

## 1. Indholdsfortegnelse

<b>1. INDHOLDSFORTEGNELSE.....</b>	<b>1</b>
<b>2. RESUME.....</b>	<b>3</b>
<b>3. INDLEDNING.....</b>	<b>3</b>
<b>4. PROBLEMMOMRÅDE.....</b>	<b>8</b>
<b>4. PROBLEMFORMULERING.....</b>	<b>15</b>
4.1 DEFINITIONER.....	15
<b>5. METODEVALG.....</b>	<b>16</b>
5.1 LITTERATURGENNEMGANG AF EMNERELATEREDE OMRÅDER.....	17
5.2 SPØRGSMÅL DER REJSER SIG EFTER GENNEMGANG AF LITTERATUREN.....	25
5.3. BESKRIVELSE AF CASE.....	26
5.4 BESØG PÅ VEJLE SYGEHUS.....	27
<b>6. ANALYSESTRATEGI.....</b>	<b>31</b>
<b>7. INSTITUTIONEL TEORI.....</b>	<b>33</b>
7.1 INSTITUTIONEN SOM GENSTANDSFELT.....	33
7.1.2 <i>Den fagprofessionelle institution</i> .....	34
7.1.3 <i>Institutionelle entreprenører</i> .....	39
7.1.4 <i>Institutionel forandring</i> .....	40
7.1.5 <i>Bricolage</i> .....	42
7.2 ANALYSE AF CASEN.....	44
7.3 DELKONKLUSION.....	49
<b>8. AKTØR – NETVÆRKSTEORI (ANT).....</b>	<b>52</b>
8.1 OPRINDELSE.....	52
8.2 DEFINITIONER I ANT.....	54
8.2.1 <i>Aktør eller aktant</i> .....	54
8.2.2 <i>Netværk</i> .....	55
8.2.3 <i>Programmer og antiprogrammer</i> .....	56
8.2.4 <i>Translation</i> .....	57
8.2.5 <i>Magt</i> .....	58
8.2.6 <i>Immutable mobiles/ inskriptioner</i> .....	59
8.2.7 <i>Implementeringsprocesser</i> .....	60
8.2.8 <i>Black box</i> .....	60

8.3 ANT SOM ANALYSE STRATEGI .....	60
8.4 LEDELSE OG ANT.....	62
8.5 VORES FORSTÅELSE AF ANT.....	63
8.6 ANALYSE .....	64
8.6.1 Beskrivelse af translationprocessen.....	64
8.7 DELKONKLUSION.....	69
<b>9. DISKUSSION OG KRITIK AF ANVENDTE TEORIER .....</b>	<b>71</b>
9.1 AKTØRMODELLEN EN IMPLEMENTERINGSMODEL .....	73
<b>10. KONKLUSION.....</b>	<b>76</b>
<b>11. PERSPEKTIVERING.....</b>	<b>77</b>
<b>12.HVAD KAN VI BRUGE I EGEN ORGANISATION ?.....</b>	<b>82</b>
<b>13. LITTERATURHENVISNING .....</b>	<b>86</b>



## **2. Resume**

På baggrund af vores interesse for patientforløb på tværs af afdelinger er vi blevet inspireret af implementeringen af Diagnosepakker på Vejle Sygehus. Vores empiri er hentet gennem interviews og litteraturstudier.

Ved hjælp af teori om Aktør – Netværk og Institutionalisme, sættes fokus på oversættelsesprocessen hvorigennem implementering foregår.

Vi har søgt at afdække de ledelsesmæssige udfordringer, i forhold til at medinddrage de fagprofessionelle som engagerede aktører i udarbejdelsen af standardiserede patientforløb.

Vi finder at ildsjæle har væsentlig betydning for implementeringsprocessen kombineret med den ledelsesmæssige opmærksomhed. Samtidig er det væsentligt at forløbet og udfaldet, afhænger af de aktører som deltager i processen.

Vi afslutter med nogle forslag til hvilken viden vi kan overføre til egen organisation.

## **3. Indledning**

Det danske sundhedsvæsen er sat under forandring.

Der sættes aktuelt fokus på ændring af sygehusstrukturen, som betyder at det fra 1. januar 2007 er de 5 regioner, som har ansvaret for sygehusdriften. (Strukturreformen)

Sundhedsvæsnets har hyppigt været på den politiske dagsorden.

I 1999 fremlagde regeringen og amterne følgende mål for sundhedsvæsnets udvikling (Aftale 1999):

- ▶ høj sundhedsfaglig kvalitet
- ▶ klar besked og korte ventetider
- ▶ høj brugertilfredshed
- ▶ bedre information om service og kvalitet til borgerne
- ▶ effektiv ressourceanvendelse

Hermed defineres kvalitet af sundhedsstyrelsen, og disse målsætninger søges opfyldt gennem bl.a. fokus på forbedring af patientforløb og samarbejde i sundhedsvæsnets.

”Fokus” definerede i år 2000 patientforløb således (Fokus 2000):

*Et patientforløb omfatter summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsnets, som en defineret gruppe af patienter oplever i relation til behandling og pleje for et givent helbredsproblem. Forløbet strækker sig ideelt set fra patientens første kontakt med sundhedsvæsnets – ofte hos den praktiserende læge – og til patienten ikke mere har behov for denne kontakt.*

Amtsrådsforeningen beskriver i 2004 de bærende principper for tilrettelæggelsen af sundhedsvæsnets tilbud (Amtsrådsforeningen 2004) som

- Fri og lige adgang
- Sammenhæng i sektoren
- Høj professionel standard
- Nærhed
- Effektiv ressourceudnyttelse
- Demokratisk kontrol
- Frit valg
- Sammenhængende patientforløb

I denne forbindelse anvendes samme definition af patientforløb som ovenfor, ligesom der lægges vægt på patientens oplevelse.

Endvidere skal udviklingen ”sikre at det sammenhængende patientforløb opretholdes og udvikles”.

Der har således været politisk bevågenhed på samarbejde om patientforløb som et middel til opnåelse af effektivitet i sundhedsvæsnets og styrkelse af den patientoplevede kvalitet - hvor ventetid, information og ”professionel sammenhæng” har væsentlig betydning, og medindflydelse på patientforløb fortsat er et indsatsområde.

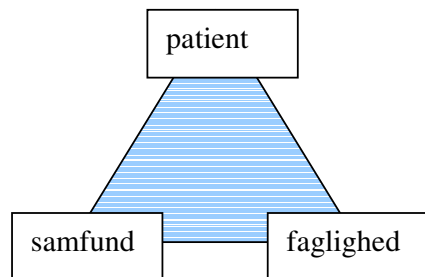
I regeringens udspil til strukturreformen står:

*"regeringen vil gøre op med manglen på sammenhæng i patientforløbene og den store forskel i kvalitet og effektivitet"*

I rapport udarbejdet af Sundhedsfaglig Forum 2006, afspejles effekten af New Public Management bølgen (NPM) de sidste årtier med større fokus på effektivitet, kvalitet og knappe ressourcer.

- ▶ *Færre og kortere indlæggelser*
- ▶ *hurtigere udredninger*
- ▶ *mere strømlinede patientforløb*
- ▶ *smidigere samarbejde mellem afdelinger*
- ▶ *"opgaven for fremtidens medicinske afdeling bliver at levere en kort koncentreret ekspertydelse i tværfagligt regi"*

Effektivitet og kvalitet kan vurderes fra forskellige synsvinkler



- patientens oplevelse af behandlingskvalitet, information og medindflydelse på egen situation
- faglige kvalitet, den korrekte behandling, ekspertviden , evidensbaseret praksis
- sundhedsøkonomi, "value for money", effektivitet, affordability

Disse 3 temaer har ofte kolliderende interesser, men er samtidig afhængige af hinanden - hvilket umuliggør samlet op - eller nedprioritering af et enkelt tema.

De økonomiske rammer er stramme, der er vedtaget skattestop samtidig med at behovet for sundhedsydelse stiger pga. demografisk udvikling, teknologisk udvikling og ændrede brugerkrav.

Her kommer begrebet affordability på banen.

Begrebet er hørt under en studietur til England, og kan i forenklet udgave beskrives som at "sætte tæring efter næring" i sundhedsvæsenet, samt at klargøre for befolkningen hvilke forventninger det er muligt at opfylde med de nuværende skatter.

Dette kan ses som en nødvendig foranstaltning i et sundhedsvæsen som presses fra mange sider.

Det er nødvendigt at medinddrage patienternes egne ressourcer især for "kronikergruppen", samt at incitament, kvalitet og ledelse får afgørende betydning for fremtidens sundhedsvæsen.

Den øgede "markedsgørelse" påvirker den tidligere organisering af fagbureaukratiet henimod maskinbureaukrati, arbejdsgangsanalyser, standardisering og effektivitet. Samtidig stilles krav både fra medarbejdere og patienter om individualitet og fleksibilitet.

Det bliver ofte en hårfin balanceakt som stiller store krav til ledelsen om at give mening, vise vej gennem visioner samt skabe rum og plads til individualitet, samtidig med at kvaliteten sikres gennem standardiserede patientforløb.

