradition for eller hvilke støttefunktioner, der kan tilbydes på de enkelte hospitaler. En direktør fremlægger det således:

[...] hvorimod vi så har en dagkirurgisk enhed på udefunktionen, hvor alt vores idrætskirurgi er lagt ud. Det fungerer jo rigtig godt, for så er det ligesom, at så har vi en idrætskirurgisk enhed, og det er så præcis det, de koncentrerer sig om.

På den måde kan hospitalets grundlæggende struktur ændre sig i takt med, at opgaverne bliver fordelt ud på de forskellige matrikler. I dette tilfælde, har direktionen designet organisationen, så én af de specifikke opgaver løses på nærhospitalet. På den omtalte udefunktion, har fem-seks forskellige ekspertkirurger hver især specialiseret sig i et mindre udvalg af sygdomskategorier med tilhørende patientforløb og tilhørende operationer.

En afdelingsleder anfører, at han tilbageholder sine patienter i egen afdeling på områdehospitalet for at sikre sig en indtjening via takstafregningssystemet (DRG taksten) frem for at visitere dem til nærhospitalet. Denne spidsfindighed i visitationen mener en hospitalsdirektør, at man kan undgå såfremt, der var en fælles hospitalsledelse for områdehospitalet og de tilhørende nærhospitalet.

I nogle tilfælde kan afdelingsledelsen i samarbejde med direktionen beslutte at omplacere en specifik opgave fra udefunktionen til områdehospitalet, hvis opgaven kræver tilstedeværelsen af eksperter fra andre lægelige specialer eller eksperter fra andre faggrupper.

Så det betyder jo, at for den [...]kirurgiske (funktion) så bliver den jo lukket nu. Altså, der skulle vi have haft fire senge, det gav simpelthen ikke mening med så få senge[...]. Men der havde man (afdelingsledelsen) så til gengæld et ønske om at få samlet det her (på områdehospitalet). Men omvendt så tænkte jeg jo: hvorfor kunne man ikke lave f.eks. [...]kirurgi derude og lade det køre, men det var man (afdelingsledelsen) ikke interesseret i.

Hermed illustreres, at de enkelte afdelingsledelser (ortopædkirurgi versus mavetarmkirurgi) kan løse deres opgave helt forskelligt, selvom opgaven set fra direktørens organisatoriske blik er sammenlignelig.

Planlægningen af operationsprogrammerne og fordelingen af personale til de enkelte operationsstuer på udefunktionen foretages ofte i samarbejde mellem lægerne og en sekretær. Derfor foreligger der på udefunktionerne ofte en moderat til lav grad af vertikal jobspecialisering i parallelle hierarkier. De fleste afdelingsledere fortæller, at

lægerne på udefunktionerne suverænt planlægger den daglige afvikling af produktionen.

Baggrunden for at planlægge funktionerne med høj grad af jobspecialisering er, at opnå høj effektivitet af ekspertkirurgen og en høj kvalitet af det arbejde, der udføres. Fordelingen af patienterne som henvises fra patientens egen læge til hospitalet, med henblik på udredning eller operationsvurdering, foregår lidt forskelligt. De fleste steder har en central visitation af henvisningerne via hovedafdelingen på områdehospitalet. Visitationsprocessen er en væsentlig del af arbejdsdelingen, og anvendes af afdelingsledelsen til overordnet at bestemme, hvilke patienter, der skal hvorhen i afdelingen. På den måde optræder der et system af regulerende strømme gennem hospitalsorganisationen. En vigtig forudsætning for at dueslagsprocessen fungerer, er en præcis visitation. Efter henvisning fra de praktiserende læger, kan lægerne på udefunktionen, uden afdelingslederens indsigt ofte selv beslutte, hvem der skal opereres og hvilke patienter, der ikke skal tilbydes operation.

Der kan dog være modsatrettede interesser i visitationsprocessen, som det illustreres af en afdelingsleder på et områdehospital:

Oprindeligt var det sådan, at jeg skulle have alle patienter og visitere dem, men det modarbejdede de sig på [Nærhospitalet], det ville de ikke være med til. Der er jo den ordning med at de praktiserende læger henviste direkte til [Nærhospitalet] og den ordning fik lov at fortsætte.

Jeg har ikke styr på det. Den tager al min styring. Der er jo også den ordning med at jeg skal tage imod de akutte, og det har jeg sådan set heller ikke noget imod.

Analysen viser, at dueslagsprocessen kan være utilstrækkelig som ledelsesinstrument, og dermed kan give anledning til konflikter i personalegruppen. For eksempel, når der i produktionskernen mangler en specifik fagprofessionel ekspert, som så ikke kan "tage sin opgave ud af dueslaget". Alternativet er, at en fagprofessionel med en anden type kompetence tager opgaven fra dueslaget og udfører en ikke-optimal behandling. Den højt specialiserede enhed på udefunktionen er en god organisation til at udføre standardiserede ydelser og operationer, men utilstrækkeligt til at adaptere til pludselige ændringer i tilstrømningen og visitationen af patientgrupper.

En metode til at fordele patienter til udefunktionen, kan som en afdelingsleder anfører, også bero på historiske forudsætninger og udbuddet af støttefunktioner på de forskellige matrikler.

[...] hvorimod en elektiv enhed, som [Nærhospitalet] snart er, der har det fungeret i årevis med sådan helt strømlignende kirurgiske indgreb, som ryger af sted som på samlebånd med god kvalitet. På den måde kan jeg godt se, at der bliver en plads til at nogle afdelinger, hvor vi har et bredt spektrum af kirurgi, hvor vi skal løse hele opgaven, at dér kan det måske være smart at have noget af det placeret [på udefunktionen].

Analysen viser, at arbejdsdelingen i form af visitationsprocessen af specifikke patientkategorier til udefunktionen og den efterfølgende dueslagsproces afgør, hvor høj grad af jobspecialisering, der ender med at blive i udefunktionens produktionskerne.

Udefunktionerne i Region Hovedstaden er formentlig ikke udelukkende opstået som en nyudviklet strategi fra områdehospitalet eller koncerndirektionen. Hospitalsplanen beskriver, at ideen med udefunktioner er, at kunne tilbyde borgerne elektive kirurgiske funktioner med høj kvalitet på nærhospitalet (Region H, 2007a, s. 37), men flere informanter anfører, at baggrunden kan være en praktisk måde at udnytte en bygningsmasse på nærhospitalet. Uden disse funktioner ville nærhospitalet have haft endnu flere uudnyttede operationsfacilitet og sengestuer. Derfor er de funktioner, der er placeret på udefunktionerne i de fleste tilfælde betinget af historiske årsager, og kun i enkelte tilfælde et udtryk for aktive beslutninger foretaget af afdelingsledelser eller hospitalsdirektioner. Flere af afdelingslederne nævner, at de finder det mere hensigtsmæssigt at flytte operationer og funktioner tilbage til områdehospitalet.

Risikoen eller ulempen ved høj jobspecialisering er, at medarbejderne i de højt specialiserede funktioner mister overblikket og motivationen til at udføre et arbejde af høj kvalitet på lang sigt. Det er naturligt for læger og sygeplejersker, der i det daglige beskæftiger sig med meget velafgrænsede patientkategorier, at opfatte de velafgrænsede patientkategorier, de møder i udefunktionen som repræsentative for patienter generelt og for befolkningens sundhedstilstand i øvrigt. Derved kan man sige, at de fagprofessionelle har opnået en så høj grad af ekspertise, at de kan miste helhedsoverblikket. Desuden er der altid en risiko for, at en patient, som et led i dueslagsprocessen, er visiteret til operation på udefunktionen, hvorefter det siden viser sig at sygdomstilfældet er for komplekst til at kunne opereres lokalt, hvorfor patienten må visiteres tilbage til hovedafdelingen enten før eller umiddelbart efter operationen.

[...] det er ikke alle ting vi opererer hos os, så vi kan godt have nogle patienter, som vi pludselig får, og som vi ikke kan operere her og må henvise (til områdehospitalet). Og så bliver de fulgt der, indtil de er færdige med det kirurgiske. Og så kommer de tilbage hertil.

I modsætning til at foretage jobspecialisering i organisationen kan det forekomme, at nogle afdelingsledelser overvejer at udvide opgaverne indenfor specialerne på udefunktionerne. Interviewene har klarlagt, at baggrunden for at foretage jobudvidelse kan have forskellige årsager. Blandt andet nævnes mangel på lokale eksperter, uvilje mod forflytning fra personalets side, ukoordineret planlægning og mangel på støttefunktioner som f.eks. medicinske specialer eller kapacitet på intensivafdelingen.

De fleste afdelingsledelser opfatter udefunktionerne som selvdækkende i tilfælde af sygdom og ferie. Afdelingsledelserne har ofte fremsat tilbud om, at personalet kunne afløse for hinanden på de forskellige matrikler, men det er tilsyneladende yderst sjældent, at personalet tager imod denne mulighed. I overensstemmelse med Region Hovedstadens ledelsespolitik (Region H, 2007c) beskriver en afdelingsleder, at han bevidst arbejder hen imod en arbejdsdeling hvor rotation imellem områdehospital og udefunktion vil være gældende (Region H, 2007e):

I ferieperioder og [...] for hver gang, der er en, der går på pension derude, så bliver vedkommende substitueret med en overlægeansættelse her med udefunktion ind imellem. Så der bliver flere og flere læger (fra områdehospitalet), der har en smule arbejde på udefunktionen. Men det er den rene loppetjans at være derude, fordi der er få operationslejer med tilsammen måske 6-7 patienter om dagen, og det er, når det kører højt [...].

Det er dog ikke alle informanter, der anvender samme form for arbejdsdeling og samme grad af jobspecialisering. En afdelingsleder anfører, at årsagen til at udefunktionen opstod, var en fusion af to næsten ligeværdige afdelinger, begge med akutfunktion og næsten samme operationsrepertoire. I stedet for at flytte operationstyper fra et hospital til et andet, er arbejdet opdelt i en matrixstruktur med teamledelser for hver patientkategori på begge hospitaler. Teamledelserne skal dog samarbejde på tværs af hospitalerne indenfor samme patientkategori. På den måde skabes to ligeværdige produktionsenheder, med én fælles afdelingsledelse. Gevinsten ved subspecialisering og ekspertfunktion er derved reduceret, men til gengæld vurderes det at afdelingslederen har færre koordinationsproblemer end de øvrige afdelingsledere.

Ændringer i specialiseringsgrad i de forskellige personalegrupper med henblik på at foretage jobudvidelse kan indebære, at der opstår dilemmaer. Sygeplejerskerne på udefunktionen skal assistere kirurger fra forskellige lægelige specialer for at øge hele gruppen af operationssygeplejerskers samlede effektivitet (f.eks. dækning ved fravær af personale). Dette kan de kirurgiske eksperter opfatte som ukoordineret planlægning, idet kirurgen anvender høj grad af jobspecialisering. Den højeffektive og kvalitetsorienterede operation, kan derved falde til gulvet:

[...] jeg er ikke alene, men jeg er ekspertuddannet i det jeg laver, og laver nogle specielle ting, derfor er det dræbende at stå sammen med en sygeplejerske, som hele tiden spørger: "Guud, hvor ser det spændende ud! Hvad laver du der? Den sutur har vi ikke! Nå; det har jeg da aldrig hørt om før!" Nej hvor bruger man meget tid på det! Og når man så endelig har fået lært hende op, og det går rigtig godt, så roterer de, og så skal der en ny ind.

Sammenfattende ser vi arbejdsdeling og jobspecialisering som designparametre, der må karakteriseres som kernepunkter i den ledelsesmæssige tilrettelæggelse af hospitalernes udefunktioner. Baggrunden for at have høj jobspecialisering på udefunktionen er at øge effektiviteten gennem standardiserede funktioner, der ikke kræver daglig indblanding fra afdelingsledelsen. Men der kan opstå ubalance på nogle udefunktioner, når hospitalsdirektionerne og afdelingsledelserne har modstridende eller ukoordinerede formål og ønsker for produktionskernen (f.eks. en operationsgang) og støttefunktioner (f.eks. en sterilcentral). Samarbejdet med hospitalsdirektionerne, lokallerne og med de lægelige eksperter på udefunktionen, er væsentligt for at visitationsprocessen fungerer optimalt, som er en forudsætning for dueslagsprocessen fungerer, hvilket igen er grundlæggende for at hospitalet fungerer som organisation.

Koordinering

Afdelingsledelsernes væsentligste opgaver i forbindelse med at sikre at udefunktionen fungerer tilfredsstillende er, at få koordineret opgaverne på udefunktionen så denne fungerer i et godt samarbejde med de øvrige funktioner på nærhospitalet, og i øvrigt også med de opgaver afdelingen har på områdehospitalet.

Koordineringen synes umiddelbart at være afhængig af flere begreber, f.eks. kontrakter, mødefora, fysisk tilstedeværelse og prioritering af faglige standarder.

For at kunne præcisere initiativpligten og det ledelsesmæssige ansvar, der indebærer at tilrettelægge, koordinere og standardisere produktionen på udefunktionen, anser

Region Hovedstaden det for vigtigt, at der foreligger kontrakter for samarbejdet mellem område- og nærhospitaler (Region H, 2010a).

I gennemgangen af policydokumenter fra 2007 til dags dato, fremgår det, at Region Hovedstaden allerede i 2007 havde en intention om, at der skulle udarbejdes kontrakter (Region H, 2008, Region H, 2007a, Region H, 2007d). Ved gennemgang af nyere dokumenter fremgår det dog, at det ikke er sket fyldestgørende. Det pointeres ligeledes i nyere dokumenter, at der på alle niveauer i Regionen er manglende viden om, hvad en udefunktion er (Region H, 2010a). Denne manglende indgåelse af kontrakter bekræftes af hovedparten af informanterne, men nogle oplyser, at der netop er indledt en proces med henblik på at udarbejde kontrakter. Produktionsresultatet i den fagprofessionelle organisation kan dog ikke standardiseres til fuldkommenhed, fordi kvaliteten af den enkelte operation er vanskelig målbar, og man kan derfor ikke fuldstændigt stole på dialogaftaler og kontrakter.

Vi havde faktisk nogle møder med økonomer det ene sted og det andet sted, og der kom et råt skelet fra Hillerød i 2007 til, hvordan en kontrakt skulle se ud. Og vi har aldrig hørt et klap om det siden. Vi ved godt, at en form for kontrakt eksisterer mellem sygehusene, fordi der sker jo noget afregning løbende. [...] men en regulær kontrakt, hvor der står, hvordan vores samarbejde er med x-hospital, det har vi aldrig set.

De fysiske rammer for afdelingsledelsens tilstedeværelse på udefunktionen er meget forskellige. En leder har et fast kontor og faste dage på udefunktionen, en anden har en fast ugentlig dag på udefunktionen, dog ikke noget kontor, men sidder i kopimaskinerummet. De øvrige ledere har ikke nogen faciliteter, men har heller ikke faste fremmødedage på udefunktionen. De møder op på udefunktionen ad hoc, når de mener, at der er behov for det, eller hvis der er problemer. Generelt kan det af interviewene udledes, at de fysiske forhold for afdelingslederne ikke har stor betydning for, hvorledes lederne udøver deres ledelsesfunktion, men snarere en følge af hvordan de ønsker at være synlige på udefunktionen. En leder beskriver, at han nogle gange vælger at møde tilfældigt op på udefunktionens operationsgang, hvor han ikke er kendt af alle. Som afdelingsleder kan det være svært at præsentere sig som "ukendt" leder på udefunktionen og foretage direkte overvågning, men nemmere at komme som klinisk fungerende læge. Det har stor betydning for lederen, hvorledes vedkommende bliver opfattet som den reelle koordinerende leder. En leder på et områdehospital med en stor udefunktion udtaler:

Men hvis jeg kommer tilfældigt derud, og siger "Jeg er den ledende overlæge" så aner de ikke, hvem jeg er, og de tænker, ja, det er godt med ham. Så skal jeg helt derud, hvor jeg hiver mit skilt op af lommen og siger: "Jeg hedder Jens Jensen". For at se, hvor er mine medarbejdere og hvad laver de?