Der er flere *kerneydelse* i sundhedsvæsenet:

- pleje og behandling af patienterne
  - uddannelse af sundheds personale
    - forskning
  - udvikling og kvalitetssikring

Disse kerneydelse er alle nødvendige, men samtidig konkurrerende - og den store ledelsesmæssige udfordring er at skabe forståelse for, og sammenhæng mellem, disse ydelse.

En afdelings effektivitet vurderes ofte ud fra produktivitet og økonomi, men hvor er kvaliteten?

I den senere tid er der dog fremstillet flere undersøgelser af patienttilfredsheden som afspejler hvad patienterne oplever som kvalitet med efterfølgende udviklingstiltag for at tilgodese disse behov.

Men hvad så med den faglige kvalitet ?

I hvor høj grad forskes der?

Lægges der vægt på afdelingens uddannelsesopgaver?

Hvordan vægtes uddannelse i forhold til DRG afregning ?

Det politiske udspil signalerer tydeligt, at den økonomiske styring (value for money), vægtes højt. ( Sundhedsministeriet 2005):

- Åbenhed om produktivitet ved systematisk løbende offentliggørelse
- Produktivitetsmål på alle niveauer i sundhedsvæsenet
- Gevinster ved nye og mere effektive arbejdsgange
- Belønning af gode præstationer

Disse ydelser skal derfor knyttes tættere sammen, men hvordan får man prioriteret de forsknings-og uddannelsesmæssige opgaver samtidig med et effektivt og accelereret patientforløb, når det kun er produktiviteten og økonomien, der vurderes på og gives incitamenter efter?

Patientforløbet kan anskues både som *proces-* og *resultatorienteret*.

*Proces*vinkel idet patienten indgår i en mængde delydelser og procedurer undervejs i indlæggelsesforløbet. Hvem har ansvar for at skabe sammenhæng? Hvordan er praksis egentlig skruet sammen i det netværk af ydelser der involverer en række forskellige aktører i forskellige praksisfællesskaber, hvor der skabes situeret læring?

Og *resultatorienteret* set både fra patientens side og behandlernes. Altså den kvalitative dimension.

Samtidig er der også hele den økonomiske - og styringsmæssige side.

## 4. Problemområde

Indenrigs- og sundhedsministeriet beskriver i udgivelsen "produktivitet på sundhedsområdet" (sundhedsministeriet 2005), at det er nødvendigt at se på produktivitetsforbedring gennem optimal ressourceudnyttelse.

Der er således flere gode grunde til at forsøge at optimere patientforløbene:

- De økonomiske rammer som forventeligt bliver strammere pga. den demografiske udvikling og voksende kroniker gruppe samt den fortsatte teknologiske udvikling
- Medinddragelse af patienterne og den patientoplevede kvalitet medfører naturligt at der stilles krav til kvalitet i form af tilgængelighed, kompetence, service og ventetid.
- De "små årgange" gør det vanskeligt at rekruttere kompetent personale.

Der er flere væsentlige dimensioner som har betydning for effektivitet og kvalitet:

- arbejdsgange forstået som organisatorisk struktur
- kultur og attitude forstået som den måde personalet og ledelsen forvalter disse arbejdsgange på.
- samarbejde, fleksibilitet og god kommunikation på tværs af afdelinger

Karen Zander som introducerede ideen om "critical pathways" = patientforløb, beskriver, at faggruppernes og andre afdelingers tolkning af mål for arbejdet var forskelligt, men alle mente de arbejdede for patient og pårørende. Samtidig havde ingen af faggrupperne kompetence, der gjorde det muligt at sikre koordination og samarbejde mellem faggrupper og afdelinger (Zander 1995).

Arbejdet med patientforløb i sygehusvæsnet startede i slutningen af 90'erne med kvalitetssikring som hovedformål.

Patientforløb anses som en metode til at øge både den klinisk og organisatoriske kvalitet.



Strategien er at udarbejde kliniske retningslinier, opstille kvalitetsmål for de kliniske ydelser og dokumentere opnåelsesgraden, der fokuseres på evidens og primærsektor skal medinddrages.

*” Et behandlingsforløb kan for sygehuspatienter – ud over kontakten med egen læge – involvere op til flere afdelinger/ambulatorier og i visse tilfælde hele sygehuse.*

*For at patienten er det afgørende, at det samlede forløb opleves som velkoordineret, og hvor patienterne ikke oplever unødige interne ventetider i behandlingsforløbet”*

(Sundhedsministeriet 1999).

Arbejdsgangene i sygehusvæsnet har årelange traditioner, som ofte er vanskelige at forandre. Dette skyldes dels faktorer som de professionelles autoritet, men også kompleksiteten som gør det svært at overskue konsekvenserne af en ændret arbejdsgang. Selvom mange arbejdsgange giver mening for de professionelle, kan det være svært at se som patient.

De yngre lægers uddannelse betyder, at de vandrer som nomader gennem afdelinger, og det er derfor hensigtsmæssigt med daglige konferencer og stuegang som fungerer nogenlunde ens overalt i sengeafdelingerne, således at arbejdsopgaverne er de samme på forskellige afdelinger( Vinge 2003).

Fagbureaukratiet med 3 søjler: læge, sygeplejerske og administrator, har ligeledes dybe rødder og faggrænser, hvor magtkampe er medvirkende til, at det er svært at ændre på opgavefordelingen.

Samtidig eksisterer der flere paradokser som i sagens natur umuliggør at alles behov tilgodeses.

Her kan nævnes:

- at tilpasse behovet (bemandingen) til efterspørgslen (patientindtaget) på akutmodtage afsnit når efterspørgslen ikke kan forudsiges.

- at kompetencen skal bruges både til at behandle patienter, men også til at undervise yngre kolleger, for hvis de yngre kolleger ikke ”får lov” til at se patienterne, lærer de ikke noget.
- at sygehuset skal døgnbemandes men medarbejderne vil helst arbejde mandag – fredag 8-16, det er ikke længere et ”kald” at være læge eller sygeplejerske, og vi planlægger vores liv, og dermed også vores fritid.
- at der er ventetid på undersøgelser som kunne udføres aften/nat, men bemanningen er for dyr
- at sygehuset er opdelt i funktionsenheder, hvor patientforløb går på tværs, der er ofte ringe kendskab til andre afdelingers arbejdsgange og til patientens vej gennem systemet.

I vores organisation, Storstrømmens Sygehus, er der brugt meget energi på at få en struktur med Funktions Bærende Enheder (herefter FBE) på tværs af 4 sygehuse til at fungere.

Der har derfor ikke været fokuseret på samarbejdet på tværs af FBE'erne.

Vi oplever i vores dagligdag uhensigtsmæssige patientforløb, hvor patienter eksempelvis har unødige sengedage, fordi der afventes tilsyn fra speciallæge eller ventetid på undersøgelser/operationer.

Der foreligger patientklager om dette, og der er ligeledes indberettet utilsigtede hændelser forårsaget af dette problem.

Kan dette forbedres gennem mere fokuseret samarbejde på tværs af de forskellige afdelinger?

Én af de barrierer vi kan se der er i forhold til at etablere et sådan samarbejde er, at der ikke fra ledelsesside er taget initiativ til at sætte sig sammen på tværs af specialerne og lægge rammerne for disse fælles patientforløb.

Der er travlhed alle steder, og alle afdelinger synes de gør deres bedste overfor patienterne, og de klandrer de samarbejdende afdelinger, hvis noget går galt. Hvert speciale har nok i sit og der dannes myter omkring de andre.

*"De er for dovne, de prioritere ikke vores patienter, de møder først kl. 8.30" osv.*

Disse udsagn kan tolkes som, at ansatte bruger mere tid på at tilfredsstille systemets behov (lovgivning, dokumentation, arbejdstidsregler mm. ), frem for patientens.

Sygehusledelsen fokuserer på overholdelse af aktivitet og driftsbudget, og forventer naturligvis at specialerne formår at samarbejde på tværs.

Eksempelvis kan aktiviteten i Geriatrisk afdeling ikke efterleves hvis de nødvendige ressourcer fra FBE Fys/ergo ikke stilles til rådighed.

I vores organisation er de medicinske afdelinger hårdt presset af mange akutte indlæggelsesforløb – hvilket medfører overbelægning, som opleves som et stort problem i hverdagen, for både patienter og personale.

Patientforløbene opleves som dårlige og tilfældigt tilrettelagt, med unødigt ventetid på udredning og diagnosticering.

Der er derfor efter vores mening et stort behov for at fokusere på samarbejdet mellem de forskellige FBE'er, så et patientforløb på tværs af sygehuset kan blive sammenhængende og effektivt, oplevet både fra patientens og personalets side.

Vi mener, at det er vigtigt at FBE-ledelserne tænker på tværs af afdelingerne. Hver enkelt FBE er afhængig af andre FBE'ers ydelser, det være sig undersøgelser, operationer, tilsyn fra specialafdelinger, fysio - og ergoterapi etc.

Hvis der skal leves op til den årlige indgåede drifts- og udviklingsaftale er det vigtigt med dette samarbejde på tværs.

Der lægges alle steder stor vægt på, at efterleve de aftalte aktivitets tal, således at der ikke bliver skåret ned i budgettet, idet budgettet er takststyringsfinansieret med 35 % aktivitetsafhængig budget.

Der indgås drifts- og udviklingsaftaler for den enkelte FBE, men ikke set i forhold til tværgående patientforløb og samarbejdende afdelinger.

Vi oplever, at kompleksiteten og de mange modsat rettede interesser i sygehusvæsnet indeholder mange barrierer som vanskeliggør samarbejde omkring patienten.

Hvad ville der ske, hvis alle bare et kort øjeblik koncentrerede sig om patientens bedste? Det betyder ikke at uddannelse og udvikling skal nedprioriteres, men måske skal budgetter også fordeles efter uddannelsesbyrden?

Det betyder heller ikke at effektivitet skal nedprioriteres, i sidste ende ønsker alle den bedst mulige kvalitet til den mindst mulige pris, men både økonomi og kvalitet skal tilgodeses.

Vi mener, at de fagprofessionelle skal forholde sig professionelt til opgaverne, bruge deres store viden rationelt og nedtone personlige dimensioner som status, magt og indflydelse.

Ligeledes betyder det, at ledelsen af de professionelle fremover handler om dialog, kommunikation, forhandling, fælles målsætning og visioner som giver mening.

Vi har i ”debatoplæg til sundhedsfagligt forum” 2006 læst, at man på Vejle Sygehus har introduceret begrebet **diagnosepakker** for at forbedre diagnostik, behandling og rehabilitering, samt sikre den faglige kvalitet.

Gennem standardiserede ”diagnosepakker”, som også indeholder kontaktlæge og sygeplejerske, grundig patient information og monitorering af den patientoplevede kvalitet, har Vejle Sygehus bl.a. styrket diagnosticering af lungekræft.

Vejle Sygehus ligger med en produktivitet på 14 % over landsgennemsnittet og 32 % over det dårligst placeret amt.

Derfor antager vi, at implementeringen af diagnosepakker medfører kortere patientforløb og dermed højere effektivitet.

Chefsygeplejersken på Vejle Sygehus, udtaler:

*"diagnosepakkerne sparer ikke bare tid - det giver også nogle mere tilfredse patienter og skaber i den sidste ende en mere fornuftig indbyrdes dialog på sygehuset. Det er lykkedes at opbygge en anden kultur, hvor vi er enige om at være fælles om patienterne".* (Sundhedsfagligt forum 2006)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen udviklet et nyt informationssystem om service og kvalitet på sygehuse og klinikker (sygehuskarakter). Sygehuskarakteren er en samlet opsummering af, hvordan det enkelte sygehus klarer sig for en række specifikke nøgletal ved sammenligning med landsgennemsnittet. Sygehuskarakteren angives med én til fem stjerner, hvor fem stjerner er bedst.

Målet er at give patienter, pårørende og borgere en nem og overskuelig adgang til statistiske oplysninger. Resultaterne er offentliggjort på [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk). Vejle Sygehus har som det eneste sygehus fået 4 stjerner, både indenfor sygdom/behandling og nøgletal.

Det fremtræder således muligt at tilgodese både den patientoplevede kvalitet, den faglige kvalitet og effektivitet ved indførelse af diagnosepakker.

Ligeledes antager vi, at implementeringsprocessen har medvirket til at fremme forståelsen for, at det tværgående samarbejde vil kunne optimere patientforløb.

Vi finder, at en måde at løse problemerne i egen organisation på, kunne være at indføre disse diagnosepakker eller standardiserede patientforløb i vores eget sygehus - ikke så meget som organisatorisk ændring, men som den holdningsbearbejdelse implementeringsprocessen af diagnosepakker kan medføre.

Diagnosepakken bliver dermed et fagligt legitimt ledelsesmæssigt styringsredskab.

I vores egen organisation oplever vi ofte de klassiske barrierer i implementeringen af nye tiltag, som modstand i personalegruppen - men især i overlægegruppen.

Hvis ikke den ledende eller en anden overlæge synes at ideen er god, det vil sige en ildsjæl, der kan bære ideen igennem og oversætte den så de andre overlæger kan se meningen, er det enormt svært at ændre noget som helst.

Vi har disse erfaringer bl.a. fra projekt, hvor der arbejdes med "kvalitet i mødet med patienten", og som blev implementeret bl.a. fordi man formåede at få en læge med i projektgruppen.

Storstrømmens Sygehus står foran akkrediteringsproces, og der er netop ansat en læge som sundhedsfaglig chef til at stå i spidsen for denne proces.

Vi mener ikke at vores organisation er speciel mht. dette, men at disse barrierer er kendte andre steder også.

Det ledelsesmæssige fokus er interessant, da vi mener, at det er fra sygehusledelsen og FBE-ledelserne at initiativet skal komme til at indføre tværgående patientforløb, idet det kræver stor opmærksomhed fra FBE ledelsen eller afdelingsledelsen at få et udviklingstiltag implementeret, hvis den ledende overlæge ikke viser interesse for disse.

Vi antager, at Vejle sygehus i forbindelse med indførelsen af diagnosepakker har accelereret og effektiviseret disse forløb med en forbedret patientinformation, og dermed en opnået større patientoplevet kvalitet i form af overholdelse af planer.

Vi ønsker at finde en "opskrift" på hvordan man indfører et effektivt samarbejde, tværfagligt og på tværs i sygehuset, som vi kan bruge i egen organisation.

Vi er derfor nysgerrige på hvordan Vejle Sygehus har fået indført diagnosepakker specielt med fokus på implementeringsfasen og de ledelsesmæssige udfordringer i forbindelse hermed.

## 4. Problemformulering

Hvordan har sygehusledelsen på Vejle sygehus implementeret diagnosepakker – specielt med fokus på den ledelsesmæssige udfordring i relation til de fagprofessionelles medvirken?

### 4.1 Definitioner

Ved <i>implementeret</i> forstår vi	processer i forbindelse med indførelse af ny metode i det praktiske arbejde hvorved oversættelse, dialog og læring medfører ny praksisforståelse.
Ved <i>diagnosepakker</i> forstår vi	et nøje tilrettelagt patientforløb som et ledelsesmæssigt styringsredskab der anses fagligt legitimt.
Ved <i>ledelsesmæssig udfordring</i>	forstår vi takling af de strategiske, taktiske og operationelle problemer i implementerings processen, herunder også uforudsete hændelser.
Ved <i>fagprofessionelle</i> mener vi	læger og sygeplejersker

## 5. Metodevalg

Vi startede med at søge litteratur på internettet [www.google.dk](http://www.google.dk) på emnet "sammenhængende patientforløb, implementeringsprocesser, modstand mod forandringer", søgte litteratur via [www.bibliotek.dk](http://www.bibliotek.dk) samt undersøgte vores egen litteraturliste til MHM-studiet.

Dette udmunder i en litteraturgennemgang ud fra emnet.

Vi valgte at besøge Vejle Sygehus og interviewe Sygehusledelsen, afdelingsledelsen og en sygeplejerske der arbejder med Lungepakken i ambulatoriet, og til dette udfærdigede vi en interviewguide.

Vores interviewguide blev, ud fra vores søgen efter viden om emnet, udformet som emne områder vi gerne ville have svar på og som vi mener vil være vigtige data for vores opgave. På 'Vejle sygehus' hjemmeside havde vi forinden fundet faktuelle data om sygehuset.

Interviewet foregik under uformelle seancer, hvor de interviewede fik lov til frit at fortælle om implementeringen af diagnosepakker, og hvor vi spurgte ind til de områder vi havde noteret i vores interviewguide.

I vores interview fik vi data som kunne fortælle os om deres erfaring med indførelsen af diagnosepakker, hvem der fik ideen, hvordan man startede op, hvilke barrierer der havde været og hvordan de havde tacklet disse.

Ved det første interview brugte vi båndoptagelse, men havde desværre ikke batterireserver til de sidste interview, som i stedet blev nedfældet i noter under interviewet og efterfølgende samlet om aftenen.



### 5.1 Litteraturgennemgang af emnerelaterede områder

De organisatoriske aspekter og barrierer for effektive patientforløb er bl.a. beskrevet af Sidsel Vinge i PhD-afhandlingen ”organisering og reorganisering i sygehusvæsenet” (Vinge 2003), som konkluderer, at sygehusvæsenet er en kompleks størrelse med konkurrerende kerneydelser udover at behandle patienterne som uddannelse, forskning og værdi for patienten.

Dette gør det meget vanskeligt at organisere arbejdet således, at alle behov tilgodeses, samtidig med at arbejdsmiljøet skal fremme personalets motivation og trivsel.

Barrierer for mere effektiv arbejdstilrettelæggelse i sygehusene er desuden beskrevet i ”100 dages rapporten” (Sundhedsministerens rådgivende udvalg 2002), som konkluderer, at der er betydelige muligheder for mere fleksibel og effektiv arbejdstilrettelæggelse, indenfor det nuværende regelsæt.