Når jeg kommer uanmeldt, det er måske lidt frækt, men det har jeg gjort. Det virkede helt kikset, og der virker jeg ikke som leder, men som en politimand, der kommer og kontrollerer, hvad de laver. Kommer jeg og hjælper med at operere, så er det anderledes, men som leder er det svært.

Det er forskelligt hvor hyppigt de seks afdelingsledelser kommer på udefunktionen, og hvilke ledelsesmæssige opgaver, de konkret varetager, når de befinder sig på udefunktionen. Flere ledere anfører, at de kommer med relativt faste intervaller for at holde møde med lokaledelse eller teamledelser på udefunktionen. På disse møder er der ofte tale om at koordinere og planlægge produktionen, som f.eks. aftaler om ekstra operationer.

En enkelt leder kommer slet ikke på udefunktionen, idet han opfatter, at medarbejderne på udefunktionen helst selv vil løse de daglige problemer, men til gengæld kommer den anden del af afdelingsledelsen på den aktuelle udefunktion én gang om måneden for at deltage i møder med hele personalet.

En leder kommer for at markere sin fysiske tilstedeværelse, og udfører så en del af sine normale arbejdsopgaver via fjernadgangen på nettet, men blander sig ellers ikke så meget med personalet på udefunktionen. Lokallederen eller de enkelte medarbejdere har dermed en mulighed for at kunne henvende sig til afdelingslederen. På denne måde forsøger lederen at legitimere sin ledelsesposition på udefunktionen.

Interviewene viser, at det tilsyneladende er en fordel for ledelsesfunktionen og formentlig en forudsætning for, at afdelingslederen kan samarbejde og koordinere med andre afdelinger, at lederen møder hyppigt op og taler med medarbejderne. Eksempelvis fortæller en afdelingsleder, at han uddelegerer mindre konkrete administrative arbejdsopgaver til lægerne på udefunktionen. Når afdelingslederen vælger at komme hyppigt på udefunktionen, har det betydning for hvorledes samarbejdet med de fagprofessionelle i praksis kan fungere. Det kan være yderst vanskeligt for lederne at sikre en tilstrækkelig koordinering:

Det er en stor udfordring, at få det til at hænge sammen uden, at vi bruger alt for meget tid på det. Og det der med at man gerne – altså alle vil jo gerne være

til stede ved møder, det er super svært, når man skal være tilstede på alle matrikler [...]. Det går slet ikke. Jeg synes ikke, udefunktioner er nogen god ide, [...]. Jeg synes, det er noget værre rod.

Interviewene afspejler således en ret stor variation i, hvorledes de enkelte afdelingsledere har valgt at udfylde deres fysiske ledelsesfunktion på udefunktionen, og hvordan arbejdsfunktionerne koordineres. De fleste af informanterne i vores undersøgelse mener, at det, at holde møder med andre ledelser både på samme hierarkiske niveau og andre niveauer, er givende for at opretholde gode relationer, og dermed opnå en velfungerende og koordineret udefunktion. En afdelingsleder beretter, at planlægning af møder skal ske bilateralt, det vil sige, at møder skal aftales, deltagerne skal møde frem, og de skal deltage aktivt. Nogle enkelte af informanterne har faste mødedage med de lokale ledelser én til to gange om måneden, men flertallet har dog ikke aftalt faste møder. En afdelingsleder med flere udefunktioner og store afstande anvender telefonmøder med lokalledelsen ved behov for ad hoc møder. Afdelingsledelserne fra områdehospitalerne har ingen formaliserede møder med direktionserne på de nærhospitaler, hvor de har en udefunktion. Ifølge Region Hovedstadens notat om udefunktioner er det heller ikke noget, der forventes (Region H, 2007e, s. 4).

I starten havde vi møder – men det har vi ikke mere. Vi ved ikke, hvad vi skal tale om. Jeg har nogle læger derude, og hvis de opfører sig pænt, så er det det [...]. Så vi har ikke længere noget at diskutere. Vi burde gøre det. Men der har heller ikke ligget en aftale om, at vi skal holde de og de møder med så langt mellemrum.

Kombinationen af mangel på formaliserede møder med direktionserne på nærhospitalerne og manglende kontrakter, angiver afdelingslederne som årsag til, at der opstår mistro fra begge sider, uklare aftaler, usikre mål for produktionen og dermed en reduceret koordinering af arbejdet.

En måde at komme i dialog og kontakt med personalet på udefunktionen er at anvende nyhedsbreve og sikre at personalet på udefunktionen er med på fælles maillister med områdehospitalet. To ledelser anvender sådanne metoder, hvorved lederne kan styrke deres funktion som forbindelsesled mellem matriklerne. Den uformelle kommunikation mellem medarbejdere på udefunktionen eller lokallederne og afdelingsledelsen på områdehospitalet kan gå ad mange veje. I nogle tilfælde er det dog mangel på information der, præger koordineringen:

Jeg får ikke informationerne, og så går lægerne lige pludselig til temadag. Jeg synes det er svært med informationen derude. Lægerne går heller ikke automatisk på vores hjemmeside og intranettet for at søge oplysninger. Vi havde på et tidspunkt en informationsmedarbejder, der var god til at huske mig på det. Hun er her ikke mere, og jeg glemmer det i min hverdag. Det er svært at have for øje, at jeg har det derude (afsnittet på udefunktionen).

Vi har et fælles møde hver 14. dag, hvor der er gensidig information. Men den daglige informationsstrøm mangler, men jeg ved heller ikke, om det er nødvendigt for dem, når de er på [Nærhospitalet] hele tiden med en anden direktion.

Afdelingslederne på områdepitalerne er meget opmærksomme på vigtigheden i at koordinere produktionen på udefunktionen. Det gælder specielt mængden og den faglige kvalitet af operationer og hele patientforløb. Flertallet af lederne har udarbejdet fælles faglige standarder for arbejdsprocesserne, som gælder på både områdepitalet og nærhospitalet indenfor det aktuelle speciale. Disse standarder kan f.eks. omhandle antibiotikabehandling af infektionssygdomme, udredningsplan for kræftsygdomme, operationstekniske procedurer og er således ret detaljerede, men kræver alligevel en fagprofessionel baggrund for at kunne anvendes. Lederne har en opfattelse af, at standarderne faktisk er udarbejdet, at de er implementeret og efterleves lokalt. Faglige standarder er én af de fem koordineringsmekanismers fundamentale måder til at koordinere arbejdsprocesser. En leder fortæller om det at udvikle faglige standarder:

Den faglige leder forventer jeg, altid er den, der ved mest om den pågældende sygdom [...]. Men til gengæld for det, forlanger jeg så også, at den person søger for at instrukserne er opdaterede, og holder torsdagsundervisning, når vi skal have det.

En anden leder har ved overtagelsen af udefunktionen fra dag ét besluttet, at implementere fælles standarder af arbejdsprocesserne gennem fælles arbejdsgrupper, som havde til opgave at tage det bedste fra hvert af de to hospitaler.

En tredje leder fra en tværgående afdeling anfører, at udefunktionen anvender det sæt af standarder, som områdepitalet bruger. Det er dog uvist om standarderne for arbejdsprocesserne følges helt stringent på udefunktionerne. F.eks. kan en kirurg ved at anlægge et skøn vælge, at anvende en anden protesetype eller en alternativ

operationsteknik, selvom der foreligger standarder for arbejdsprocesser på området, som anbefaler noget andet.

Lige nøjagtigt dette aspekt, ønskede Region Hovedstaden blandt andet at undgå, ved at etablere store afdelinger med udefunktioner (Region H, 2007a). Der er på de fleste udefunktioner en vis grad af autonomi, de fagprofessionelle tilrettelægger selv operationer og udfører dem egenhændigt uden direkte overvågning. Det er både styrken og svagheden ved den fagprofessionelle organisation, specielt når den organiserer sig på flere matrikler. Styrken er, at ekspertkirurgen har selvledelse og autoritet til at tage beslutninger om den detaljerede planlægning og om den enkelte operation. Svagheden er, at afdelingslederne i frustration må se til at de ikke har overblik over delprocesserne, men kun over den samlede produktion på udefunktionen.

En afdelingsleder nævner med tilfredshed, at lægerne på udefunktionen stort set passer sig selv uden at indblande andre og at deres færdigheder passer til de funktioner, der allerede ligger på udefunktionen.

Nej, vi har nogle fantastiske dygtige og positive folk, [...] som kan sidde med benene oppe og læse i en bog eller skrive, hvad de skal skrive. De kan få det positive ud af det. Og til en god løn. Så alle de der ting, det kan de sagtens se, der er ikke noget ballade.

For afdelingsledelsen kan det være svært at få koordineret den turbulens og de problemer, der opstår på udefunktionens ekspertområder. De enkelte fagprofessionelle opfatter deres arbejdsopgave som meget individuel, og tager ikke selv initiativ til at koordinere mellem de øvrige tværgående funktioner på nærhospitalet. Som fagprofessionel er man afhængig af samarbejdet med de øvrige fagprofessionelle og med andre personalegrupper i udefunktionen for at få patientforløbet til at fungere i den horisontale specialisering af organisationen. En lokalleder fortæller, at man nu er begyndt at se på, hvilke patienter de skal tage sig af. Medicinske patienter med kirurgiske sygdomme, som de tidligere har behandlet, får de nu ikke længere lov til at have på udefunktionen. Det er en beslutning, der er truffet af afdelingsledelsen.

En måde at løse problemerne med de utilstrækkeligt fungerende visitationsprocesser, f. eks. hvis der visiteres en patient med en alt for kompleks sygdom til udefunktionen, kan være at anvende gensidig tilpasning. I sådanne tilfælde kan de fagprofessionelle hjælpe hinanden, sikre vidensdeling og koordinere arbejdets udførsel indbyrdes.

Gensidig tilpasning kan dog også foregå ved, at lederen selv deltager i nogle dele af arbejdsprocessen som medlem af den fagprofessionelle gruppe. En leder anfører, at han deltager i afdelingens forskningsprocesser, en anden at han af og til opererer en patient på udefunktionen og på denne måde viser afdelingslederne de fagprofessionelle, hvordan arbejdsprocesserne også kan løses.

De opgaver, der er lagt ud til udefunktionen er velafgrænsede, planlagte, kortvarige og ikke komplicerede operationer, som dog alligevel kræver et højt ekspertniveau for at kunne udføres. Lægerne har haft brug for lang og grundig træning, standardisering af deres færdigheder og videreuddannelse for at kunne bestride opgaverne inden for sådanne ekspertområder. En afdelingsleder anfører, at det er vigtigt at få ansat fagprofessionelle med kompetencer, der svarer til den grad af jobspecialisering, der findes på udefunktionen, men også af hensyn til hele afdelingens samlede opgaver.

Ud fra ovenstående analyse ses det, at de vigtigste koordineringsmekanismer for afdelingslederne med udefunktioner er, at de fagprofessionelle har de specifikke færdigheder, der svarer til opgaverne på udefunktionerne. Desuden er det af stor betydning, at lederen jævnligt er fysisk tilstede på udefunktionen, og at der er gode informationssystemer mellem matriklerne.

I analysen ses endvidere, at de to teoretiske begreber arbejdsdeling og koordinering gennem standardisering af færdigheder, ikke helt kan adskilles i daglig organisatorisk praksis.

Hermed har vi analyseret arbejdsdeling og koordinering ved ledelse på flere hospitalsmatrikler. I det efterfølgende afsnit undersøges, hvorledes disse to parametre indlejres i en strøm af pres og dilemmaer.

Organisatorisk pres og ledelsesdilemmaer

Den arbejdsdeling med efterfølgende koordinering som udøves i organisationen resulterer ofte i at afdelingslederen oplever et pres fra de andre organisatoriske niveauer, f.eks. fra direktionsniveauet og medarbejderne på de to involverede matrikler.

Som afdelingsleder på et områdehospital med en udefunktion, opfattes det som et organisatorisk pres fra direktionsniveauet (topledelsen), at der enten bliver udført en for stor eller for lille produktion på udefunktionen i forhold til direktions forventninger. En

afdelingsleder fortæller, at han har fået ”proppet en lokalledelse ned i halsen” i processen med at fusionere med udefunktionen, og derved føler afdelingslederen, at hans mulighed for at lede egen afdeling er reduceret. Afdelingslederen oplever, at direktionerne på såvel områdehospitalet som nærhospitalet ønsker, at besidde deres andel af den overordnede koordination af arbejdsplanlægningen, som egentlig skulle ligge hos afdelingslederen. Et sådan pres giver en ubalance i hospitalsorganisationen, således at dens grundlæggende struktur trækkes over mod en anden form med en større del som topledelse og mindre del som mellemlinje ledelse, således nærmer organisationen sig maskinbureaukratiet.

Jeg kunne jo have sendt patienter ud til andre sygehuse, hvor nogle af mine andre venner sidder. Det ville de jo ikke risikere. [Nærhospitalet] har jo ikke været interesseret i kun at lave eks. 400 operationer, således at jeg kunne sende nogle til X-hospital, hvis de mangler patienter.

For afdelingslederen vil en mulighed for at bevare sin egen ledelsesfunktion overfor direktionen og lokallederen på udefunktionerne være, at reducere lokallederens mulighed for at planlægge opgavefordelingen, samt bevidst at sikre sig daglige informationer fra udefunktionen. For eksempel fortæller en lokalleder, at afdelingsledelsen har taget visitationsprocessen tilbage til områdehospitalet. En anden afdelingsleder omformulerer ledelsesrollen for lokallederen til at skulle tage sig af de daglige problemer med sygemeldinger af personale. Hvis afdelingslederen skal bevare sin del af koordineringen af beslutningsprocessen, skal vedkommende kunne kontrollere så mange af de fem trin i beslutningsprocessen, information, råd, valg, autoritet og udførelse, som muligt. Hvis afdelingslederen ikke har mulighed for at kontrollere arbejdsdelingen på udefunktionen, kan han risikere at effektiviteten reduceres, som en afdelingsleder beskriver:

Vi havde på et tidspunkt en udefunktion [på Nærhospitalet], hvor der kørte en mand ud og lavede specielle operationer om fredagen. Han var væk hele dagen hvad enten der var én eller tre operationer, og han havde jo ikke noget kontor derude.

I nogle tilfælde bliver afdelingslederne klemte, når de forskellige hospitalsdirektioner, trækker i hver sin retning, for at optimere og øge effektiviteten af det enkelte hospitals funktioner. En direktør omtaler dette dilemma således:

Det kan ikke nytte noget, at der sidder tre direktioner, som alle slås for deres overlevelse og sådan noget. Jeg tror da nok på, at de samarbejder i en vis grad,

når de bliver banket til det, men ellers er det da helt klart, kan jeg høre, at [Nærhospital A] slås for en fortsat berettigelse og [Nærhospital B] er ved at give op, tror jeg, men de andre gør da [Nærhospital A] og det samme vil I opleve med [Nærhospital C], at de slås med næb og klør for deres berettigelse, og det giver ikke noget smart miljø.

Nogle afdelingsledere er presset både nedefra af de fagprofessionelle i produktionskernen og oppefra hospitalsdirektøren i topledelsen. De lægelige eksperter ønsker at decentralisere ledelsesprocesserne og dermed sikre sig beslutningskompetencen over opgaverne i produktionskernen, mens direktionerne ønsker at begrænse decentraliseringen til det mindst mulige, udøve deres indflydelse over afdelingslederens beslutninger og trække organisationen i retning mod topstyring. I relation til dette udtaler en afdelingsleder:

Så siger mine læger (områdehospitalet), hvorfor kan de få fri til det og det, når vi laver så meget herude? [...] og så må jeg derud (på udefunktionen) og se, om de nu laver alt det, de nu skal lave. Der kan jeg godt se, at de nok har mere fri. Hvis jeg så går hen og siger, at de skal lave noget mere, så får jeg en mail fra en vicedirektør, der på pænt dansk skriver: "det skal jeg ikke blande mig i".

Der er den selvledelse, at de hægter sig på direktionen og den afdelingsledelse, der er derude. Så har jeg sådan set ikke længere noget ledelsesansvar.