Rapporten afsluttes med en række anbefalinger som fremmer fleksibilitet, incitament både på individ og afdelingsniveau, samt optimering af patientforløb.

Effekten af NPM indebærer fokus på effektivitet, kvalitet og ledelse. Dette medfører styringsmekanismer som benchmarking, akkreditering og accelererede patientforløb, samtidig med, at en ændret patientrolle stiller nye krav.

De professionelle udsættes derfor for kritisk vurdering fra alle sider og forventninger om at udvikle og ændre adfærd. Dette stiller store krav til ledelsen i de utallige implementeringsprocesser, hvor forskellige barrierer skal håndteres.

Steen Hildebrandt m.fl. (Hildebrandt 2004) beskriver to udfordringer: *implementering* og *forankring*.

*Implementering* handler om at sikre, at organisationen tager imod udviklingstiltaget: dette vil handle om interne barrierer.

*Forankring* handler om at sikre sig politikernes og topledelsens opmærksomhed på projektet; eksterne barrierer.

Dette er mellemlederens udfordring.

Denne udfordring er i det offentlige system væsensforskellig fra det private arbejdsmarked, fordi der er krav om åbenhed og tilgængelighed til alle data om produktion og økonomi.

Udfordringen bliver særlig stor, fordi der sjældent fra politisk side er opstillet klare operationaliserede mål.

Men hvem skal ellers bestemme? den enkelte læge eller afdeling?

Forankringen af udviklingstiltag handler derfor om at synkronisere målet med den overordnede politiske prioritering.

*De interne barrierer* handler om faktorer indenfor organisationen, som kan have betydning for implementeringsprocessen.

Iflg. Sundhedsfagligt Forum 2006 skyldes implementeringsproblemer ofte at udviklingstiltaget ikke opfattes som tilstrækkelig relevant for den enkelte medarbejder - hvilket skyldes mangel på ledelse.

Dette stiller nye krav til mellemlederen som i den vidensbaserede organisation ikke skal lede vertikalt, men i stedet involveres mere direkte i arbejdsopgaverne, "little span of control", samt kunne prioritere indsatsen på medarbejdernes vegne.

Ligeledes får mellemlederen en betydelig "oversætterfunktion", idet udviklingstiltaget skal give mening for den enkelte medarbejder.

Sygehusvæsnet er en stor kompleks størrelse, hvilket i sig selv kræver styring og organisering. Derudover er sygehusvæsnet politisk styret, og dermed afhængig af de politiske udsving og ind imellem mangel på klare operationaliserede mål.

Dansk sygehus Institut (DSI) har til formål at skabe og formidle et forbedret vidensgrundlag for løsning af de opgaver som ligger hos de planlæggende og styrende myndigheder, indenfor sundhedsvæsnet (DSI 2005).

DSI foreslår et forskningsprojekt, som ser på konsekvenser af den måde hvorpå almen praksis er indlejret i sundhedsvæsnet, og hvilken indflydelse det har på sundhedspolitiske prioriteringer og tiltag.

DSI kan således hjælpe sygehusvæsnet med at oversætte og implementere de politiske mål.

Finn Borum (2005) beskriver rationaliserede myter som en proces, der forsøger at konstruere en fælles forståelse af centrale årsags sammenhænge.

De politiske mål kan give anledning til dannelsen af sådanne myter, og derved skabe forståelse for nogle af de dilemmaer der opleves i praksis i sygehusvæsnet.

Organisering har fundet sted lige så længe som religion, hær og magthavere har eksisteret.

Taylor udviklede i 1910 "scientific management" i forsøg på at effektivisere arbejdsgange. Og i 1920 opstod Human Relations som reaktion på taylorismens rationalitet.

I 60'erne indførtes selvstyrende grupper med fokus på medindflydelse, medansvar og motivation.([www.leksikon.org.dk](http://www.leksikon.org.dk)).

Ifølge Mintzberg vil enhver organiseret menneskelig aktivitet medføre stillingtagen til hvordan arbejdet deles og koordineres(Mintzberg 1979).

Sygehusvæsnets organisering er præget af fagprofessionalisme, funktionsopdeling og bureaukrati - hvilket gør det vanskeligt at overskue "de andres" opgaver og funktioner. Hver profession, afdeling eller regel har sit eget interessefelt, uden sammenhæng med de andre.

Sidsel Vinge beskriver i sin Phd afhandling: "organisering og reorganisering af medicinsk arbejde i sygehuse" (Vinge2003), at den klassiske beskrivelse af fagbureaukratiet gør os blinde for den maskinbureaukratiske måde hverdagen på et sygehus er organiseret.

De professionelle har autonomi i forhold til den enkelte patient, men ikke i forhold til organiseringen og arbejdsgangene som er standardiserede. Denne standardisering gør hospitalet til en "robust maskine", som sørger for at arbejdet omkring patienterne bliver gjort trods stor udskiftning af personale bl.a. pga. uddannelse, en mængde forandringstiltag, hvor en del af disse har tvivlsom implementeringsgrad, samt uforudsigeligheden i det kliniske arbejde.

Netop derfor er det så vanskeligt at ændre på arbejdsgangene i sygehusvæsnet.

Traditionelt set har der været 3 ledelsessøjler i sygehusvæsnet: læger, sygeplejersker og administratorer. Det var entydigt lægerne som havde beslutningsmagten.

Først i 80'erne, sammen med NPMs indtog, blev der stillet krav om ansvarliggørelse i forhold til økonomistyring og lægernes monopol blev mange steder til Trojka ledelser. Her fik generalisterne, ofte Djøf'ere, adgang til den faglige ledelse.

Peter Kragh Jespersen argumenterer for, at generalister kan være berettigede på det overordnede ledelsesniveau, men afdelingsledelse kræver faglig indsigt. (Kragh Jespersen 2004). Peter Kragh Jespersen beskriver videre i "mellem management og profession" *hybridledere*, som faglige ledere på afdelingsniveau fungerende som bindeled mellem ledelse og profession. (Kragh Jespersen 2005)

Disse hybridledere opnår legitimitet blandt de fagprofessionelle, og hvis de mestrer at forbinde management og profession, har de derfor mulighed for at forbedre ledelsen i sygehusvæsnet.

Karina Sehested (Sehested 2003) supplerer dette med, at NPM har haft stor indflydelse på fagbureaukratiet og de fagprofessionelle ledes rolle, henimod kontraktbaseret professionalisme og hybride fagprofessionelle ledere.

Disse hybridledere har foruden en stor faglig ekspertise også managementekspertise, og fungerer som bindeled mellem overordnet ledelse og de professionelle - ved at oversætte og formidle.

Sehested opdeler den nye fagprofessionelle lederroller i 4 typer :

- faglig udviklingsleder
- manager
- driftsleder
- netværksleder

Sehested foreslår, at ledere fremover skal balancere imellem disse roller. Denne nye ledertype skal derudover gå i interaktion med omgivelserne, og danne netværk.

Udenlandske studier giver et komplekst billede af denne udvikling, som opstår dels på baggrund af den måde de professionelle reagerer og forandrer sig på, når de møder reformerne, dels den måde reformerne ændrer karakter, når reformer og professionelle støder sammen.(Sehested 2002).

Kompleksiteten bliver ikke mindre af, at sygehusvæsnets kerneområder både er patientbehandling og pleje, uddannelse af nye fagprofessionelle samt forskning og udvikling mhp. forbedring af behandlingsmuligheder og kvalitet.

Der er således altid flere synsvinkler, ofte med modsatrettede interesser. Derudover skal de sundhedsøkonomiske interesser tilgodeses.

Her er der også flere tydelige dilemmaer at tage i betragtning: den demografiske udvikling som medfører øget behov for sundhedsydelse, den teknologiske udvikling som nødvendiggør prioritering, hvilket giver etiske, professionelle og politiske problemstillinger, og endelig brugerkrav om øget kvalitet og service - alt sammen for de samme ressourcer.

Dette medfører at økonomistyring legaliseres/kræves i et traditionelt fagligt styret system.

Peter Skærbæk beskriver, at indførelse af økonomistyring har store organisatoriske konsekvenser (Skærbæk 1999). Det medfører organisatorisk gennemsigtighed og dermed mulighed for kritik fra omverdenen, som kan drage de faglige værdier og

normer i tvivl. Der kan sættes spørgsmålstejn ved den interne fordeling af goder og byrder og dermed magtfordelingen.

I flg Hofstede kan økonomiske mål være motiverende, hvis de er realistiske og medarbejderne har nogen indflydelse på fastsættelsen af disse mål.(Skærbæk 2001).

Pfeffer & Salancik forklarer de *lokale aktørers* interne standard for evaluering af deres aktiviteter med begrebet efficiens. Effektivitet er de *eksterne aktørers* vurdering af nytten af det organisationen producerer sammenholdt med ressourceforbruget. Legitimitet bliver dermed afhængig af omverdenens vurdering af organisationens mål og aktiviteter. (Pfeffer & Salancik 1978).

Der kan ikke være tvivl om, at dette stiller store krav om styring og kvalificeret ledelse. Den politiske dagsorden peger mod mere central overordnet styring som forvaltes decentralt af kvalificerede ledere på alle niveauer med fokus på brugertilfredshed.

Kontaktpersoner skal sikre professionel ansvarlighed og højt informationsniveau, behandlingsplaner skal sikre effektivitet og kvalitet og unødigt ventetid.

Akkreditering skal, gennem standardisering og kontinuerlig monitorering af kvaliteten, sikre at der iværksættes forbedringstiltag hvis nødvendigt. Al denne monitorering af kvaliteten forventes udført indenfor de givne økonomiske rammer, hvilket paradoksalt kan være med til at forringe kvaliteten i ydelserne, idet tiden bruges på dokumentation frem for pleje og behandling.

En nylig afsluttet brugertilfredshedsundersøgelse ”det brugerdrevne sundhedsvæsen” tyder på at brugerne er alt andet end tilfredse, og det er især mindre ventetid, mere og bedre information samt mere omsorg brugerne savner/efterspørger.

Formand for Danske Regioner Bent Hansen erkender, at den øgede effektivitet har betydet mindre tid til patienten.

Medicinaldirektør Jens Kristian Gøtrik forklarer, at det ikke er nemt at give et fælles budskab til patienten i en så kompleks organisation som et sygehus.

Begge fraråder dog ” stjernesystemet”(Sygeplejersken 2006).

De forskellige synsvinkler på effektive patientforløb kan anskues med socialkonstruktivistiske øjne.

Der fortælles historier om, at de professionelle ikke har tid til at yde den optimale pleje og behandling, især tid til omsorg er ofte på dagsordenen. Men kan man blive rask af at tale eller blive holdt i hånden? Er det i virkeligheden en myte de professionelle har skabt? og ønsker patienten i virkeligheden det samme som politikerne: Et effektivt behandlingsforløb?

Dette kan selvfølgelig ikke generaliseres, og nogle patienter bliver om ikke raske, så mindre forpinte af netop samtale og nærvær. Der er dog flere undersøgelser der viser, at informationen til patienterne kan forbedres væsentligt.

Alle disse tiltag skal implementeres i et komplekst system, som i sig selv er forandringsresistent med professionskampe, og magtkampe som medfører dekobling.

Systemledelse foregår mest på overordnet niveau og indebærer krav om visioner, strategier, mål og dokumentation af effekt.

Hverdagsledelse foregår i det direkte møde med den enkelte medarbejder og bygger ofte på erfaring og praktisk anvendelighed.

De øgede krav nødvendiggør at ledere på alle niveauer mestrer systemledelsesredskaber, men også at topledelsen skal mestre kommunikativ formidling og skabe motivation for at systemledelsens værktøjer tages i anvendelse.([www.lederweb.dk](http://www.lederweb.dk) 2006).

Signe Vikkelsø beskriver de organisatoriske konsekvenser af den elektroniske patientjournal ud fra ANT teorien. (Svenningsen (Vikkelsø) 2004)

De professionelles roller og opgaver forandres ved indførelsen af EPJ, men det er stadig uafklaret om disse forandringer medfører større effektivitet eller kvalitet.

De observerede effekter handler for lægerne om, at de ændrede arbejdsgange fra at diktere i et hjørne til at skrive selv på et kontor, muliggør kollegial sparring i skriveprocessen.

Sygeplejerskerne læser nu lægernes notater, bruger mindre tid på rapportgivning, og dermed faglig udveksling.

Der er større fokus på dokumentation og behandling, men mindre fokus på patientinvolvering og den psykosociale pleje.

Hovedbudskabet er, at kompleksiteten gør det vanskeligt at se klare forbedringer, men ved at åbne øjnene for omfordelingen bliver andre aspekter tydelige.

Endelig må konstateres, at de organisatoriske konsekvenser ikke kan forudsiges, da de formes under processen.

John Damm Scheuer beskriver konsekvenser af aktørernes oversættelse af begrebet patientforløb, set udfra implementeringen i 2 forskellige afdelinger.

Disse aktører påvirker således processens forløb og effekten er uforudsigelig og afhængig af den læreproces som forløber. Ideer og koncepter kan være fokusdannende og dermed styrende. Konflikter er nødvendige og uundgåelige for udviklingen.

Ledelsen kan styre ved at finde de medarbejdere som fungerer som oversættere, kompetenceudvikle dem og lade dem implementere nye ideer.(Scheuer 2003).

Gritt Christensen ( Christensen 2004) skriver at en kombination af følgende individuelle parameter har afgørende betydning for om individet forsøger at opretholde ”status quo”:

- kontrol over eget liv,
- at være offer eller se muligheder,
- forandringskapacitet,
- mestring af vanebrud,
- evne til at forudsige konsekvenser og
- faktorer som information, tillid, indflydelse.

Der er altid et motiv bag modstanden, som lederen bør interessere sig for at forstå.

Finn Borum og John K.Christiansen fortæller, at den forventede effekt af udviklingsprojekter er uforudsigelig, nærmest tilfældig. (Borum & Kristiansen 1991).



Udvalgte aktører som fungerer som oversættere kan få stor indflydelse på netværket og dermed processens forløb. Det handler måske ikke om modstand mod forandring, men mere om manglende engagement. Der lægges op til at yderligere forskning er nødvendig for at blive klogere på, hvad man som leder kan gøre for at fremme udviklingsprocesser.

Finn Borum (Borum 1995) beskriver 4 ændringsstrategier baseret på det teknisk rationelle menneskesyn og det humanistiske menneskesyn:

1. organisationsudvikling,
2. kulturændring,
3. politiske processer samt
4. løst koblede systemer.

Det betyder at der er forskellige strategier for ændringsprocessernes forløb, afhængig af hvilken kontekst det skal forløbe i.

Og ændringsprocessen beskrives som en social konstruktion, skabt af fortolkninger.

Pragmatisk interaktionisme ser organisationers performance som et resultat af interaktion mellem personale og opgaver, en forhandlet orden, der konstant må genforhandles.

Arbejde er ikke bare et spørgsmål om formelle roller og rettigheder.(Dias fra CBS 2005)

## *5.2 Spørgsmål der rejser sig efter gennemgang af litteraturen*

Idet vi forudsætter at effektive patientforløb er afhængige af samarbejde på tværs, tværfagligt samt holdningsændring hen imod patienten i centrum - hvordan får man så udviklingstiltag gennemført og forankret tværfagligt og på tværs af afdelinger ?

Det er nødvendigt at flytte holdninger.

Hvordan formidles budskabet til medarbejderne så det giver mening?

Handler det om motivationsteorier (medinddragelse, medindflydelse, tilpas forstyrrelse) eller lederens gennemslagskraft og fortolkningsevne ( visioner som giver mening og

viser vej, lederens indflydelse på processen og evne til at lære undervejs, tilpasse sig) og hvad med den individuelle forandringskompetence?

Afhænger succes af hvor mange af disse faktorer der er til stede?

Er det overvejende tilfældigt hvornår det lykkes?

Hvad skal vi så med forandringsteorier?

Det indtil nu læste, fører frem til den hypotese, at effekten af et udviklings tiltag afhænger af lederens evne til at skabe meningsfulde visioner, udvise entusiasme og medarbejdernes tillid til lederens evner.

Desuden afhænger det af, hvilke aktører som involveres i projektet og deres oversættelse af mål og formål.

Endelig har den enkelte medarbejders forandringskapacitet og læringsevne samt læringskulturen i organisationen stor betydning.

### 5.3. *Beskrivelse af case*

Vejle og Give Sygehus har fælles Trojka sygehusledelse. Vejle er hovedsygehuset med de mest specialiserede afdelinger. Hver afdeling har en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske, som fælles varetager den daglige drift.

Der er udarbejdet visioner og grundlæggende værdier, som kan findes på sygehusets hjemmeside.

Vejle sygehus' motto er:

**- store nok til at nå langt - små nok til at gøre det godt**

og deres vision er:

- **være lige i hælene på de forreste**, idet vi løbende udvikler og overtager nye medicinske landvindinger fra samarbejdspartnere på universitetssygehusene,
- **være forrest** i at bruge IT, avanceret teknologi og ny viden i skånsomme behandlinger og effektive patientforløb
- **og bygge på ledere og medarbejdere**, som forfølger disse mål i en atmosfære af omsorg, venlighed og professionalisme.

Ligeledes er der opsat kvalitetsmål for den patientoplevede kvalitet, og opfyldelsen af disse mål monitoreres hvert år ved dialogfora med patienter.

Der lægges vægt på udvikling, brug af IT og professionelle medarbejdere, som ud fra værdigrundlaget arbejder for patienterne. Ledelsen er dialog baseret og uddelegeret.

#### *5.4 Besøg på Vejle Sygehus.*

Det første indtryk af Vejle Sygehus var et indbydende vedligeholdt sygehus med en venlig atmosfære.

Vi blev mødt med et venligt personale, som straks viste os på vej og vi følte os vel modtaget. Chefsygeplejersken havde efter vores ønsker arrangeret samtaler med de personer, vi gerne ville interviewe.