Selve det at arbejde med udefunktioner som en del af hospitalsstrukturen i Region Hovedstaden kan være et vanskeligt dilemma for de afdelingsledelser, som skal lede udefunktionerne på nærhospitalerne. Region Hovedstaden påpeger i deres ledelsespolitik, at afdelingslederen skal være synlig, nærværende og til rådighed i sin ledelse af udefunktionen (Region H, 2007c), hvilket nogle informanter angiver, kan være et vanskeligt dilemma, når der dels er transporttid til de øvrige matrikler og talrige arbejdsopgaver i det daglige. Derudover oplever de fleste afdelingsledere, at deres tilstedeværelse i virkeligheden ikke er efterspurgt af personalet på udefunktionen.

Langt de fleste afdelingsledere giver udtryk for at årsagen til, at der fra politisk og administrativ side blev besluttet at etablere udefunktioner var, at bygningsmassen og de lokale ansatte på nærhospitalerne dermed kunne udnyttes fornuftigt. Men kombinationen af at kunne planlægge en effektiv produktion i egen afdeling, og samtidig koordinere arbejdet i udefunktionen medfører et dilemma for afdelingslederne. Afdelingslederne ser ikke nogen fordel i udefunktionerne, og oplever, at de er blevet holdt kunstigt i live af politiske hensyn:

Vi er nødt til at holde det gående, det er et politisk ønske at have udefunktioner. Det føles som om, det er et tabu, at diskutere udefunktioner til trods for at rationalet kan være svært at få øje på ud fra et ledelsesmæssigt perspektiv.

Der er således et tydeligt pres oppe fra direktionen, men det er også karakteristisk for den fagprofessionelle organisation, at der er et pres nedefra, idet de lægelige eksperter fra operationsgangen på udefunktionen ønsker en demokratisk struktur med autonomi, således at de selv har indflydelse på noget af opgaveplanlægningen. Flere afdelingsledere bliver således mødt med forskellige former for pres på deres måde at tilrettelægge afdelingens struktur:

Der var nogle (på udefunktionen), der ikke ville have en lokalleder, fordi der var nogle læger derude, der ikke ville. Jeg ved nu, jeg burde have slået i bordet og sagt, det vil jeg have.

De lægelige eksperters dagsorden er ofte en anden end afdelingslederens, idet lægerne på nærhospitalet er vant til egne og autonome arbejdsprocesser, samt at der bliver taget specielle hensyn til den enkelte lægelige ekspert.

Altså jeg har hele tiden sagt, at jeg arbejdede for at lukke funktionen. Det har jeg aldrig løjet overfor, og vi var jo ikke enige om det, og lægerne syntes jo, at det var fuldstændig tåbeligt. Men jeg har sagt, at jeg synes, der er et stærkt fagligt argument, og det arbejder jeg på af al kraft.

De ulemper og dermed dilemmaer afdelingslederne omtaler ved at være leder på flere matrikler, er ofte en frustration over lav effektivitet og mindre fleksibilitet. Der kan være et problem for afdelingslederen at sikre, at de rigtige kompetencer er tilstede på udefunktionen. Der er ofte et pres fra både direktionerne og medarbejderne på de to matrikler.

Hermed afsluttes analysen af vores første undersøgelsesspørgsmål, og afhandlingen fortsættes med en delkonklusion.

5.1 Delkonklusion på lederen i fagbureaukratiet

Analysen af undersøgelsesspørgsmålet, om hvordan ledelsesdilemmaer ved ledelse på flere hospitalsmatrikler opstår og håndteres viser, at arbejdsdeling og jobspecialisering i horisontalt og vertikalt plan er væsentlige begreber for afdelingslederens organisering af opgaverne på udefunktionen.

Når arbejdsopgaverne decentraliseres til udefunktionerne, hvor de fagprofessionelle tager opgaverne ud af dueslaget uden den lokale leders indblanding, bliver det tiltagende vanskeligere at koordinere arbejdet. Dette medfører, at afdelingsledelserne må ændre koordinationsmekanismen til mere direkte overvågning i stedet for at koordinere med standardisering af færdigheder og gensidig tilpasning. Der kan derfor opstå en ubalance i organisationen, som nærmer sig en struktur i maskinbureaukratiet. Det betyder, at udefunktionen bliver en vanskelig konstruktion, idet de fagprofessionelle ikke ønsker direkte overvågning, men ønsker at arbejde autonomt.

De vigtigste koordineringsmekanismer for afdelingslederne med udefunktioner er, at de fagprofessionelle har de specifikke færdigheder, der svarer til opgaverne på udefunktionerne. Desuden er det af stor betydning, at lederen jævnligt er fysisk tilstede på udefunktionen, at der er gode informationssystemer mellem matriklerne, samt at der forefindes kliniske retningslinjer.

For afdelingslederne på områdehospitalerne opstår der dilemmaer og pres, når lokallederne og de lægelige eksperter på udefunktionerne opnår for stor grad af autonomi og selvledelse, når de ikke melder tilbage til afdelingsledelsen, når der foretages ændringer på udefunktionens støttefunktioner, og når dueslagsprocessen ikke fungerer optimalt. Dueslagsprocessen kan være dysfunktionel, når en patient eller den fagprofessionelles færdigheder ikke passer ind i det højt specialiserede system. Hvis dette er tilfældet, må der anvendes gensidig tilpasning eller eventuelt direkte overvågning som koordinationsmekanisme.

Analysen viser, at afdelingslederne opfatter, at nogle af fordelene ved organiseringen med udefunktionerne er, at de fagprofessionelle på udefunktionen udviser stor loyalitet og er selvledende. Flere afdelingsledere fremhæver, at der er nogle medarbejdere i organisationen, som passer godt ind i de små specialiserede enheder, hvor den enkelte lægeekspert kan skærmes, mod de mere komplekse patientkategorier.

På trods af de vanskelige betingelser med ledelse på to matrikler, har de fleste afdelingsledere gjort en stor ledelsesmæssig indsats. De har højt dedikerede medarbejdere, hvilket betyder, at udefunktionerne alligevel kommer til at fungere og får produceret det, der er aftalt.

Med denne delkonklusion afsluttes kapitlet om lederen i det organisatoriske perspektiv, og afhandlingen fortsætter med en analyse af lederen mellem den givne og tagne rolle.

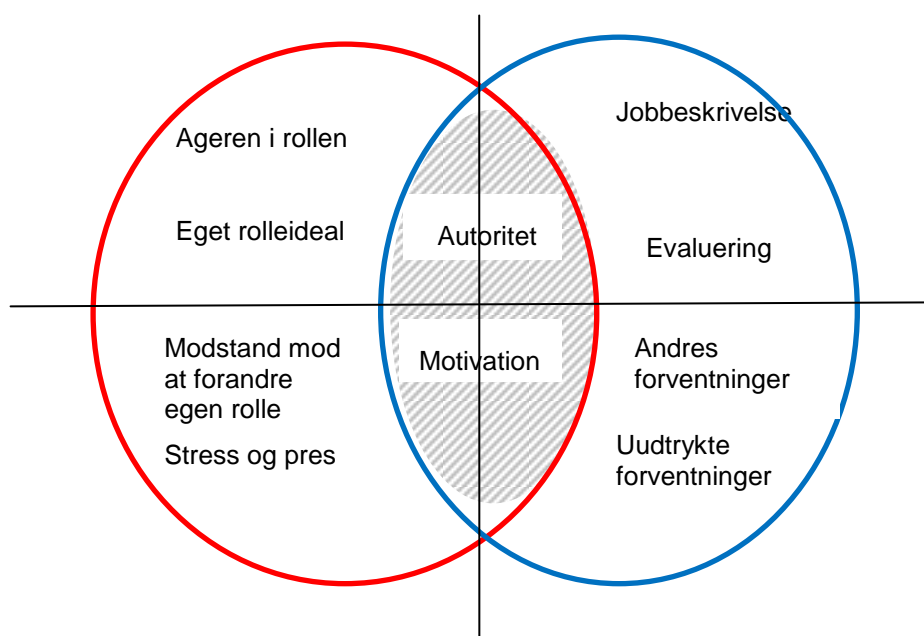
6.0 Analyse af lederen mellem den givne og tagne rolle

I dette afsnit analyseres undersøgelsesspørgsmålet: Hvordan afdelingslederen håndterer sin ledelsesrolle i presset mellem hospitalsdirektion og lokaledelse ved ledelse på flere hospitalsmatrikler.

Afsnittet indledes med en beskrivelse af tre ledertyper, der er fremkommet på baggrund af datamaterialet. Afsnittet er disponeret således, at de enkelte ledertyper analyseres separat med udgangspunkt i de i afsnit 3.4 operationaliserede begreber indenfor henholdsvis den givne rolle, den tagne rolle og fællesområdet mellem disse to roller. Der afrundes med en samlet delkonklusion.

De operationaliserede begreber indgår i rollebegrebets forhold mellem den givne og tagne rolle som illustreret i figur 4. Vi anvender denne figur efter analysen af hver enkelt ledertype til at illustrere overlappet af fællesområdet mellem den givne og tagne rolle.

Figur 4. Firefelt med fællesområde



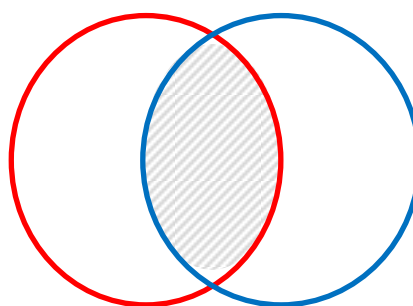
Rød cirkel: Tagne rolle. **Blå cirkel:** Givne rolle. **Skraveret område:** Fællesområde mellem givne og tagne rolle. Det skraverede område er væsentligt.

De tre ledertyper

På baggrund af bearbejdning af data fra de 10 interview er det muligt at identificere og opstille et mønster af tre forskellige typer af afdelingsledere. Mønstret dannes ud fra lederens tilknytning til udefunktionen og håndtering af og tilgang til at løse opgaven. Afdelingslederne inddeles og skildres som metaforer i følgende tre grupper med to til tre informanter i hver gruppe:

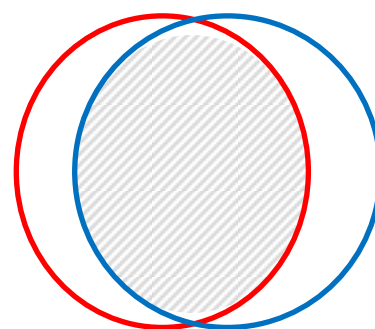
Ledelse gennem lokaledere på udefunktionen

Afdelingslederen leder udefunktionen gennem lokaledere via en nærmere aftalt ansvars- og kompetence fordeling. Afdelingslederne er reflekterende og anvender ofte uddelegering. Denne type afdelingsleder benævner vi midtbanespilleren. Midtbanespilleren kan med hensyn til opgavefordelingen være både offensiv og defensiv spilfordeler.



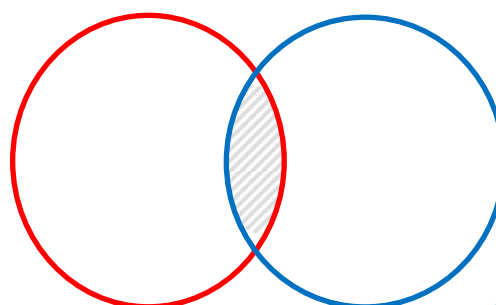
Afdelingsleder med tæt kontakt til udefunktionen

Afdelingslederen leder direkte på udefunktionen med tæt kontakt til personale og lokaledere. Afdelingslederen lægger et stort engagement i løsning af hele opgaven. Afdelingslederen imødekommer andres forventninger. Denne afdelingsleder benævner vi anføreren. Anføreren går i front og sætter dagsordenen for sit hold, samt er det gode eksempel.



Afdelingsleder med begrænset kontakt til udefunktionen

Afdelingslederen har begrænset tilstedeværelse og indflydelse på udefunktionen, hvor der er stor autonomi. Der tages kun et begrænset ansvar for opgaven. Denne type af afdelingsleder benævnes målmanden. Målmanden vogter målet alene, han skal helst ikke begå fejl, da det kan få konsekvenser for hele holdet.



Denne beskrivelse af de tre ledertyper fører frem til analysen af den enkelte ledertype.

6.1 Ledelse gennem lokaledere på udefunktionen - midtbanespilleren

I dette afsnit beskrives afdelingslederen, der leder udefunktionen gennem lokaledere ved hjælp af nærmere aftalte ansvars og kompetence fordeling. Afdelingslederne har et veldefineret ideal for ledelse, de reflekterer og vælger helt bevidst at løse opgaven gennem distanceledelse. Distanceledelse vælges måske som en konsekvens af, at medarbejderne på den fysisk fjerntliggende udefunktion har en helt anderledes kultur, med hensyn til værdier, arbejdsmoral, sammenhold samt størrelsen og alderen på organisationen. Fællesområdet mellem den givne og den tagne roller er mellemstort. I de følgende afsnit analyseres, hvordan denne type leder agerer i sin rolle.

Den givne rolle - midtbanespilleren

Stillingsbeskrivelser

Afdelingslederne eller deres lokaledere har ikke haft kontrakter eller velafgrænsede stillings- og arbejdsbeskrivelser gennem hele perioden med udefunktioner. Et par af afdelingslederne er dog ved at få udarbejdet kontrakter, hvilket giver lederen en fornemmelse af, hvilke opgaver der skal løses og hvilke forventninger, direktionerne stiller til afdelingslederen. Jo flere konkrete arbejdsbeskrivelser og kontrakter dialogaftaler der foreligger, jo bedre er rollen defineret og jo større sandsynlighed er der for, at de gensidige forventninger kan afstemmes. Eksempler på nedskrevne forventninger kan være at overholde budgettet og opnåelse af bestemte kvalitetsparametre.

Så skal man forpligtige hinanden til, at man, såfremt man ændrer struktur, så skal man informere hinanden i god tid, hvis man ikke skal bruge x-antal undersøgelser, så de kan tage højde for det i deres planlægning og organisering.

En stillingsbeskrivelse er ofte så diffus eller mangler konkrete anvisninger, at den umiddelbart ikke kan anvendes til at afgrænse afdelingslederens rolle på flere matrikler. For at afdelingslederen kan styre, hvad der foregår på udefunktionen og derved lede gennem lokaledere, er det vigtigt, at han sikrer sig, at der udarbejdes stillingsbeskrivelser for lokalederen. Midtbanespilleren har som udgangspunkt gode betingelser som midtbanespiller, han kan vælge om han vil være defensiv eller offensiv i sin ledelse, bolden ligger hos ham.

En afdelingsleder anfører, at stillingsbeskrivelsen kun blev udvidet med en linje i forbindelse med udvidelse af ledelsesområdet til også at omfatte udefunktioner. Denne mangel på dokumentation af den nye funktion har til gengæld givet lederen en mulighed for selv at udfylde rollen, som de ønsker. Lederne opfatter det dermed ikke som noget decideret negativt, at der ikke blev udarbejdet nye stillingsbeskrivelser.

Regionen har dialogbaserede aftaler med hospitalsdirektionerne, som igen har aftaler med de fleste afdelinger. Vi får fornemmelsen af, at disse aftaler mere er af navn end af gavn. Det kan være svært for den underliggende organisation at få reel indflydelse på aftalernes indhold. En direktør omtaler dette således:

Vi har jo en dialogbaseret aftale, som det hedder, et frygteligt ord. For det er jo ikke en skid dialogbaseret. Men de (Regionen) bestemmer over os, og vi bestemmer over afdelingsledelsen, men sådan er det bare, det kan man ikke diskutere.

Der foreligger således nogle kontrakter, men det tyder ikke på, at det har haft den store betydning for, hvorledes afdelingslederen udfylder den specifikke del af sin rolle.

Evaluering

Afdelingslederne i denne gruppe får ikke nogen særlig uddybende evaluering i forhold til kvalitet eller visioner, men måles kun på den økonomiske bundlinje. Det er vores opfattelse, at produktionskravet altid er specificeret gennem dialogaftaler mellem direktion og afdelingsledelse. En hospitalsdirektør siger, at afdelingslederen må levere den aftalte produktion med den kvalitet, som direktionen forventer. Han fortæller, at de snakker om hvordan kvaliteten skal være, men direktøren har ikke beskrevet kravene nogen steder. På spørgsmålet om der er behov for konkrete aftaler og kontrakter, udtaler direktøren:

Nej det tror jeg ikke, vi hører det ikke, og vi har været modstandere af de der kontrakter. Ene og alene af den grund at vi ville til enhver tid forbeholde os ret til at bryde dem for [...] vi kan ikke garantere, at nu har vi en kontrakt, og at den så kan køre det år.

Heraf kan det ses, at når der ikke er fastlagte aftaler eller kontrakter, kan det være vanskeligt at foretage en evaluering af produktion og effektivitet. Der bliver derfor mere tale om uudtalte forventninger fra direktionens side, hvilket kan være svært for afdelingslederne at forholde sig til. Ifølge en afdelingsleder er direktionens uudtrykte holdning, at der forventes samme performance uanset, om afdelingslederen skal agere

på én eller fem matrikler. En lokalleder på en udefunktion er meget frustreret, og giver ved flere lejligheder udtryk for dette i sin tilbagemelding til afdelingsledelsen. Lokallederen holder afdelingsledelsen fast på, hvad der er vedtaget til møder, hvad der står i referaterne, og i de aftaler der er lavet.

Forventninger og uudtrykte følelser

To afdelingsledere fra et stort områdehospital angiver, at der er en helt særlig kultur på nærhospitalet, som medarbejderne vil gøre meget for at bevare deres tilknytning til. Kulturen er ifølge lederen kendetegnet ved et godt lokalt samarbejde, en god omgangstone, nære personlige relationer samt et godt og stabilt arbejdsmiljø. Desuden er det, ifølge afdelingslederne, kendetegnet for personalet, at de har en grundlæggende modstand mod autoriteter. Afdelingslederne er bevidste om, at det bedste ville være at integrere personalet på de to matrikler, eksempelvis ved at lave rotationsordninger som hospitalsdirektøren også har foreslået, men det ønsker personalet ikke. Personalet ønsker heller ikke at deltage i møder, konferencer eller sociale aktiviteter på områdehospitalet, hvilket ærgrer afdelingsledelsen lidt, men omvendt har ledelsen heller ikke selv haft store forventninger til samarbejdet mellem de to personalegrupper. På en afdeling var det lægelige personale i en periode delt i to lejre, som forsøgte at bekriige hinanden, hvilket gav store problemer for både lokallederen og afdelingslederen. Det har krævet noget ekstra af lederens kompetencer, at få samlet lægegruppens to forskellige kulturer, og få afdelingen til at fungere.

Når man som afdelingsleder relativt sjældent er på udefunktionen, og derfor sjældent er tilstede sammen med personalet, er lederens mulighed for at få tilbagemelding på ledelsesfunktionen meget begrænset. Den ene afdelingsleder deltager i personalemøder, hvor han dels får direkte mundtlige tilbagemeldinger samt oplever hvordan stemningen er til møderne. Dermed opnås medarbejdernes uudtrykte forventninger og følelser. En anden afdelingsleder er sjældnere i kontakt med medarbejderne, og har derfor begrænset mulighed for at få direkte tilbagemeldinger eller at opleve de uudtrykte ønsker. Midtbanespilleren er defensiv, og tager ikke den offensive rolle.

Selvom direktionen er klar over, at det kan være en svær ledelsesmæssig opgave at udøve ledelse af lægelige eksperter på flere matrikler, har de en forventning om, at afdelingsledelsen bare får tingene til at fungere på udefunktionen, uden at det kræver

indblanding ovenfra. Det er vores opfattelse, at samtlige ledere optræder uhyre loyalt i forhold til denne opgave. Midtbanespillerne stiller sig afventende og defensive, de har hele tiden overblikket, og er klar til at være offensive, når det er nødvendigt.

Den tagne rolle - midtbanespilleren

Eget rolleideal og ageren i rollen

Lederen kan føle en form for utilstrækkelighed i lederrollen. En afdelingsleder udtaler om sin rolle som samlende leder:

Som en samlende person, som det nu kan lade sig gøre i to forskellige kulturer. Det skal køre lige så godt begge steder. Personalet fra [Nærhospitalet] føler sig ikke lige så godt tilpas på [Områdehospitalet]. De føler sig mest knyttet til [Nærhospitalet]. De er en fasttømret gruppe, med en anden selvforståelse og selvidentitet end dem på udefunktionen.

Dette citat illustrerer, at afdelingslederen oplever, at der er store forskelle mellem kulturen på nærhospitalet og områdehospitalet. Denne forskel udfordrer afdelingslederens ønske om at samle personalet, og vanskeliggør dermed ledelsesrollen og lægger et pres på den enkelte afdelingsleder. Den måde den enkelte leder tager den del af ledelsesrollen, afhænger af lederens personlighed, engagement samt hvilke erfaringer og kompetencer lederen har med sig fra tidligere situationer. Ud fra analysen ses det, at midtbanespillerne i forhold til deres offensive og defensive taktik tackler spillet forskelligt. Det er vores opfattelse, at afdelingslederne fra denne type generelt er meget reflekterende over, hvordan de selv kan løse, de opgaver de får, men at selve løsningen af de konkrete opgaver, måske bliver lagt over til lokalledere eller medarbejdere. Afdelingslederne reflekterer også over den tilbagemelding, der kommer på de anvendte løsningsmodeller.

En leder reflekterer over sit forsøg på at gennemføre en integrationsproces af personalet fra to matrikler:

Og der tror jeg nok, at vi var for langsommelige til ligesom at pege dem ud og sige, nu gider vi sådan set ikke at høre mere på, hvad du har af negative ting at fortælle. Hvis du ikke kan lide lugten så må du rejse, sådan er vilkårene.

Han forsøger at tage den givne rolle som en samlende leder, men det lykkes ikke helt. Disse erfaringer vil dog kunne bibringe lederen refleksion i forhold til lignende fremadrettede situationer. Refleksioner, der giver ham et større handlerum at arbejde indenfor i den rolle, han tager, og det kan dermed give et indtryk af mere autoritet og

ansvarlighed i opgaven. Lederen kan dog med fordel fortsat måle sin succes i den tagne rolle ved konstant at have opmærksomheden rettet mod personalets reaktioner.

En afdelingsleder erkender, at processen med at forsøge at få personalet fra udefunktionen til at arbejde på områdehospitalet enkelte dage, har virket som et overgreb på personalet. Lederen indrømmer, at han på grund af denne beslutning ikke var populær.

En anden leder kan heller ikke overtale lægerne fra udefunktionen til at arbejde på områdehospitalet i forbindelse med en kommende omstrukturering, men lederen synes ikke selv, det er et personligt dilemma, og reflekterer ikke yderligere over det. Denne leder har fået givet rollen som en fastlagt opgave, men opgaven indebærer ligeledes uformelle eller usagte forventninger både fra personalets og direktionens side. I analysen vurderer vi, at der på denne måde opstår et ledelsesdilemma, som kan virke demotiverende for lederen. På trods af rollekonflikten udtrykker lederen stor loyalitet overfor direktionen og ledelsesopgaven,

Modstand mod at forandre sin rolle

Afdelingslederne har fået tildelt en stor autoritet og gode muligheder for ansvar for at udøve ledelse på alle måder. En direktør siger, at direktionen ikke blander sig i, hvordan den enkelte leder udfylder sin rolle og sin funktion på udefunktionen. På samme måde er der fra lokallederne og medarbejderne på udefunktionen ikke efterspørgsel på andre aspekter af lederrollen. En afdelingsleder, der har fået opgaven med udefunktionen, er klar over, at personalet på udefunktionen er autonome og har en anden arbejdsmoral end på områdehospitalet, og han er ikke rigtigt indstillet på at påtage sig rollen som den fælles leder og ændre på arbejdsgangene på udefunktionen. En anden afdelingsleder erkender forskellene i personalets sammensætning på udefunktionen i forhold til områdehospitalet, og er ganske bevidst om, ikke at inddrage sig selv for meget i ledelsesmæssige beslutningsprocesser.

Arbejdsrelateret stress og pres

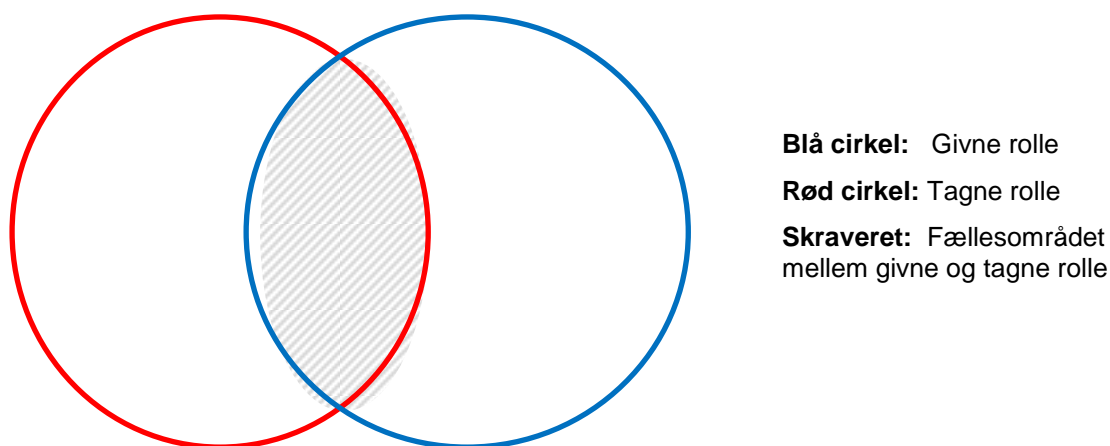
På enkelte af udefunktionerne opfatter noget af personalet og enkelte lokalledere sig som lillebror i forhold til områdehospitalet, der er storebror. De afdelingsledere, der fornemmer dette forhold, kan føle et pres for at udbedre sådanne forhold. Lederen prøver at tilpasse sin egen ageren i lederrollen således, at personalet forhåbentlig giver en god evaluering til den lokale ledelse og direktion. En lokalleder forsøger bevidst at presse afdelingsledelsen, ved at sende noget personale på kursus, slå stillinger op på

nærhospitalet og tilkæmpe sig flere operationer. Det er vanskeligt for afdelingslederen at opnå overensstemmelse mellem den givne og tagne rolle, da det er svært at skabe fleksibilitet og ansvarlighed i forhold til de forskellige forventninger og krav, der stilles af direktion og medarbejdere. En leder ser på sin opgave ud fra patienternes perspektiv, og udtrykker flere gange under interviewet sin utryghed for, hvorledes patientforløbene skal fungere i den store kirurgiske afdeling, hvor patienter bliver flyttet mellem de to matrikler. En anden leder fortæller, at det berører ham dybt, hvis operationskapaciteten ikke bliver udnyttet tilstrækkeligt på udefunktionen, idet der er venteliste på den type operationer.

Sådanne situationer og pres øger risikoen for konflikter for den enkelte i udførelsen af ledelsesrollen.

Fællesområde mellem den givne og tagne rolle - midtbanespiller

Figur 5. Midtbanespilleren - Fælles område mellem givne og tagne rolle



Autoritet og motivation

Når der ledes gennem ledere på udefunktionen, medfører det, at afdelingslederen ikke har en tydelig personlig profil overfor udefunktionens medarbejdere. Medarbejderne kender derfor ikke lederen særlig godt, men til trods for dette, har de alligevel legitimeret lederen til en vis grad. Autoriteten ligger derfor i den position og det renommé, afdelingslederen har som leder af en stor afdeling. En afdelingsleder på en meget stor afdeling fortæller, at han altid bliver mødt med et smil fra medarbejderne, selv efter besparelsesrunder. Det tolker lederen som et udtryk for, at der ikke er nogen

problemer i samarbejdet og at der er tillid til afdelingsledelsen. I denne sammenhæng tager afdelingslederen det som et udtryk for en velfunderet autoritet, idet medarbejderne deponerer en vis mængde autoritet hos afdelingslederen, trods lederens begrænsede tilstedeværelse på udefunktionen. Autoritetsrelationen skal ses i lyset af, at medarbejderne dels er noget ældre og formentlig mere autoritetstro, og dels er medarbejderne i en situation, hvor der på grund af hospitalslukninger er risiko for afskedigelse. Det tager vi som et udtryk for, at afdelingslederen besidder formel autoritet. Denne ledertype har et middelstort fællesområde mellem den givne og den tagne rolle.

Et eksempel på autoritetsafgivelse ses hos en lokalleder, der mangler autoritet fra de øvrige samarbejdspartnere på udefunktionen. Afdelingslederen har støttet lokallederen i at løse uoverensstemmelser, hvor lægerne og lokallederen stod og råbte af hinanden til konferencerne. Lokallederen har ikke selv formået at opnå autoritet i sådanne situationer. Måske har lokallederen ikke haft autoritetsfølelsen eller har manglet kompetencer til at løse opgaven.

Det tog sådan cirka tre måneder, så kunne vi samle til konferencer og tale sammen igen.

Denne form for ageren i ledelsesrollen virker ikke umiddelbart som et udtryk for refleksion over egen rolle, men for anvendelsen af sin position som lokalleder til at udøve og styrke sin egen autoritet over for medarbejderne, hvilket stemmer overens med, at afdelingslederen på områdepitalet har afgivet autoritet til lokallederen.

Lederne i denne gruppe, inviterer personalet på udefunktionen til medarbejdersamtaler, diverse kurser og andre mødeaktiviteter for at motivere medarbejderne til at opfatte sig som en del af hele afdelingen. Midtbanespilleren udviser initiativ og er offensiv, men virker ikke helt så insisterende i sin ledelsesrolle.

Direktionerne giver også autoritet til afdelingsledelserne oppefra, således at de får mulighed for at styre udefunktionerne så effektivt som muligt i hvert enkelt tilfælde. En direktør udtaler, at han giver afdelingslederen meget stor bemyndigelse til at få udefunktionen til at fungere, der bliver givet vide rammer, også selvom det indebærer løsningsforslag, som direktionen måske ikke selv havde foreslået.

Gennem analyse af interviewene har vi fået en fornemmelse af, at denne ledertype reflekterer meget over deres egen ageren i rollen som leder for en udefunktion. Han har et veldefineret rolleideal og en klar forestilling, om hvorledes opgaven skal løses

under de givne forudsætninger med de foreløbige kontrakter. Lederen oplever ikke et særligt stort pres eller stress i forbindelse med de forventninger, der stilles til sin udfyldelse af rollen, han accepterer i stor udstrækning sin rolle, og der er derfor ikke tegn til modstand mod at forandre rollen. Selvom lederne har forskellige rolleidealer, personligheder og agerer forskelligt afhængig af deres profession og erfaring i ledelsesrollen, virker det som om, at lederne har samme formelle autoritet, samme mangel på nærvær og samme distance til lokaledere og medarbejdere. Distancen kan være en styrke, idet det giver mindre pres, færre frustrationer og gør det mindre problematisk at træffe ubehagelige beslutninger, der involverer personalet. Svagheden kan være at afdelingslederne ikke får så meget autoritet nedefra og at lokaledere og medarbejdere kan blive mere autonome. Hos midtbanespilleren er der et middelstort overlap i fællesområdet mellem den givne og tagne rolle.

6.2 Afdelingsleder med tæt kontakt til udefunktionen - anføreren

I dette afsnit beskrives afdelingslederne som leder direkte på udefunktionen med tæt kontakt til personalet, lokaledere og som har et kontor på udefunktionen. Afdelingslederne tager ansvar for hele opgaven og lægger en stor del af deres arbejdstid, identitet og engagement i udefunktionen. De prøver i høj grad at imødekomme de forskellige forventninger, der optræder fra direktion og medarbejder både i det daglige og på det strategiske plan. For anføreren er der et meget stort overlap i fællesområdet mellem den givne og tagne rolle. Efterfølgende analyseres, hvorledes denne ledertype agerer i rollen mellem organisation og individ.

Den givne rolle - anføreren

Stillingsbeskrivelser og kontrakter

Afdelingsledere med tæt kontakt til lokaledere og personale på udefunktionen føler ikke, der er så stort behov for helt specifikke stillingsbeskrivelser eller deciderede kontrakter. I kraft ledernes af indre autoritet og erfaring, kan denne type leder med egne ord sagtens klare sig uden formelle stillingsbeskrivelser, idet det kan være en fordel, at de ikke eksisterer, således at lederen selv kan afgrænse sit handlerum. Lederne i denne gruppe har i forvejen en tæt kontakt til personalet og har en god fornemmelse for, hvad der foregår i det daglige. En af afdelingslederne omtaler fraværet af skriftlige aftaler således:

Hvad tror I? (Den er) ikke klar (endnu). Der blev holdt nogle møde [...] og der kom et råt skelet fra Hillerød, mht. hvordan en samarbejdskontrakt skulle se ud. Og vi har aldrig hørt et klap siden om det!