Vi fik mulighed for at interviewe følgende personer: Chefsygeplejersken, cheflægen, medicinsk afdelingsledelse bestående af ledende overlæge og ledende oversygeplejerske samt den ansvarlig sygeplejerske for lungepakken i ambulatoriet.

Der fremkom 2 versioner af historien om etableringen af de diagnostiske pakker:

- a) Den medicinske afdelingsledelse fortæller, at initiativet kom fra røntgenafdelingen og den daværende overlæge i lungemedicin.
- b) Sygehusledelsen fortæller, at den er opstået fra den tidligere cheflæge.

Begrebet sammenhængende patientforløb opstod midt i 90'erne, og var starten på ideen om diagnosepakkerne .

Daværende cheflæge havde været i USA og tage en mastergrad MBA, og blev her inspireret af deres måde at lave sammenhængende patientforløb på.

På Vejle Sygehus fandt man dengang at ventetid fra henvisning til diagnostik var på 57 dage for en lungecancerpatient, hvor den i dag er max 14 dage.

Der er ligeledes enighed om, at røntgenafdelingen har haft en stor andel i dette kortere forløb, idet de har vist bemærkelsesværdig stor samarbejdsvilje og fleksibilitet.

Udgangspunktet for en effektiv diagnosepakke er, at der er et stort patientvolumen. Der er således ikke lavet diagnosepakker til alle akutte medicinske patienter, men til større diagnosegrupper både ambulante og indlagte patienter.

Vi blev præsenteret for lungepakken.

Processen med diagnosepakker startede med fokus på standardiserede patientforløb, og der blev nedsat arbejdsgrupper tværfagligt og på tværs af specialer, som skulle arbejde med et til to selvvalgte patientforløb. Sygehusledelsen udpegede sammen med afdelingsledelsen nøglepersoner blandt overlægegruppen. Denne proces accelererede hurtigt, og inden længe havde man produceret instrukser og retningslinier til mange forskellige patientforløb. Der var dog problemer for de professionelle med at få evalueret på de udvalgte resultatmål.

Sygehusledelsen pålagde derfor afdelingsledelserne at gøre dette, og med konsekvens til følge ved stadig unddragelse. Eksempelvis måtte man skille sig af med en afdelingsledelse på grund af dette.

Resultaterne af disse målinger bliver fremlagt i fælles forum mellem alle sengeafdelingers afdelingsledelser og sygehusledelsen.

Sygehusledelsen viser stort engagement, synlighed og fastholdenhed i sin ledelse.

Chefsygeplejersken fortalte,

*"at vi i starten hver især i sygehusledelsen havde fulgt et patientforløb i både dag-, aften-, og nattevagten."*

Afdelingsledelser, der opnår gode resultater, bliver honoreret med resultatløns, eller afdelingen får mulighed for finansiering af faglige udviklingstiltag i form af deltagelse i kongresser, temadage og lignende.

Den ansvarlige sygeplejerske for lungepakken i ambulatoriet fortalte,

*"vi er et godt tværfagligt team, hvor alle er meget ansvarlig overfor at patientforløbene fungerer efter retningslinierne. Vores arbejdstid bliver tilrettelagt efter patientflow'et, det vil sige, at der er ingen af os, der har fri mandag eller tirsdage, da det er her de fleste patienter kommer"*

Der er udfærdiget en "Lungepakke-mappe", hvor alt er beskrevet fra patienten kommer til patienten er udredt. Der blev afholdt ugentlige tværfaglige konferencer, hvor også thoraxkirurgen fra Odense deltog.

De væsentligste ledelsesmæssige faktorer i implementeringsprocessen på Vejle Sygehus har været :

- orden i økonomien som muliggør økonomiske incitamenter
- finde og støtte ildsjæle
- åbenhed, tillid
- fastholdelse
- konsekvens Ris og ros
- opfølgning – kontrol
- monitorering af opfyldelse af resultatmål (offentlig)
- EPJ

Hvad så vi ikke?

- Vi talte ikke med Røntgenafdelingen
- Vi var ikke i en sengeafdeling og talte ikke med personalet i afdelingen
- Vi talte ikke med den ansvarlige overlæge for lungepakken

Det blev klart for os, at røntgenafdelingen er en meget væsentlig faktor i denne implementeringsproces. De har internt et godt visionært og fleksibelt samarbejde, og er meget kreative i løsning af fælles problemer. Røntgenafdelingen har således afskaffet booking af almindelige undersøgelser såsom røntgen af lunger og knogler.

Dette foregår nu ved, at der sendes en elektronisk henvisning fra afdeling, egen læge, eller ambulatorium, og patienten møder efterfølgende op på røntgenafdelingen, hvor der ikke er lang ventetid. Eksempelvis er kapaciteten 32 røntgenoptagelser af lunger i timen, på ét apparat.

Ligeledes går vagthavende røntgenlæge ikke hjem før dagens billeder er beskrevet inden kl. 18. Ved spidsbelastninger af planlagte undersøgelser tages lørdagen i brug..

I forhold til lungepakken har man reserveret faste tider til disse patienter, og der CT-scannes 18 patienter i én scanner i løbet af en dag. Hvis ikke disse tider udnyttes, tager man i stedet akutte patienter til undersøgelse.

Røntgenafdelingen udgør derfor ikke en flaskehals på Vejle Sygehus.

Vi hørte fra flere af de interviewede, at på Vejle har man ”orden i økonomien”. Dette er således en historie som er alment accepteret, og i overensstemmelse med det administrative/økonomiske rationale.

På Vejle Sygehus er EPJ fuldt implementeret, og man har lige fået talegengivelse i stedet for diktering på bånd som efterfølgende skrives af en sekretær. Dette medfører at journalen altid er tilgængelig lige meget hvor man er og alt der er dikteret, kan læses umiddelbart efter. Det har dog ikke været uden problemer at indføre talegengivelse, idet det i starten tager lidt længere tid for lægen at diktere. EPJ har været med til at effektivisere patientforløbene, idet man sparer tid på at skulle lede efter journalerne, holde orden i dem, arkivere dem etc. Elektroniske beskeder går direkte til praktiserende læger og omvendt. Bookinger, henvisninger, undersøgelsessvar gør det muligt at effektuere ordinationer hurtigt.

Kontaktpersonordningen er ligeledes blevet implementeret, så alle patienter får tildelt en kontaktlæge og -sygeplejerske. Dette har været medvirkende til at fremme processen med indførelsen af diagnose pakker.

Alle de interviewede personer taler om ildsjæle, engagerede nøglepersoner som en ligeledes væsentlig faktor for implementering af diagnosepakker. Man er i ledelserne meget bevidst om at få øje på personer med et særligt engagement og vilje og formår at give dem ansvarsområder og kompetenceudvikling. Der er ikke nogen, der klart kan definere hvad en ildsjæl er, og hvilke kompetencer en sådan skal have.

## 6. Analysestrategi

En analysestrategi er en strategi for, hvordan man vil konstruere andres iagttagelser som genstand for ens egen analyse (Ib Andersen 2005).

En analyse betyder

1. adskillelse af en helheds enkeltdeler og
2. undersøgelse af disse enkeltdelers relationer til hinanden og eventuelt helheden

Med udgangspunkt i problemformuleringen vil vi fokusere på 4 begreber:

*Implementering* forstås vi som enhver proces hvor arbejdsgange og holdninger udvikles og forankres

*Diagnosepakker som udviklingstiltag*, vi vælger udvikling frem for forandring, idet vi mener, at der i dette begreb også er en forventning om forbedring, hvilket stemmer helt overens med forventningerne til sygehusvæsenet både fra brugere, politikere og de professionelle selv (især ny teknologi).

*Ledelsesmæssige udfordring*, her vil vi fokusere på ledelse på afdelings og sygehus niveau, idet vi mener, at der skal en vis ledelsesmæssig kompetence til at implementere tiltag på tværs af afdelinger, og at der altid skal ledelsesmæssig accept til forankring af tiltag.

*Fagprofessionelle* skal her forstås som læger og plejepersonale. Deres medvirken ved udviklingstiltag er helt essentielt ellers sker der ingen implementering. Hvordan opnås denne medvirken og hvilke årsager til dekolpling er væsentlige?

Disse begreber vil vi på baggrund af en teoretisk gennemgang af institutionalisme og ANT teori sammenholde med vores case, Vejle Sygehus.

På baggrund af litteraturgennemgangen indtil videre fremstår svaret på, hvad ledelsen kan gøre for at fremme tværfagligt samarbejde på tværs af afdelingerne, som meget afhængigt af de medvirkende aktører og deres handlemuligheder.

Disse handlingsmuligheder vil være begrænset af en mængde faktorer, både institutionelle og individuelle.

Vi vil derfor belyse dette ud fra institutionel teori, som netop beskæftiger sig med begrænsede handlemuligheder pga. normer og værdier.

Da den institutionelle teori ikke formår at komme i dybden med de individuelle muligheder, vil vi derefter belyse disse ud fra Aktør Netværks Teorien som netop bygger på aktørernes (både humane og non-humane) interaktioner, og den deraf ofte uforudsigelige effekt.

Institutionel teori kan fortælle om spredning af, og institutionalisering af, forskellige former for organisationsdesign. Den beskriver forholdet mellem organisationerne og deres omgivelser, hvor den enkelte organisation er nødt til at fremstå som legitim i omgivelsernes øjne for at overleve. Den beskæftiger sig bl.a. med, hvad der sker i en organisation der består af fagprofessionelle, og dermed risikoen for dekobling ved udviklings- og forandringsprocesser.

Desuden vil vi beskæftige os med institutionelle entreprenører som nøglepersoner i implementeringsprocesser.

ANT kan fortælle os om, hvordan implementering og udvikling oversættes eller translateres i organisationen, samt om ledere som aktører i netværket.

Hvad er programmerne i implementeringsprocessen og hvilke er antiprogrammer?

Hvilke aktører og aktanter er i spil og hvordan danner de netværk?

Vi vil kritisk se på anvendelsen af de to teorier, samt diskutere hvilket fokus disse teorier har i forhold til oversættelsesbegrebet.

I perspektivering vil vi foretage en vurdering af resultatet af analysen i forhold til, om andre teorier havde været mere brugbare, samt inddrage enkelte andre relevante teorier.

Til sidst vil vi se på hvordan implementeringsprocessen kan anvendes i vores egen organisation.



## **7. Institutionel teori**

### *7.1 Institutionen som genstandsfelt*

Forandring i den institutionelle optik handler om sammenhængen mellem institutionelle betingelser og individuel og organisatorisk adfærd.

Meyer og Rowan (Meyer & Rowan 1991) beskriver en institution som afhængig af organisationens omgivelser. En organisation der forsøger at overleve og bevare legitimitet, må hele tiden søge disse omgivers accept for at få del i livsvigtige ressourcer som kvalificeret arbejdskraft, kapital viden etc.

Omgivelserne har bestemte forestillinger om, hvad der er rationel form for adfærd, og Meyer og Rowan kalder disse for rationaliserede myter (Voxsted 2002).

Myterne er mentale konstruktioner af virkeligheden, og organisationer der er præget af rationaliserede myter er udsat for et dobbelt pres i overlevelse i organisationens omgivelser.

P Kjær (Voxsted 2002) skriver, at den institutionelle tilgang til organisatorisk forandring bygger på forklaringen, at der ikke træffes rationelle valg. Der fokuseres snarere på strukturelle betingelser for organisering og beslutninger bliver løse koblinger mellem struktur og aktivitet/opgave. Det organisatoriske felt præges af stærke legitimitetsfordringer. Den institutionelle teori har været kritiseret for, at man ikke har haft blik for den rolle enkelte aktører spiller i forandringsprocesser

DiMaggio og Powel (DiMaggio & Powel 1991) undersøger organisatorisk forandring ud fra et institutionelt perspektiv ved at forstå denne forandring som et samspil mellem organisationsspecifikke kendetegn og kendetegn ved det organisatoriske felt. Der er med andre ord tale om sammenhængen mellem organisatoriske felters organisering og institutionel isomorfisme.

Ved isomorfisme forstås en ensretning af organisationers formelle strukturer, altså at de indtager samme form.

Der findes 3 typer isomorfismer, og det er

- 1) tvangsmæssig isomorfisme som ofte ses i organisationer, der er meget afhængig af enkelte og dominerende ressourcestærke organisationer i omgivelserne
- 2) Mimetisk isomorfisme som kendetegner organisationer, der vil efterligne organisationsformer, som den opfatter som succesfulde i et bestemt felt, og som ses i organisationer, der er præget af usikkerhed om forholdet mellem mål og midler.
- 3) Normativ isomorfisme der typisk gør sig gældende i fagprofessionelle organisationer. Det handler typisk om udvikling af professionelle grupper omkring bestemte ideer og modeller for organisation og ledelse.

### *7.1.2 Den fagprofessionelle institution*

De klassiske professioner er muligvis i en opløsningsproces i det moderne videnssamfund, monopoliseringen undergraves og legitimiteten anfægtes. ([www.nyt-om-arbejdsliv.dk](http://www.nyt-om-arbejdsliv.dk))

De karakteristika som hidtil har kendetegnet det professionelle arbejde:

- den enkelte professionelle legemliggør en bestemt videnskabelig baseret kompetence
- at være professionel indebærer identifikation med denne vidensbasis
- professionen har monopol på visse funktioner
- den professionelle har et samfundsmæssigt ansvar for faglig kvalitet
- den professionelle har stor autonomi i udførelsen og definitionen af faglig kvalitet

Samfundsudviklingen stiller dog krav om at dette monopol, for sygehusvæsenet og lægerne især, brydes ved at brugerne skal informeres og medinddrages. Samtidig stilles der krav om gennemsigtighed og politisk indflydelse, hvormed autonomien formindskes.

Der stilles krav om, at den medicinske kerneydelse suppleres med kerneydelserne kommunikation, empati og administration.

Sygehusvæsnet er i høj grad baseret på en rationaliseret sygdomsbehandling i organisering og daglig klinisk praksis. Den medicinske profession har, næst efter juristerne, den stærkeste institutionelle autonomi. Derfor har den medicinske interne normsætning for faglig kvalitet været styrende. Sygeplejen derimod er en opkommende profession, men samtidig ser sygeplejerskerne professionaliseringen af deres arbejde som en trussel mod den oprindelige kerneopgave, omsorgen.

Sygeplejen har hidtil været domineret af den medicinske profession og har rødder i kvindelig socialisering. De har derfor ikke haft tydelig autonomi i udførelsen eller kvalitetssikring af eget fag.

I dag er kvalitetsbegrebet mindre entydigt. Patienternes subjektive oplevelser, betydningen af samspillet mellem patient og læge samt indsigt i betydningen af de psykologiske sider af helbred, har fået langt større opmærksomhed.

Dette imødegås af de professionelle med standardisering af behandlingen baseret på videnskabelig evidens, mens der organisatorisk foregår ændringer i form af nye ledelsesformer. Dette tyder på, at der skal ske en udvikling i den faglige forståelsesramme, der skal udvikles en ny professionsidentitet.

I flg Sehested (Sehested 2003) bliver et væsentligt element i den nye lederrolle, at oversætte og formidle politiske krav og brugerkrav til de professionelle, samt at være bindeled mellem topledelsen og de professionelle.

Det har stor betydning at de enkelte tiltag præsenteres på den rigtige måde, på det rigtige tidspunkt i forhold til medarbejderne, og især i forhold til ildsjælene eller tovholderne, som har essentiel betydning for processen. Disse tovholderne skal være fagligt kompetente og respekterede af kolleger og samarbejdspartnere, for at have den største gennemslagskraft.

Der skal være en anledning til at implementere et udviklingstiltag, nogen skal få øje på denne anledning og samtidig få ideen til tiltaget, og have kapacitet, tid og

gennemslagskraft til at få det oversat, så medarbejderne kan se meningen, og der er overensstemmelse med den overordnede strategiske målsætning.

De barrierer som kan opstå i en implementeringsproces i en fagbureaukratisk organisation som et sygehus, handler om faggrænser og professionel autonomi.

De fagprofessionelles fordeling af arbejdsopgaver og autonomi kan udfordres kraftigt af udviklingstiltag, hvilket får de fagprofessionelle til at reagere med dekobling, idet de forsøger at undgå den personlige trussel som et udviklingstiltag kan indebære.

Ved dekobling forstås, at de fagprofessionelle undgår at omgivelsernes rationaliserede myter kommer til at få konsekvenser i organisationens kerneydelser. For at undgå ineffektivitet, konflikt og tab af legitimation må organisationen hele tiden forhindre at formelle krav slår igennem i de daglige aktiviteter, samtidig med at man konstant må udmelde, at man er legitim og tilpasset på alle måder.

Der er en del litteratur som beskriver at afdelingsledelser og plejepersonalet accepterer nye udviklingstiltag, og deltager aktivt i processen hvorimod de sideordnede overlæger kun deltager i ringe grad. Dette kan iflg. Sehested hænge sammen med, at de sideordnede overlæger stadig identificerer sig med den traditionelle professionsrolle, hvor kerneydelserne prioriteres højest, eller at de sideordnede overlæger ikke opfatter sig selv som ledere, men mere som udøvere af professionen. (Sehested 2003).

I flg. Zeuten Bentsen kan læger motiveres for udviklingstiltag, når det drejer sig om faglig kvalitet, etik og ledelse i detaljen. (Bentsen 2001).

Der er tradition for at beslutninger skal tages med konsensus, og ikke som en ordre fra oven. Lederen af læger skal således være overordentlig dygtig til at oversætte politiske beslutninger, så de giver mening for den enkelte læge og fastholde de nødvendige tiltag, som implementeres.

*”ledelse af læger er en særlig krævende disciplin, hvor den største udfordring handler om at lære de ledende at lade sig lede og gøre sygehuset til et fælles projekt”*

(Bentsen 2005)

Eva Zeuten Bentsen har studeret lægelige ledere i sygehusvæsnet, og fandt at den lægelige lederrolle er under udvikling. (Bentsen 2003).