En anden leder fortæller, at de foreliggende kontrakter kun indeholder økonomiske områder, og ikke detaljerede beskrivelser af, hvordan samarbejdet egentlig skal foregå. De mere personlige målparametre omtales heller ikke. Lederne i denne gruppe gav dog udtryk for, at de ufuldstændige kontrakter gav dem stort råderum til at lede, og at det ikke gav problemer for udfyldelsen af deres funktion.

Evaluering

Lederen kan blive udsat for åbent tilkendegivne evalueringer fra direktionen i forbindelse med samtaler om dialogbaserede aftaler, økonomiforhandlinger eller andre overordnede emner, men der kan også forekomme vurderinger fra lokalledere og læger på nærhospitalet. En afdelingsleder på en afdeling fordelt på flere matrikler anfører spontant, at han føler, at han bliver opfattet som en rimelig respekteret leder af nogle medarbejdere, men af andre som "et dumt svin". Det giver for denne leder ikke umiddelbart nogle personlige dilemmaer eller problemer, idet lederen erkender, at han ikke kan stille alle tilfreds under udførelsen af sin lederrolle. Anføreren hviler i sig selv, og lader sig ikke påvirke af utilfredse medarbejdere.

Der afholdes uformelle møder med direktionen på udefunktionen, hvor de direktionen kan foreligge deres forventninger, men der er tilsyneladende ikke tale om egentlige evalueringer. På den måde er det op til den enkelte afdelingsleder at afklare, om afdelingen er på rette spor. Det handler kun om at få produktionen og servicemål til at passe til de krav, der er i aftalerne.

Forventninger og uudtrykte følelser

En afdelingsleder fortæller, at han er bevidst om, at nedlukninger eller ændring af funktioner kan fremkalde sorg eller vrede hos personalet på udefunktionen. Det lader han sig dog tilsyneladende ikke påvirke af, og har tilkendegivet overfor personalet at:

[...] jeg tror, vi er på vej ind i en tid, hvor vi godt kan sætte nogle helt andre krav til medarbejderne, og selvom det ikke er særlig pænt, så må vi nogle gange sige: "Alle dem der vil være med, de kan stille sig herover [...], og resten må jo så lade være med at være med og være et andet sted". Vi har jo ikke råd til at have 30 %, der ikke gider det her projekt.

Afdelingslederen giver udtryk for, at medarbejderne mangler engagement og medejerskab til at løse den besværlige opgave i forbindelse med omstrukturering i afdelingen. Medarbejderne giver overfor lederen ofte udtryk for deres manglende tro på, at de kunne bidrage til at løse den overordnede opgave. Det kunne tyde på, at forhold på udefunktionen så som f.eks. de tætte relationer mellem medarbejderne på udefunktionen, det lokale arbejdsmiljø og den store fysiske afstand til områdehospitalet, er betydende for både de sagte og de uudtalte forventninger til afdelingslederen. Dette er lidt i modsætning til den foregående type afdelingsledere, midtbanespilleren, idet han havde en opfattelse af, at der ikke var særlig mange forventninger og uudsagte følelser fra medarbejderne.

I forbindelse med besparelserne i sommeren 2010 har en af de andre afdelingsledere inddraget og informeret personalet i processen om besparelser, hvilket har givet positiv respons fra personalet, i og med de støtter ledelsens beslutning og hans måde at håndtere besparelserprocessen på, hvilket ifølge afdelingslederen har bevaret den gode stemning og kultur i denne afdeling. Anføreren går i front og sætter dagsordenen.

Flere afdelingsledere nævner, at de forsøger at gøre noget for at personalet på udefunktionen, skal føle sig godt tilpas på arbejdspladsen med et godt sammenhold i teamet, og at der skal være en god stemning på operationsgangen. De fleste forventninger fra personalet er formentlig uudsagte, men lederen gør sig ofte nogle tanker om, hvad han håber eller frygter, personalet måtte forvente af ham som leder.

Den tagne rolle - anføreren

Eget rolle ideal og ageren i rollen

En afdelingsleder med en velfungerende udefunktion og mange års erfaring med at lede de to matrikler har en klar opfattelse af, hvad der skal til for at være en god og synlig leder på både områdehospitalet og på udefunktionen. Lederen er meget bevidst om, at tage al den autoritet og magt, der måtte kunne fås, bruge sine relationer fra tidligere ansættelser og faglige positioner:

Jeg har nu aldrig bekymret mig for at ringe til en koncerndirektør eller Sundhedsstyrelsens direktør. Man kan jo meget, hvis man vil, men det er jo altid godt, hvis man kan bruge nogle officielle talerør, og det sundhedsfaglige råd er i hvert fald et rigtig godt talerør hvad angår sådan noget som sammenligning af størrelser og funktioner.

I afdelingen på områdehospitalet og i udefunktionen har afdelingslederen oprettet lokale udvalg med medarbejdere, og uddelegerer herigennem fagligt ansvar indenfor mange sygdomsspecifikke ekspertområder til læger og sygeplejersker. Denne afdelingsleder, der helt bevidst tager en større del af rollen end mange af de øvrige ledere, ser også effekten af sit fodarbejde:

Det er klart, at det er en af grundene til, at jeg synes det har været sjovt at være her på min pind. Jeg kunne kombinere det med at være formand for en patientforening, som gav en utrolig politisk indflydelse og et netværk, som gør at man kan ringe til dem, man har lyst til. [...] nogle gange kan man rent faktisk godt påvirke noget selvom, man også nogen gange synes det er lidt håbløst. Man får ikke et klap ud af at råbe [...], men altså, sådan noget som hvad der kommer fra Sundhedsfagligt Råd, det er noget, der bliver lagt mærke til i regionsledelsen.

Der er ingen tvivl om, at lederen ikke bare opfylder de krav, der stilles af arbejdsgiveren og medarbejderne, men finder tilfredsstillelse i at udøve sin indflydelse på andre organisatoriske og politiske planer. Dette er i stor kontrast til lederen, der leder gennem lokalledere, målmanden, der har en mere nonchalant holdning til sin egen rolle, en mindre markant fremtoning overfor personalet og et lidt mindre karismatisk rolleideal.

En afdelingsleder tager helt regelmæssigt ud til udefunktionen, men placerer sit kontor i et fotokopirum, hvilket kan have indflydelse på, hvordan han fremtoner og agerer i sin rolle. Han reflekterer selv over, at han, ved at sidde i kopirummet, går på kompromis med sit eget rolleideal, men han ser kopirummet som den eneste mulighed for at etablere en slags kontor. Til gengæld er samme leder verbalt en stærk lederfigur, der udtaler, at han er afklaret med, at der er ledelsessituationer, hvor det vil være et vilkår i hans rolle at optræde som upopulær leder. Anføreren er bevidst om sin position på holdet og viser vejen. Han kan godt være den gode spiller på holdet og have indflydelse, selv om han sidder i kopirummet.

En afdelingsleder har erfaring fra tidligere stillinger og interesseorganisationer med at tage rollen og fylde den ud efter sit eget ønske. Lederen har et helt klart billede af, hvorledes han vil fremstå, og hvad hans mission er for afdelingen og for hospitalet. Lederen fremstår i interviewsituationen meget passioneret for både det kliniske speciale og for lederrollen.

Modstand mod at forandre sin rolle

Denne ledertype, som har tæt kontakt til udefunktionen, er karakteriseret ved, at de selv definerer deres roller, har en stor del af den tagne rolle og formår at få et stort overlap mellem den givne og tagne rolle. Lederne har god fornemmelse for at være på forkant med udviklingen og de krav, der måtte komme fra direktionen. Han tager på den måde et større handlerum til at planlægge strategier og sætter en del af dagsordenen, sådan at det ikke bliver nødvendigt efterfølgende at ændre sin egen rolle.

En anden leder er bevidst om på forhånd at forme sin egen rolle, så han ikke går i fælder, der kunne indebære en ændring af rollen. I denne ledertype er der tilsyneladende ikke nogen modstand mod at forandre lederrollen.

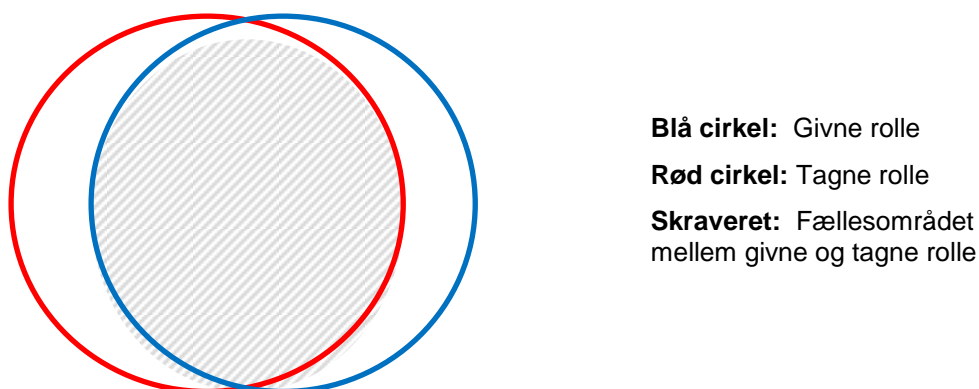
Arbejdsrelateret stress og pres

De fleste ledere i hospitalsvæsenet er i disse år generelt presset på grund af kravet om økonomiske tilpasninger. Derudover kan der også være et pres fra medarbejderne, idet en afdelingsleder med bekymret mine fortæller, at der er mange rygter og en del mytedannelse i organisationen, som kan komprimere lederens position som den formelle leder på udefunktionen. Det er dog vores opfattelse, at lederen kender organisationen og sine medarbejdere så godt, at det ikke giver anledning til en større mængde stress eller konflikter i rollen. Han har på et tidligt tidspunkt været bevidst om, at i talesætte de fremtidige omstruktureringer og nedlukninger af afsnit på udefunktionen. Sammenholdt med den første ledertype, midtbanespilleren, så er der næsten samme form for stress og pres for de to ledertyper.

En anden leder føler sig presset, idet der forventes at komme yderligere besparelser på afdelingens budget fra direktionen, og han forbereder sig på endnu en gang at skulle optræde som en ond figur, der skal foretage upopulære fyringer af personale. Samme leder har i forbindelse med etableringen af udefunktionen, måtte tage en beslutning om enten at opretholde at have en klinisk funktion eller have en funktion som forskningsaktiv, idet der ikke var mulighed for at opretholde kompetencer på alle områder. Lederen siger dog spontant, at det ikke var noget svært valg.

Fællesområde mellem den givne og tagne rolle - anføreren

Figur 6. Anføreren - Fællesområdet mellem den givne og tagne rolle



Autoritet og motivation

Afdelingslederne i denne type udøver ansvarlighed for udførsel af hele opgaven. De lægger et stort personligt engagement i at få udefunktionen til at fungere tilfredsstillende. Lederne prøver i høj grad at imødekomme de forskellige forventninger, der stilles fra både direktion, lokalledere, medarbejdere og fra omverdenen. F.eks. siger en afdelingsleder, at den måde han selv får indflydelse på, er ikke ved at råbe højt i de formelle organisatoriske kanaler, men via netværk i alternative kanaler gennem Sundhedsfaglige råd, patientforeninger eller andre organisationer uden for hospitalet.

Lederne i denne gruppe har medarbejdernes opbakning til at løse den samlede opgave. Der gives derfor autorisation nedefra. Den gode, hyppige kontakt med både medarbejderen og direktion, giver afdelingslederen større legitimitet og bedre mulighed for at gennemføre de ubehagelige opgaver, som f.eks. at gennemføre besparelser og foretage fyringer.

En af lederne tilkendegiver, at han til en vis grad leder gennem lokallederne, idet han uddelegerer de fleste af ledelsesopgaverne til udefunktionerne, men at de med hensyn til det overordnede kan henvende sig til afdelingslederen. Denne leder *ville* egentlig gerne være til stede ved alle møder, men det er fysisk umuligt at leve op til dette ideal.

Ved at uddelegere ledelsesopgaver, får afdelingslederen deponeret autoritet fra medarbejderne og lokallederne, det vil sige tildeling af autoritet nedefra.

En afdelingsleder er meget opmærksom på at være bindeled mellem de to matrikler, og har nedsat arbejdsgrupper og teams på tværs af matrikler og afsnit. Læger og sygeplejersker bliver således motiveret til at arbejde sammen på tværs af matriklerne, hvilket har resulteret i en god kultur, gode patientforløb og tilfredse medarbejder.

Analysen viser, at denne type afdelingsledere med tæt kontakt til udefunktionen er markante i deres fremtoning i ledelsesrollen, de er hyppigt fysisk tilstede på udefunktionen markerer sig tydeligt overfor både direktion og medarbejderne. Afdelingslederne er meget reflekterende og udvider deres eget handlerum, planlægger de givne opgaver og former deres egen rolle. Det eneste der kan stresser lederen er, at han anvender meget af sin arbejdstid på at tage rundt mellem de forskellige matrikler. Afdelingslederen får tildelt en stor mængde autoritet oppe fra direktionen og fra medarbejderne på udefunktionen, som erkender lederens position og støtter fuldt op om den måde, lederen forvalter opgaven. På denne måde opnår afdelingslederen legitimitet. Anførerne er hele tiden tilstede for holdet og medarbejderne. Disse ledere er selv med til at definere dele af deres ledelsesrolle gennem deres rolleideal, de afventer ikke andres meninger, som f.eks. stillingsbeskrivelse eller evalueringer. Dette kan dog have den konsekvens, at medarbejderne på udefunktionen således får handlerum til at tage selvstændige beslutninger indenfor både ledelsesmæssige og faglige områder. Afdelingslederen i denne type har ikke nogen modstand mod at tilpasse sig rollen, og derfor er der et meget stort overlap i fællesområdet mellem den givne og den tagne rolle. Afdelingslederen sætter en stor del af dagsordenen selv og løser opgaven uden tegn til frustration ud fra de vilkår, der er i organisationen.

6.3 Afdelingsleder med begrænset tilstedeværelse på udefunktionen - målmanden

Afdelingslederen har begrænset tilstedeværelse og indflydelse på udefunktionen, hvor der er stor autonomi. Lederen tager kun et begrænset ansvar for opgaven. For denne type leder er det usikkert om der overhovedet eksisterer et overlap mellem den givne og den tagne opgave. Denne ledertype mangler en lokalleder på udefunktionen, og

udefunktionens effektivitet og produktion er afhængig af afdelingslederens tilstedeværelse.

Den givne rolle - målmanden

Stillingsbeskrivelser og kontrakter

Hovedopgaven for afdelingsledere i en hospitalsorganisation er beskrevet af hospitalsdirektionerne og Region Hovedstaden som helbredelse (Region H, 2007c). For den enkelte afdelingsleder er opgaven, at sørge for tilstedeværelsen af de nødvendige kompetencer til at løse denne opgave.

Et af de umiddelbare problemer for afdelingslederen på områdehospitalet er, at der sjældent foreligger konkret indhold i lederens stillingsbeskrivelse om, hvorledes udefunktionen skal håndteres, og der sjældent foreligger kontrakter for samarbejdet med nærhospitalets operationsgang og hospitalsdirektion. På den måde bliver der ikke afstukket faste rammer eller regler for, hvorledes afdelingslederen skal opfatte sin egen funktion og rolle i organisationen. En afdelingsleder illustrerer de manglende arbejdsbeskrivelser, som et problem for at bevare et positivt samarbejde, samt at det påvirker hans rolle som leder:

Der har været to modsatrettede opfattelser af dette. Direktionen på [Nærhospitalet] er vrede på mig, der sker det, at der modarbejdes, således at jeg ikke kan få patienter på mine lejer herude.[...]. Direktionen på [Nærhospitalet] er sure, de modarbejder, at patienterne får operationslejer hos os.

Citatet viser, at denne ledertype, i modsætning til de to andre ledertyper, efterspørger en kontrakt og manglen på konkrete stillingsbeskrivelser resulterer i, at afdelingslederen ikke føler han har formel ret til at bestemme over de lægelige eksperter og deres produktion på nærhospitalet. Der er således ikke klare spilleregler for lederen, og ansvarsfølelsen bliver påvirket, der er et mindre råderum mellem den givne og tagne rolle. Målmanden ved ikke, hvor han har sit hold og har svært ved at holde målet rent.

Evaluering

En lokalleder på en mindre udefunktion fortæller, at de krav, der stilles til ledelsesfunktionen, er som at sælge elastik i metermål, idet en hyppig formulering i aftalen er: "arbejdstilrettelæggelsen foregår efter aftale med afdelingsledelsen". Indenfor et enkelt kirurgisk område er der en konkret produktionsaftale, men de fleste

områder er helt uden evalueringsparametre. Lokallederen vælger så, at udnytte de manglende parametre til at flytte rundt på produktionen.

Evalueringen af lederen ligger overvejende på de økonomiske parametre:

Det er fordi, der sidder en anden afdelingsledelse, som bestemmer, hvad de skal lave. [Områdehospitalet] vil gerne holde på patienterne og ikke miste DRG-penge. Der er forskellige opfattelser.

Lederen bliver usikker på sin rolle, når der ikke evalueres, der holdes ikke møder, og der afstikkes ikke rammer for ledelsen. Målmanden føler sig alene og usikker.

Forventninger og uudtrykte følelser

I organisationen er der formelle og uformelle oplevelser af arbejdet i skellet mellem de opgaver, der skal løses og det følsomme aspekt i ledelsesarbejdet. En afdelingsleder fortæller, at han bliver mødt med forskellige krav fra de to hospitalsdirektioner, om hvor stor en mængde og hvilken type produktion, der skal ydes på udefunktionen, og oplever desuden et forskelligt værdigrundlag på de to matrikler. Han erkender, at der er en særlig kultur på nærhospitalet:

[...] for dem er [Områdehospitalet] stadigvæk et eller andet med, at det ikke er så hyggeligt, som det er derude. [...] og jeg kan godt se, at der en anden [Nærhospitals]- ånd eller hvad det nu er, de kalder den. Den er anderledes.

Aspekter med hensyn til forhold til medarbejdere, personaleomsætning og sygefravær er ikke omtalt i stillingsbeskrivelserne. Det er uklart for afdelingslederen, hvordan han skal agere i forskellige ledelsesmæssige situationer. Vi fik gennem interview situationen en fornemmelse for, at det var frustrerende for lederen.

En anden leder har nærmest opgivet at få integreret personalet på de to matrikler, idet han med frustration fortæller, han har smidt håndklædet i ringen. Han oplever, at han ikke har opbakning fra sin egen hospitalsdirektør og står i et dilemma mellem den opgave han har fået, de to hospitalsdirektioners forventninger til, hvordan han løser opgaven, og det han egentlig selv ønsker. Det virker som om, at medarbejderne på udefunktionen ikke er interesseret i at have nogen særlig kontakt til afdelingslederen. De ønsker ikke hans tilstedeværelse, og medarbejderne møder ikke op til fællesmøder. Dette er i god overensstemmelse med det, som den første type afdelingsleder, midtbanespilleren, erfarede med sine medarbejdere på udefunktionen.

En hospitalsdirektør har en forventning til afdelingslederen om, at udefunktionen bare skal fungere, og at det mere handler om mentale barrierer end om geografi. Direktøren mener, at en måde at få arbejdet på flere matrikler til at fungere på er, at investere i nogle cykler, så lægerne nemt kan skifte mellem hospitalerne, og dermed få nedbrudt de mentale barrierer mod at arbejde på flere matrikler. Men hospitalsdirektøren fortæller i samme anledning, at der fra direktionen ikke stilles konkrete krav til lederne af udefunktionerne, men at afdelingsledelserne selv skal tage ansvar for, at de har en udefunktion, der fungerer. En anden hospitalsdirektør angiver, at det udelukkende er afdelingsledelsens opgave, at sikre at der er kulturel fællesfølelse og fælles værdier på de to matrikler.

Afdelingslederen med begrænset kontakt til personalet får, i modsætning til afdelingslederen med tæt kontakt til personalet, begrænsede eller negative tilbagemeldinger fra personale og direktion på udefunktionen.

Afdelingslederen fremfører, at der var uudsagte forventninger til at få integreret personalet fra de forskellige kulturer i afdelingen, med henblik på at få øget effektiviteten af medarbejdere og operationsstuer. Til lederens store fortrydelse er der også et uformelt krav om at få løst et problem med en langtidssyg medarbejder på udefunktionen, som så skal dækkes fra områdehospitalet.

Den givne rolle for lederen med begrænset tilstedeværelse på udefunktionen er meget indskrænket. Det reducerer mulighederne for den enkelte afdelingsleder for at have en god fornemmelse for, hvordan opgaven bedst løses.

Den tagne rolle - målmanden

Eget rolleideal og ageren i rollen

Hos denne type leder opleves der uoverensstemmelser mellem hospitalsdirektionens forventninger til afdelingslederens performance, og dennes egen opfattelse af sin ageren i rollen. Sådanne situationer skaber følelsesmæssige reaktioner hos afdelingslederen. En afdelingsleder føler afmagt i samarbejdet og ved ikke helt, hvad hans ansvar egentlig er, han fortæller, at han føler sig reduceret til en statist, der udlejer arbejdskraft til et andet sted, men ellers ikke har nogen indflydelse på arbejdsprocesserne. Lederen beskriver, at det er demotiverende ikke helt at være klar over, hvordan den givne rolle er afstukket, idet lederen oplever konflikter, når han forsøger at tage rollen og agerer, på den måde han selv ønsker det. Denne rollebeskrivelser er i skærende kontrast til den måde afdelingslederen med tæt kontakt

til udefunktionen, anføreren, oplever og agerer rollen, hvor de selv helt bevidst tog sig en meget stor del af rollen, måske større end den er givet af organisationen.

På en udefunktion, hvor afdelingslederen har ringe kontakt til personalet og ikke agerer i sin rolle, siger lokallederen, at han ikke kan afvente svar på spørgsmål om planlægning og ansættelse af personale og afvikling af ferie- og fridage. Lokallederen tager derfor ofte selv sin del af rollen. Det medfører at den rolle, der bliver tilbage til afdelingslederen bliver tilsvarende mindre. Afdelingslederen har dog i sig selv et veldefineret rolleideal, og fungerer rigtig godt som leder i afdelingen på områdehospitalet, hvor der ikke er nogen større problemer med at få løst både den overordnede opgave og de daglige arbejdsopgaver. Målmanden har ikke optimal hjælp af medarbejderne, men forsøger hele tiden at motivere dem til at deltage i kampen og hjælpe med at holde målet rent.

Modstand mod at forandre sin rolle

Det kan lægge et pres på den enkelte afdelingsledelse og give ekstra opgaver, hvis lokallederen ikke tager rollen eller vælger at tilpasse *sin* rolle i forhold til hvilke opgaver, der optræder på udefunktionen. Der opstår et dilemma, idet der er uoverensstemmelse mellem afdelingslederens forventning til lokallederen og lokallederens rolleudfyldelse. Situationen kan frembringe frustrationer, som efterfølgende ligger et pres på afdelingslederen. En afdelingsleder tilkendegiver, at det er meget frustrerende at være leder for en udefunktion:

Vi nåede aldrig til det, der var hele meningen og fik ikke tænkt høje tanker [...], det har været en rigtig god sandkasse på den måde, at det har været en rimelig håbløs opgave.

Denne leder har valgt ikke at påtage sig rollen som en autoritet, og har ikke forsøgt at ændre forholdene på udefunktionen. Han siger samtidig, at han ikke havde forudset, at det var så vanskeligt. Han har en indre modstand mod at påtage sig rollen som leder, og irttesætte sine egne fagfæller, som han måske tidligere har været hierarkisk sidestillet med. I virkeligheden ville lederen måske hellere stå og operere, end at udøve ledelse, som kræver at man anvender andre sider af sin personlighed. Denne situation illustrerer et af de klassiske dilemmaer ved at være leder i en fagprofessionel organisation, hvor lederrollen bliver en hybrid mellem det at være både leder og fagprofessionel på samme tid.

Arbejdsrelateret stress og pres

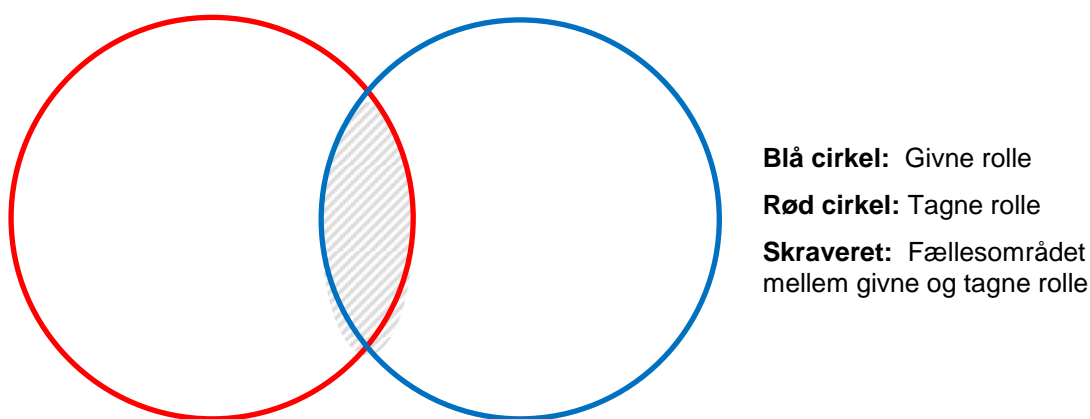
Vi har identificeret forskellige pres på afdelingslederen med begrænset tilknytning til udefunktionen. De konkrete stillingsbeskrivelser er mangelfulde i forhold til, hvordan lederen skal agere i spændingsfeltet mellem de to hospitalsdirektioner, som har helt forskellige dagsordener, og stiller forskellige krav til produktionen på udefunktionen. Lederen angiver med ærgrelse og frustration, at han ikke føler, han har nogen form for indflydelse på de arbejdsopgaver, der ligger på udefunktionen og ej heller indflydelse på lægernes arbejdstilrettelæggelse. Afdelingslederen fortæller, at han har det elendigt med følelsen af ikke at kunne håndtere udefunktionen, som han egentlig gerne ville.

Fællesområde mellem den givne og tagne rolle - målmanden

Autoritet og motivation

De afdelingsledere, som ikke har så megen tilknytning til udefunktionen, bliver aldrig en fremtrædende lederfigur for medarbejderne, og giver ikke sig selv mulighed for at agere som den faktiske leder. Lederen får hverken givet autoritet oppefra, nedefra, eller udnytter sin egen autoritet indefra.

Figur 7. Målmanden - Fællesområde mellem den givne og tagne rolle



For enkelte afdelingsledere betyder det, at de kan få fornemmelsen af, at de ikke har helt overblik over, hvad der foregår på udefunktionen, og hvordan de som ledere

kommer i kontakt med de rette personer. Dette aspekt fremgår af en afdelingsleders udtalelse:

Men kommer jeg tilfældigt derud, og siger "Jeg er den ledende overlæge" så aner de ikke hvem jeg er og de tænker, ja, det er godt med ham. Så skal jeg helt derud, hvor jeg hiver mit skilt op af lommen og siger: Jeg hedder Jens Jensen. [...] Det virkede helt kikset og så virker jeg ikke som leder, men som en politimand, der kommer og kontrollerer, hvad de laver.

Ligeledes fortæller samme afdelingsleder, at han efterfølgende kan se, at det var en fejl, at han ikke insisterede på at udnævne en lokalleder, og dermed sætte sig i respekt overfor personalet, som modarbejdede ansættelsen af en lokalleder. Lægerne på udefunktionen har tilkæmpet sig en del af autoriteten, således at afdelingslederen ikke får tildelt sin part af lederrollen. Afdelingslederen har ikke mulighed for at udvikle og designe den rolle, han ønsker at spille i dagligdagen, og får den heller ikke tildelt af personalet. Dermed opstår et dilemma, da der er uoverensstemmelse mellem personalets holdning til, hvordan lederens rolle burde være og den måde lederen selv agerer i rollen. Sammenfattende kan det anføres, at afdelingslederen ikke gør så meget for at motivere medarbejderne på udefunktionen til at blive en del af den store afdeling.

En lokalleder på en udefunktion, hvor afdelingslederen kun er tilstede i begrænset omfang udtaler, at hans personale anser ham for at være den faktiske leder, hvilket indikerer, at personalet giver lokallederen autoriteten nedefra. Afdelingslederen kan derfor ikke opnå denne del af autoriteten, fordi lokallederen tildeles autoriteten i stedet for.

Dette illustreres ligeledes på en anden udefunktion, hvor en lokalleder gerne vil have den autoritet, der ligger i ledelsesrollen, men ikke selv har fået den tildelt oppefra sin afdelingsledelse. I denne situation oplever lokallederen et pres fra sine medarbejdere om at handle, og løse de lokale problemer, f.eks. ansættelse af personale, således at driften kan fungere.

[...] Vi havde faktisk fundet en vikar, som ville komme ind og dække en periode. Da vi så faktisk havde lavet en aftale om at vedkommende skulle starte, så fik vi besked om, at det kunne vi ikke bare få lov til. Det kunne vi ikke selv beslutte.

Selvom lokallederen vitterlig ønsker at udfylde rollen, tildeler afdelingsledelsen ham ikke autoriteten. Lokallederen har ligeledes haft kontroverser med afdelingsledelsen i

forhold til prioritering af kurser til personalet, detaljer om operationer og arbejdstilrettelæggelse.

Analysen af målmanden ledertype viser, at det kendetegner denne type afdelingsleder, at der i udtalt grad mangler konkrete aftaler og evaluering mellem lederen, direktionen og medarbejdere. Det har stor betydning for, hvorledes afdelingslederen kan udfylde sin rolle. Der er også en mangel på tilbagemelding fra direktion og specielt fra de fagprofessionelle på udefunktionen. Det gør det vanskeligt for afdelingslederen at agere i sin rolle og afstikke sit eget handlerum. Afdelingslederen har et oprigtig ønske om at løse opgaven, og er også reflekterende, men det lykkedes ikke på grund af at kulturen på de to matrikler er meget forskellig, hvorfor lederen kan føle sig frustreret og stresset. Lederen ikke får tildelt autoritet hverken oppefra direktionen eller nedefra medarbejderne på udefunktionen.

For lederen med begrænset tilstedeværelse på udefunktionen er der et meget lille overlap i området mellem den givne og tagne rolle, og hver især er de to roller relativt små. Lederen har en relativ stor tyngde i den følelsesmæssige system, og ønsker egentlig ikke at påtage sig den rolle, der er nødvendig for at få løst opgaven.

6.4 Delkonklusion

Ovenstående analyse af de tre typer afdelingsledere, midtbanespilleren, anføreren og målmanden viser, at den umiddelbare forskel mellem disse er den måde, de enten udvider eller begrænser deres eget handlerum, og i hvor stort omfang lederen tildeles autoritet fra omgivelserne i kombination med sin egen indre autoritet.

Den mest karakteristiske forskel er graden af overlap mellem den givne og tagne rolle. Størrelsen af overlappet mellem rollerne afhænger af flere parametre. For det første af hvorledes rollen bliver givet af organisationen, både med hensyn til de fastlagte opgaver og kontrakter, men også de uudtrykte forventninger og følelser. Dernæst afhænger overlappet af, hvor meget lederen er fysisk tilstede, hvordan lederen agerer og tager sin del af den givne rolle. For det tredje afhænger rollen af, hvordan parterne forhandler sammen om fællesområdets form og størrelse.

Afdelingslederen der leder gennem lokalledere er god til at få informationer, er lidt defensive, men har et godt overblik over opgaverne, så lederen kan blive offensiv og sætte ind, når det er nødvendigt for at få udefunktionen til at løse opgaven. I

modsatning hertil er afdelingslederen med tæt kontakt til udefunktionen, som hele tiden proaktive, sætter dagsordenen, men har ikke brug for klare dessiner om hvorledes opgaverne skal løses. Den tredje ledertype, som har begrænset kontakt til udefunktionen, har en afventende og defensiv holdning, de forsøger at komme frem på banen og tage opgaven, men får den ikke helt løst. Når der er problemer, kan det ske, at lederen overvåger de fagprofessionelle for at løse opgaven.

Dette kapitel afslutter afhandlingens analyse af det andet undersøgelsesspørgsmål. Herefter følger en diskussion og en samlet konklusion.

7.0 Diskussion og konklusion

Dette kapitel indledes med en diskussion af afhandlingens undersøgelsesspørgsmål og de implikationer afhandlingen giver anledning til. Kapitlet rundes af med en samlet konklusion, der dannes på baggrund af en refleksion over afhandlingens teoretiske og empiriske materiale.

7.1 Diskussion af ledelsesdilemmaer

Afsnittet indledes med en diskussion af afhandlingens to undersøgelsesspørgsmål, der er: *Hvordan opstår og håndteres ledelsesdilemmaer ved ledelse på flere hospitalsmatrikler? Og hvordan håndterer afdelingslederen sin ledelsesrolle i presset mellem hospitalsdirektion og lokaledelse ved ledelse på flere hospitalsmatrikler.* Der kan trækkes følgende fire dilemmaer frem.

Arbejdsdeling og kontrakter

Afdelingslederen oplever et dilemma, når der ikke foreligger kontrakter, og der ikke er aftalt formaliserede møder med de involverede parter, idet det kan betyde, at der opstår mistro fra begge sider. For både midtbanespilleren og anføreren har manglen på kontrakter og møder, ikke så stor betydning, da de har godt overblik over opgaven, og løser den selvstændigt uden formaliserede aftaler. For målmanden er det dog et dilemma, han oplever, at direktionerne er uenige om, hvor opgaverne skal placeres.

Vi udleder af dette, at det er vanskeligt for afdelingslederen at sikre, at de rette kompetencer i forhold til opgaven. Det bliver vanskeligt for afdelingslederen at fordele arbejdet, og organisere afdelingen som ét hele, og dermed reduceres effektiviteten. Det kunne være en fordel for organisationen, at ledelsen på direktionsniveauerne sammenlægges.

De autonome fagprofessionelle

Det er ofte et dilemma for afdelingslederen, at han ikke kender medarbejderne på udefunktionen særlig godt. Selvom lederen fysisk møder op på udefunktionen, er lederen alligevel på besøg, møder ikke kollegaerne i deres funktioner, eller til deres

konferencer, og får derfor ikke mulighed for at udøve indoktrinering. Generelt har afdelingslederen en vis indbygget modstand mod at kontrollere de fagprofessionelle i ekspertfunktionerne, og ligeledes ønsker de fagprofessionelle, at foretage tilrettelæggelse og løsning af opgaverne uden indblanding. Analysen viser, det er svært at opnå legitimitet fra de fagprofessionelle, hvis man som leder ikke er særligt meget til stede.

Alle tre ledertyper erkender dilemmaet og udtrykker, at kulturen er en væsentlig faktor for, hvordan kompetencer og arbejdsgange ændres på udefunktionen. Vi opfatter dog, at afdelingslederne ofte bruger begrebet ”kulturen” som et røgslør for, hvor svært det er at lede fagprofessionelle, og dermed giver kulturproblemerne afdelingsledelsen en form for legitimitet til netop *ikke* at gøre noget. Det kan tyde på, at afdelingslederen i virkeligheden må supplere og ændre sin rolle for at kunne motivere personalet og dermed imødekomme de udfordringer, der opstår, når arbejdsdelingen og koordinationsmekanismerne ikke fungerer tilfredsstillende. Lederen skal fremstå som det gode eksempel, skal selv have faglig indsigt i de opgaver, der løses på udefunktionen, og derudover skal han være anerkendt for sine ledelsesmæssige kompetencer.

Hvis opgaverne ikke løses optimalt på udefunktionen, kan det blive nødvendigt at overgå til tættere koordination i form af direkte overvågning af arbejdsprocesserne på udefunktionen.

Dysfunktion af dueslagsprocessen

Dilemmaet opstår, hvis den horisontale jobspecialisering bliver alt for høj på udefunktionen, hvor der kun foretages få udvalgte operationer. Effektiviteten på udefunktionen reduceres, hvis lægen med de specifikke kompetencer ikke kan rekrutteres til at udføre operationen, eller hvis patienter har flere sygdomme, hvilket kan medføre, at der mangler støttefunktioner til, at det samlede patientforløb kan udføres. Lederen har derfor et ønske om at udvide jobfunktionen hos de fagprofessionelle. Men omvendt ser de fagprofessionelle deres specifikke kompetencer som deres force, og ønsker ikke at udvide deres funktionsområde. Vi kan derfor stille spørgsmålstegn ved, om dueslagsprocessen egentlig er et effektivt middel til at fordele opgaverne med. Det kan blive et problem i organisationen, da dueslagsprocessen

netop er en forudsætning for arbejdsdeling i den højt specialiserede fagprofessionelle organisation.

Når dueslagsprocessen ikke fungerer, bliver lederen nødsaget til at skifte koordinationsmekanisme fra standardisering af færdigheder, via udøvelse af skøn, gensidig tilpasning over standardisering af arbejdets kvalitet til direkte overvågning.

Analysen viser, at der er forskel på hvilken koordinationsmekanisme den enkelte ledertype vælger at anvende.

Ovenstående diskussion om de ledelsesmæssige dilemmaer for afdelingsledere med udefunktioner viser, at lederne har problemer med koordinering af opgaverne på udefunktionerne, og allokering af både patientkategorier og lægelige eksperter til den specielle funktioner. Det virker som om, at ressourcerne ikke bliver udnyttet på en hensigtsmæssig måde, da udefunktionerne er små og sårbare, og har vanskeligt ved at omstille sig hurtigt på grund af den høje jobspecialisering.

Træk og pres

Et fjerde dilemma er, at organisationen ikke kan ændre sig så hurtigt som hospitalsplanen fra 2007 fordrer. Den fagprofessionelle organisation fungerer bedst, når omgivelserne er stabile, men omgivelserne i Region Hovedstaden er netop *ikke* stabile, da funktioner på hospitalerne er flyttet meget rundt.

På det personlige niveau stresser og presser det alle tre rolleindehavere at lede på flere matrikler, men det opleves og tackles i meget forskellig grad. Det er et problem for afdelingslederen, at han bliver presset både fra direktionen og fra medarbejderne. Direktionen ønsker at centralisere ledelsesprocessen, mens medarbejderne har interesse i, at få trukket så meget som muligt af beslutningskompetencen decentralt til produktionskernen på udefunktionen. Det kan være et tegn på, at der i organisationen hersker en konkurrence om, at kunne kontrollere og lede de arbejdsmæssige territorier.

Analysen viser, at afdelingslederne er lidt afventende, i forhold til forestående besparelser og pludselige organisationsændringer i regionen. Lederne tager ingen drastiske skridt til at løse ledelsesmæssige problemer, f.eks. er der ingen, der gennemtvinger personalerotationer mellem matriklerne, eller flytter medarbejdere til områdehospitalet.

Afdelingslederens følelse af, at være udsat for et pres fra organisationen, afhænger af hvordan lederen bliver mødt af organisationen. Vi vurderer, at når direktionen involverer sig i en stor del af ledelsesopgaven, reduceres afdelingslederens formelle autoritet. Han må derfor anvende sin indre autoritet for at løse opgaven. Det er netop sådan anføreren agerer, idet han er proaktiv og hele tiden er opmærksom på, at få taget de vigtigste ledelsesmæssige beslutninger. Rolleanalysen har påpeget, at flere af lederne er opmærksom på, at lade de fagprofessionelle tage de ledelsesmæssige beslutninger, der er nødvendige på udefunktionen, uden at lederne selv vil opfatte det som et pres.

Spørgsmålet er, hvilken type afdelingsleder der er brug for i den fagprofessionelle organisation? Vi mener, at en fagprofessionel leder med indsigt i både de brede såvel som de specifikke opgaver, kan gå direkte ind i organisationen og stille spørgsmål til opgaven. Ledertypen, der behersker denne opgave, er som omtalt i indledningen en hybridleder (Jespersen, 2005, s. 16).

Gennem diskussionen af vores empiriske materiale, står det tydeligt frem, at informanterne finder opgaven som hybridleder på en udefunktion ekstraordinær vanskelig på grund af de pres og dilemmaer, der opstår, når de lægelige eksperter på udefunktionen distancerer sig fra afdelingslederen samtidig med, at der er forskellige forventninger fra både de involverede direktioner, men også fra lokalledere og medarbejdere.

De fire dilemmaer kan umiddelbart få de organisatoriske processer til at bryde sammen, og det virker som om, at udefunktionerne er dømt til at mislykkes. Den eneste grund til at det alligevel synes at fungere er, at afdelingslederne brænder så meget for deres ledelsesfunktion og faglige område, at de formår at tilpasse deres rolle til de givne omgivelser. Hermed illustreres det med stor tydelighed, at lederrollen kan forvaltes på forskellig måde, afhængig af den givne opgave og det, den enkelte leder investerer af sine følelser i rollen.

7.2 Konklusion

Vi trækker os nu ud af spillet. Vi har i afhandlingen undersøgt, hvorledes ledelsesdilemmaer opstår og håndteres, samt hvordan afdelingslederen håndterer sin ledelsesrolle i presset mellem direktion og lokaledere ved ledelse på flere matrikler. På baggrund af analysen og sammenfatningen, kan vi konkludere at,

Ledelsesdilemmaerne opstår:

- Fordi der er en mangel på kontrakter, og derfor opstår der et vakuum, hvor de to hospitalsdirektioner fra henholdsvis område- og nærhospital modarbejder hinanden. Dermed reduceres afdelingslederens mulighed for at anvende dueslagprocessen som middel til at arbejdsdele med. Desuden har lederen ikke tillid til, at koordinationsmekanismen standardisering af færdigheder fungerer.
- Fordi de fagprofessionelle på udefunktionen med lav vertikal jobspecialisering ikke er interesseret i at *blive* ledet af en udefra kommende leder og ikke vil anerkende en, der ikke er tilstede. Afdelingslederen kender ikke de fagprofessionelles kompetencer, og kan derfor ikke koordinere arbejdet udelukkende med standardisering af færdigheder, men må anvende direkte overvågning, der kræver tilstedeværelse.
- Fordi udefunktionens samlede kompetencer på grund af høj horisontal jobspecialisering ikke kan håndtere de komplekse patientkategorier, der visiteres til udefunktionen. Risikoen er, at der koordineres ved udøvelse af skøn, og at standardisering af arbejdets resultat reduceres.
- Fordi afdelingslederen presses, når omgivelserne hele tiden ændrer de opgaver han får, han oplever samtidigt et træk fra direktioner og medarbejdere på to forskellige matrikler.

Ledelsesdilemmaer håndteres af afdelingslederne på følgende forskellige måder:

- Lederen er afventende, når der er overensstemmelse mellem de formelle og uformelle forventninger, der stilles til lederen og lederens eget rolleideal. Lederen ændrer sin rolle til at være proaktivt agerende, når der er tegn til, at der opstår problemer på udefunktionen.

- Lederens håndtering er meget afhængig af den autoritet, han tildeles af henholdsvis direktion og lokalledere, som udvider eller begrænser hans handlerum, men endnu mere afhængig af sin indre autoritet og sit eget rolleideal.
- Lederen har modstand mod at tage ubehagelige beslutninger og kan trække sig lidt tilbage fra den aktive lederrolle. I særligt vanskelige situationer, tager han trods alt alligevel ledelsesrollen på sig, og får løst problemerne.
- Lederen, der har en tæt kontakt til udefunktionen, har lettere ved at motivere medarbejderne og få opbakning til at få løst den samlede opgave.

Sammenfattende bringer disse konklusioner os frem til følgende ledelsesmæssige implikationer for det fremtidige sundhedsvæsen i forbindelse med etablering af eventuelle udefunktioner:

- Afdelingslederen skal udover at være fagligt godt funderet, besidde generelle ledelseskompetencer.
- Der skal være en lokalleder på udefunktionen, der har ansvar og kompetencer til at påtage sig den daglige ledelse og en vis reference til direktionen på nærhospitalet.
- Der skal udarbejdes kontrakter til at afgrænse og beskrive samarbejdet mellem afdelingslederen, lokallederen og de implicerede direktioner.
- Den nuværende organisering med en hospitalsdirektion på hvert enkelt hospital bør erstattes med en områdedirektion, der dækker hospitalerne i det enkelte planområde.
- Såfremt udefunktioner etableres, skal de have et rimeligt personalevolumen, således at det sikres, at produktionen altid kan forløbe effektivt.
- Opgaverne på udefunktionen skal være identiske med opgaverne på områdehospitalet for dermed at sikre, at personalets kompetencer altid kan udnyttes optimalt.

7.3 Epilog

Ovenstående analyse, diskussion og konklusion bygger på en empirisk undersøgelse, med visse styrker og svagheder. Validiteten af de indsamlede data kan bringes i tvivl, ligesom vi kan have fejlfortolket dem. I denne undersøgelse hæfter vi os særligt ved vores manglede erfaring som interviewere og samfundsvidenskabelige forskere. Det har givet en lidt løsere interview struktur, og kan have givet en utilstrækkelig bearbejdning og kategorisering af data. Kategoriseringen af afdelingslederne i de tre ledertyper, beskrevet som metaforerne midtbanespiller, anfører og målmand, er fremkommet gennem en generalisering og fortolkning af de citater, som bevidst er udvalgt på baggrund af den opfattelse, vi fik af afdelingslederens personlige fremtræden i forbindelse med interviewet.

Afhandlingens teoretiske ramme består af to teorier, som supplerer hinanden godt. Mintzbergs teori om organisationsformer beskriver den strukturelle opbygning af sundhedsvæsenet, hvorimod Krantz og Maltz's teori om rollebegrebet, gør det muligt for os at undersøge den personlige del af ledelsesrollen. Valget af disse teorier betyder, at andre perspektiver afskæres, hvorfor det eksempelvis ikke vises i afhandlingen, hvordan ledelsesdilemmaer ved ledelse på flere matrikler kan påvirkes af beslutningsprocesser. I forhold til vores undersøgelsesspørgsmål kunne det have været relevant, at undersøge lederens interaktion med de forskellige samarbejdspartnere. Hvis dette var ønsket ville vi have haft mulighed for at betragte lederens reelle handlinger i mange sammenhænge, som kunne have givet afhandlingen et andet men væsentligt perspektiv.

Med disse ord leder vi frem til afhandlingens perspektivering.

8.0 Perspektivering

I afhandlingen vises, at det at lede på to matrikler, giver anledning til, at der opstår en række ledelsesdilemmaer. Den måde de håndteres på, er afhængig af, indenfor hvilken ramme opgaven bliver givet, og hvordan afdelingslederen efterfølgende tager den personlige del af rollen, agerer og udvider spillerummet for rollen. Uanset hvorledes afdelingslederen vælger at agere, så viser det sig, at alle ledere løser opgaven med at få udefunktionen til at fungere, dog med varierende grader af frustration.

Årsagen til, at opgaven generelt lykkes for de typologisk forskellige ledertyper, mener vi skyldes, at lederne formår at skabe en varierende grad af mening for medarbejderne. Et vigtigt parameter i forbindelse med at skabe mening, er interaktionen mellem leder og medarbejdere. Hvis lederen formår at overbevise medarbejderne om, at de skal følge ham, er der stor sandsynlighed for at opgaven med at lede på flere matrikler lykkes (Pye, 2005, s. 45). Ovenstående harmonerer godt med resultatet af vores undersøgelser, der viser, at det at lede på flere matrikler, lykkes bedst for den leder, der har tættest kontakt til medarbejderne på udefunktionen.

Der er flere andre forhold, der afgør om det lykkes for lederen at skabe mening, bl.a. vægtes det, at kunne inddrage fortidens erfaringer i nutiden og dermed skabe følgeskab fra medarbejderne, idet det er den person der skaber følgeskab, der er leder. I vores analyse ses, at målmanden ikke er opmærksom på at være til stede på udefunktionen, hvilket gør det vanskeligt for ham at opnå troværdig blandt medarbejderne, en troværdighed der er afgørende i forbindelse med at skabe følgeskab. Når der ikke er respons fra følgeskabet, er der mindre chance for at implementeringen lykkes (Pye, 2005, s. 43). Vi mener, at lederen der formår at skabe følgeskab, opnår at medarbejderne accepterer og forstår meningen med udefunktionen, og dermed bliver rollen som leder på flere hospitalsmatrikler præget af færre dilemmaer.

Disse betragtninger leder os frem til en afsluttende refleksion over titlen på afhandlingen: "Lederen i spil på flere matrikler – en udfordring i sundhedsvæsenet", idet vi mener, at udefunktionerne generelt er en udmærket organisering i sundhedsvæsenet, der kan tilgodese flere forskellige interesser og implikationer, men hvis man ønsker at få en leder i spil på flere matrikler, bør det gøres under hensyntagen til denne afhandlings anbefalinger.

9.0 Referencer

- Andersen, Ib (2005). *Den skinbarlige virkelighed – vidensproduktion inden for samfundsvidenskaberne*. 3. udgave. Forlaget Samfundslitteratur.
- Helth, Poula (red.) (2009). *Lederskabelse - det personlige lederskab*. Kapitel 8. Samfundslitteratur.
- Jespersen, Peter Kragh (2005). Den tredje vej? Generalister, fagprofessionelle eller hybridledere som fremtidens ledere i sygehuse.
- Krantz, James & Maltz, Marc (1997). *A framework for consulting to organizational role*. Consulting Psychology Journal, Practice and Research, 49, (2):137-151.
- Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2009). *Interview. Introduktion til et håndværk*. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag.
- Leech, Beth L (2002). *Asking Questions: Techniques for Semi structured Interviews*. Political Science & Politics 35:665-668.
- Mintzberg, Henry (1979) *The Five Basic Parts of the Organization*. I: "Classics of Organization Theory", J. M. Shafritz & J. S. Ott (eds.), Fifth Edition, Fort Worth: Harcourt College Publishers: 222-233.
- Mintzberg, Henry (1983). *Structures in Fives. Designing effective organizations*. Pearson Education Limited, Edinburgh Gate.
- Pye, Annie (2005) Leadership and organizing: Sensemaking in action. Sage Publications. London. Vol. 1(1):31-50.

Dokumenter:

- Region Hovedstaden (2007a). Hospitalsplan 2007.
- Region Hovedstaden (2007b). Højt kvalificeret behandling tæt på borgerne. Hospitalsplan 2007.
- Region Hovedstaden (2007c) Region Hovedstadens ledelsespolitik.

Region Hovedstaden (2007d) Strukturplan for ledelsen i Region Hovedstadens Virksomheder.

Region Hovedstaden (2007e). Hospitalsprofiler, samarbejds- og udefunktioner på hospitalerne i Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden (2008) Dialogaftaler 2008.

Region Hovedstaden (2009). Afrapportering på dialogaftaler 2008.

Region Hovedstaden (2010a). Kontrakt mellem X hospital og X hospital om udefunktion på X hospital. Version 2.1.

Region Hovedstaden (2010b). DSB-direktøren: Engagementet var til at tage og føle på. Indlæg på Region Hovedstadens intranet d. 25. marts 2010.

Sundhedsstyrelsen (2007). Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsberedskab.

10.0 Bilagsfortegnelse

1. Interviewguide afdelingslederniveau
2. Interviewguide direktionsniveau

Bilag 1.

Interviewguide til Afdelingslederniveau

Tak fordi du ville bruge tid på at tale med os

Vi er alle ansat i ledelsesfunktioner i Regions Hovedstaden og er masterstuderende på CBS på Frederiksberg.

Vores masterprojekt handler om ledelsesvilkår af afdelinger med udefunktioner i Regions Hovedstaden. Vi er i gang med at indsamle empirisk viden i form af en række interview med afdelingsledelser og enkelte fra direktionerne.

Vi har afsat 45 minutter til 1 time, det er primært mig, der taler med dig.

Alt er selvfølgelig konfidentielt, vi optager interviewet på bånd.

Er der noget du vil spørge os om inden vi går i gang?

- 1) Hvordan fungerer *jeres* udefunktion
- 2) Kan du beskrive dit samarbejde med de lokale afsnitsledere på udefunktionen
 - Har du eksempler på at det har fungeret dårligt / godt
- 3) Hvad gør *du* for at tilgodese og være synlig på nærhospitalet (udefunktionen) i forhold til områdehospitalet?
 - Har du ex. et kontor på nærhospitalet?
 - Har du tænkt over nogle ting du kunne gøre?
 - Hvordan fordeler du din egen ressource mellem de to funktioner?
 - Hvordan fordeler du afdelingens samlede ressourcer mellem de to funktioner
- 4) Hvad er formålet med udefunktioner efter *din* opfattelse?
 - a) Kan du give nogle eksempler på dette?
 - b) Er der nogen der er uenige med dig i dette synspunkt?

- 5) Har du kendskab til at der er udarbejdet kontrakt vedrørende jeres udefunktion
- Hvordan synes *du* kontrakten om udefunktionen fungerer i praksis?
 - Indeholder kontrakten nogen klare aftaler om hvordan man agerer som leder på flere matrikler?
 - Angiver kontrakten hvem DRG indtjeningen tilfalder, jer eller X-hospital?
 - Er der nogle dilemmaer i den afregning, der kan påvirke samarbejdet i øvrigt?
 - Har du forslag til forbedringer af kontrakten?
- 6) Hvordan sikrer *du* som afdelingsleder det faglige kvalitet på jeres udefunktion?
- a) Både mht. operationer og hele patientforløbet
 - b) Oplever du at der er nogle dilemmaer i jeres standarder på område hospital vs. nærhospital
- 7) Hvordan sikrer du dig, at personalet der arbejder på nærhospitalet, men er ansat på et områdehospital inddrages ved ændrede arbejds gange?
- a) Kan du give nogle eksempler på dette?
 - b) Oplever du nogen dilemmaer i forbindelse med dette?
- 8) Hvordan sikrer du, at der er tilstrækkelig information og kommunikation af ledelsesmæssige budskaber til nærhospitalet?
- a) Hvordan opfatter du dig, som forbindelsesled mellem de to funktioner?
 - b) Føler du et stærkere tilhørsforhold til område hospitalet end til nærhospitalet?
- 9) Hvordan opfatter du *din* rolle som afdelingsleder i forbindelse med udefunktionen?
- a) Hvad har du helt konkret gjort for at skabe fællesskabsfølelse de to matrikler imellem
 - i) Kan du give et eksempel
- 10) Hvad forventes der af dig fra direktion som leder på to matrikler
- a) Fra områdehospitalet?
 - b) Fra nærhospitalet?
 - c) Blev din stillingsbeskrivelse ændret i forbindelse med indførsel/ændring af udefunktion
- 11) Hvordan bliver din funktion som afdelingsleder opfattet på udefunktionen?
- a) Hvem anser personalet på udefunktionen som den reelle leder?
 - b) Hvem har den reelle magt, oplever du, at der er et storebror/lillebror forhold?
 - c) –Hvis ja, er det et reelt problem?
- 12) Hvad er din fornemmelse for hvordan personalet opfatter udefunktioner?
- a) Har du nogen eksempler?
 - b) Hvor tror du at de føler sig hjemme / føler de sig rodløse?

- 13) Hvilke ledelsesmæssige udfordringer skaber det i hverdagen, at der på en matrikel arbejder personale som er knyttet til en anden ledelse?
- a) Hvilke dilemmaer kan der opstå, når lægerne på udefunktionen ledes fra områdehospitalet, mens sygeplejerskerne ledes lokalt, f.eks. på X-hospitals operationsgang?
 - b) Vi har erfaret, at der har været dilemmaer mellem forskellige afsnit i samme speciale (ortopæd/kir), kan du uddybe dette?
 - c) Har du løsninger på de udfordringer?

- 14) Hvilke koordinationsdilemmaer opstår der typisk mellem de to hospitaler?
- a) Kan du give nogle eksempler
 - b) Hvad har du helt præcist gjort?

Er der formelle mødefora, hvor direktører og afdelingsledelser der samarbejder om udefunktioner mødes?

- a. Hvis ja, - hvordan fungerer disse mødefora?
- b. Hvis ikke – ville det give nogen mening med et sådant møde fora?

- 15) Hvordan mener du, at personalet håndterer muligheden for selvledelse og autonomi på nærhospitalet?
- a) Kan du give nogle eksempler?

- 16) I de tilfælde, hvor personalet er ansat under forskellige ledelser, hvordan beslutes det f.eks. at operationerne skal gennemføres eller aflyses?

- 17) Hvordan er lægernes effektivitet i forbindelse med udefunktion
- a) Eksempel: Er det et dilemma, at personalet går tidligt hjem?

- 18) Hvordan er din *egen holdning* til udefunktioner?

- 19) Hvordan ser de ledelsesmæssige udfordringer ud fra Områdehospitalets perspektiv?

- 20) Hvordan vil *du* ønske organiseringen af hospitalsvæsenet i Region Hovedstaden ser ud om 5 år?

- a) Tror du udefunktioner stadig består om 5 år?

- 21) Hvordan opfatter du mulighederne for at lave disse forandringer?

Bilag 2.

Interviewguide - Direktions niveau

Tak fordi du ville bruge tid på os

Præsentation af os

Præsentation af vores projekt

- Vores masterprojekt handler om ledelsesvilkår af afd. med udefunktioner i Region Hovedstaden.
- Vi er i gang med at indsamle empirisk viden i form af en række interview med afdelingsledelser og enkelte fra direktionsniveauet.

Vi er nysgerrige på hvordan det fungerer med udefunktionerne.

Vi forestiller os at vi skal bruge ca. 45 min. – 1 time til dette interview.

Vi har valgt at det er primært mig, der taler med dig, og at xx supplerer der hvor der er brug for det..

Alt er selvfølgelig fortroligt.

- Vi vil gerne optage interviewet på bånd – hvad siger du til det?

Er der noget du vil spørge os om inden vi går i gang?

- 1 Hvilke vanskeligheder ser du i udefunktionerne? (fordele/ulemper i vanskelighederne?)
 - c. Hvad er det for opgaver du synes er vanskelige
 - i. Er dine kollegaer enige i det?
 - d. Hvis det ikke er vanskeligt at lede udefunktioner
 - i. Hvad er det du gør, som medvirker til at det ikke er vanskeligt?
 - ii. Vil dine kollegaer være enige med dig i det her?
- 2 Vi er meget nysgerrige på, hvad det er for en ledelsesmæssig opgave, det er der skal løses i forbindelse med udefunktioner? (– vi har spec. fokus på afdelingsledelserne)
 - a. Hvad ser du som afdelingsledelsernes hovedopgave i forhold til udefunktionerne?
 - b. Er der nogen specielle opgaver du som direktør skal være opmærksom på, i forhold til dine afdelingsledelser?
- 3 Hvordan fungerer *jeres* udefunktion på X-hospital? Der er nogen der siger, at der kan være ledelsesmæssige problemer i forbindelse med ledelse af udefunktioner.
 - a. Er det også et problem her på hospitalet?

- 4 Er der nogle specielle de krav du som direktør stiller til de afdelingsledelser som er involveret i udefunktioner?
 - a. Kan du beskrive nogle specielle opgaver der er i dit samarbejde med afdelingsledelserne i forhold til udefunktioner?
 - i. hvilke opgaver fylder ledelsesmæssigt?

- 5 Kontrakterne der udarbejdes i forhold til udefunktioner – hvordan fungerer de i praksis?
 - a. gør ledelserne det der står i kontrakten? - eller overholdes de skrevne aftaler ikke?
 - i. Kan du give nogen eksempler på dette? (Standardisere output)
 - b. har du forslag til nogen forbedringer i forhold til kontrakterne?

- 6 Indeholder kontrakterne nogle klare aftaler om, hvordan man agerer som leder på flere matrikler?
 - a. hvilket samspil er der imellem dig og afdelingsledelserne i forhold til de aftaler der er i kontrakterne.
 - i. Giver det nogle udfordringer
 - ii. Kan du give et eksempel?

- 7 Er der formelle mødefora, hvor direktører og afdelingsledelser der samarbejder om udefunktioner mødes?
 - a. Hvis ja, - hvordan fungerer disse mødefora?
 - b. hvis ikke – ville det give nogen mening med et sådant mødefora?

- 8 Hvad er det for udfordringer, ledelserne har i forhold til udefunktion?
 - a. Direktionen i forhold til afdelingsledelserne
 - i. Kan du give et eksempel?
 - b. udfordringer for afdelingsledelserne?
 - i. Kan du give et eksempel?

- 9 Hvilke fordele ser du i udefunktionerne?
 - a. Hvornår er det klart en fordel at der eksisterer udefunktioner?

- 10 Hvad er det sværeste ved koordinering af udefunktioner, rent ledelsesmæssigt?
 - a. Hvilken rolle har enhedernes størrelse?
 - i. Kan du give et eksempel?

- 11 Hvordan sikrer du en god koordinering i udefunktionerne?
 - a. Hvordan gør du det helt præcist?
 - i. Kan du give nogle eksempler på, hvordan du har gjort?

- 12 Oplever du at afdelingsledelserne tackler koordinering forskelligt?
- Giv et eksempel?
 - Hvordan håndteres denne forskellighed?
 - Er den frugtbar?
 - Er den problematisk?
- 13 Hvordan oplever du afdelingsledelserne ser på deres rolle, når de har ledelse af flere matrikler?
- Bliver de accepteret i deres rolle på begge matrikler?
 - Agerer de forskelligt i deres roller?
 - Kan du give nogle eksempler?
 - Hvordan håndteres disse situationer?
- 14 Taler du med afdelingsledelserne om deres rolle?
- Kan du give et eksempel?
 - Hvis du ikke taler med AL om dette - Hvorfor ikke?
- 15 Hvilke forventninger har du til afdelingsledelsernes rolle på det personlige plan og på det professionelle plan?
- Kan du give et eksempel?
- 16 Hvordan mener du, at personalet håndterer muligheden for selvledelse og autonomi på nærhospitalet?
- Kan du give et eksempel?
- 17 Hvilke dilemmaer kan der opstå, når lægerne på udefunktionen ledes fra områdehospitalet, mens sygeplejerskerne ledes lokalt, f.eks. på X-hospitals operationsgang?
- 18 Der er nogle der siger, at der kan være problemer, når medarbejdere på udefunktioner ikke ser deres leder så ofte – er det noget, du har oplevet i forbindelse med udefunktioner her på Hospitalet?
- Giv et eksempel?
 - Hvad har du gjort ved det?
- 19 Hvordan mener du god og bred kommunikation sikres på tværs af matrikler?
- kan du give et eksempel?
 - Hvordan synes du det fungerer på jeres hospital?
- 20 Mener du det er muligt at skabe den gode forbindelse (med fælles værdier, kommunikation o.s.v) i udefunktioner - ved ledelse på flere matrikler?
- kan du give et eksempel på hvordan det kan håndteres ledelsesmæssigt?

- 21 Synes du det giver mening for medarbejderne at have udefunktioner?
- a. har du nogle gode eksempler på hvor det bare fungerer?
 - i. Og evt. også nogle eksempler hvor det kunne give bedre mening?
- 22 Nogle udefunktioner har fungeret i årevis – andre er forholdsvis nyetablerede. Mener du det at "alderen" har nogen betydning har nogen indflydelse på hvordan en udefunktion fungerer?
- a. Positivt /Negativ
 - i. Kan du nævne nogle eksempler?
- 23 Hvad er efter din mening det sværeste i forbindelse med ledelse af udefunktioner?
- a. Hvordan ser du at udefunktioner kan blive et fælles projekt imellem 2 hospitaler/afdelinger?
 - b. Hvad skal det til for at udefunktionerne kommer til at fungere optimalt?
- 24 Hvordan vil *du* ønske organiseringen af hospitalsvæsenet i Region H. ud om 5 år?
- a. Tror du udefunktioner stadig består om 5 år?
 - b. Hvordan opfatter du mulighederne for at lave disse forandringer?

Evt. supplerende

- 25 Hvad er på spil i ledelse af udefunktioner?
- a. Hvordan håndteres de?
 - i. Kan du give gode eksempler?
 - ii. Kan du give mindre gode eksempler?