Ligeledes er de sociale strukturer under gradvis forandring. Ledelse bliver mere tydelig og legitim. Der stilles større krav om kontrol og fokusering på detaljer.

Handlerummet og rammerne hvori ledelsen foregår, har stor betydning. De institutionaliserede handle- og translationsmønstre understøttes af professionssocialiseringen, og medarbejderinteresser. Alligevel gør den enkelte lægelige leder en forskel, sandsynligvis afhængig af både personlige og faglige kompetencer.

Endvidere kræver udvikling symbolik, konstante markeringer, personlig involvering samt kontinuerlig refleksion. Værdiladningen i processen er afgørende.

De lægelige ledere bliver bærere af de gamle værdier ind i nye sociale strukturer i en forandringsproces.

Ny-institutionalismekritiseres mht. om teorien magter at arbejde med modsætningsfyldte krav og forventninger til institutioner i relation til forandringer. Interesser og modsætninger skal ses i forbindelse med institutionelle meningsmønstre. (Antonsen 2002).

Institutioner skal betragtes som socialt skabte tankesæt og meningsmønstre. Derved bliver interesser og præferencer endogene, og dette kan dermed skabe forståelse for konflikt og forandring. Dette udelukker det organisatoriske felt, men fokuserer på en organisation "i et felt". Dette giver mulighed for at se på den aktuelle organisation ud fra forskelligrettede interesser. (DiMaggio & Powel 1991).

Sygehuse er skabt for at behandle syge mennesker, og læger og sygeplejersker er uddannede til at være patienternes advokater, at ville patientens bedste. Herunder at udvikle pleje og behandling gennem forskning.

De politiske krav om effektivitet og økonomistyring realiseret gennem NPM bølgen, kan således ses som en modsætning. Der er tale om to forskellige institutionaliserede meningsmønstre som muligvis er inkompatible?

Den socialt skabte betydning af sygehusets og de fagprofessionelles funktion som serviceorgan, står i modsætning til den virkelighedsforståelse som ligger i de fagprofessionelles institutionelle identitet i form af faglig kvalitet.

De fagprofessionelle kan anskues som bærere af en "institution", forstået som et tankesæt som giver mening, begrænser handlemulighederne og bestemmer den enkeltes adfærd. Et fælles værdisæt som man handler ud fra.

Når omgivelsernes forventninger til sygehuset og de fagprofessionelle ændres, opstår der konflikt og behov for forandring.

Dette kan give anledning til dekobling, idet kravene fra omgivelserne er inkompatible med de fagprofessionelles eller institutionens værdisæt. Dekobling er kun midlertidig løsning, idet omgivelsernes krav består og problemet er således uløst.

Røvik taler om identitetsforvaltning som en social proces, organisationer skaber sin egen identitet gennem at være fælles, lig og ulig andre organisationer. (Røvik 1998).

Isomorfisme er det fænomen at organisationer indenfor et felt kommer til at ligne hinanden. Denne ensartethed kan dog være ceremoniel pga. dekobling. Formålet med "efterligningen" er at legitimere egen organisation. For sygehuset vil det ofte handle om at tilkæmpe sig politisk opmærksomhed og fagprofessionel, især lægefaglig, anseelse. Dermed kan isomorfismer ses som udtryk for en konflikt.

Endelig skabes isomorfi også gennem den faglige socialisering, der sker gennem uddannelsen.

Det vil sige at behovet for forandring ikke fører til forskellighed, men til homogenisering indenfor et organisatorisk felt. Dette stemmer overens med den udvikling, vi kan se i sygehusvæsnet. De nye krav fra brugerne, de politiske krav og medarbejdernes krav er nogenlunde de samme på alle sygehuse, og de mange forskellige udviklingstiltag, som har mange forskellige navne, bygger stort set på de samme principper.

En anden mulighed for at imødekomme omgivelsernes krav om forandring er translation, forstået som en ”oversættelse” af de overordnede institutionaliserede krav til en form som stemmer overens med de lokale værdier.

Set ud fra ny-institutionalisme (NIT), handler det om at få det økonomistyrede meningsmønster og de professionelles meningsmønster til at passe sammen.

De fagprofessionelles meningsmønster kan karakteriseres som høj faglig kvalitet, uddannelse, høj grad af autonomi og individuelle patientforløb.

### *7.1.3 Institutionelle entreprenører*

Begrebet institutionelle entreprenører har givet anledning til kontrovers i den ny-institutionelle teori. NIT beskæftiger sig ikke så meget med aktørers evner og muligheder til at kunne distancere sig fra det institutionelle pres og se andre alternative institutionelle mønstre, og dermed agere strategisk til forandringer i den institution de er en del af.

Men DiMaggio har i slutningen af 1980'erne introduceret begrebet institutionel entreprenør, og defineret det som en aktør der har interesse i at modificere institutionelle strukturer eller skabe nye, og som har nok ressourcer til at gøre dette. (Boxenbaum 2004)

Eva Boxenbaum har, i sit casestudie af en dansk virksomhed, undersøgt aktørers innovative kapacitet og evner til at kunne se alternative mønstre, og være med i forandringen af egen institution. (Boxenbaum 2004).

Boxenbaum antog, at institutionelle entreprenører er institutionelt forbundne agenter som er med til at translaterer en institutionel forandring. Hendes undersøgelse viste, at aktører der har erfaringer fra flere organisatoriske felter, havde større innovativ kapacitet end andre aktører til at gennemføre forandringer i egen institution.

Den innovative entrepreneur er i stand til at overføre erfaringer fra et organisatorisk felt til et andet. Disse erfaringer kan ses som en kombination af flere institutionelle elementer, som er genkendelig lokalt som innovativ og legitim.

Eva Boxenbaum konkluderer, at den institutionelle entrepreneurs innovative kapacitet er forenelig med NIT..

#### *7.1.4 Institutionel forandring*

Institutionel forandring kan ske gennem

- diffusion                      proces med spredning og fordeling
- translation                    oversættelse
- fortolkning                    forstå betydningen af tekst eller udsagn
- transformation.              omformning til egen organisatorisk kontekst

(www. socsci.aau.dk)

Indenfor den institutionelle begrebsramme mener vi således, at det for at give mening for de fagprofessionelle er nødvendigt at anvende alle 4 elementer.

For at kunne spredes, skal der ske både en oversættelse og fortolkning, samt transformation til lokale institutionelle forhold.

Oversættelsesbegrebet er beskrevet som en spredningsmekanisme der indebærer at lokalt tilgængelige praksisser og principper kombineres med nye. (Campbell 2004).

Translation eller oversættelse bliver dermed en kilde til forandring eller udvikling. Samtidig er oversættelse en overførsel af nye ideer til den lokale praksis, og dermed en evolutionær forandring.

Et fuldstændigt brud med tidligere praksis er en revolutionær forandring.

Oversættelsesprocessen begrænses af den lokale institutionelle sammenhæng, hvilket garanterer, at en ny ide ikke bliver et fuldstændigt brud med tidligere praksis. Denne oversættelsesproces er også afhængig af de deltagende aktører og deres fortolkninger.



Oversættelsesprocessen kan involvere mange former for institutionel handlingslogik, forstået som den motivation, aktørerne anvender til at styre deres adfærd. Det kan være egeninteresse eller forforståelse.

Der kan være mange logikker på spil samtidigt.

John Campbell konkluderer, at sandsynligheden for at et udviklingstiltag vinder fodfæste øges med :

1. kapacitet til at tilpasse udviklingstiltaget til de lokale institutionelle sammenhænge
2. evne til at mobilisere politisk støtte
3. tilgængeligheden af ressourcer både økonomiske og menneskelige
4. yderligere politiske, økonomiske eller andre ressourcer

I sit casestudie om oversættelsesperspektiver bruger John Damm Scheuer ny-institutionel teori og ANT teori til at belyse, hvad der sker når en ide møder praksis. (Damm Scheuer 2004)

Den eksisterende arbejdsdeling i afdelingen viser sig at være en selvfølge, hvis indhold er blevet taget for givet i afdelingen, og bestemte aktanter viser sig at være vigtige for oversættelsesprocessens forløb og udviklingsretning. Derfor antager oversættelsesarbejdet i arbejdsgruppen karakter af, at faggrupperne håndterer konflikter, forhandler og fastlægger kriterier for den fremtidige arbejdsdeling imellem faggrupperne i afdelingen.

Oversættelsen af en ide er afhængig af den situation og kontekst som oversætterne er i. Oversætterne vil forsøge at mobilisere elementer, de opfatter som forbundet med den ide, som de ønsker at oversætte i egen kontekst. Samtidigt vil der være elementer, der forstyrrer eller trænger sig på i forhold til oversættelsesprocessen.

Det kan være vanskeligt at forudsige præcist hvilke elementer det vil være.

Oversættelsesprocessen bør derfor forstås som en situeret læreproces, hvor det er et forsøg på at koble elementer til en ide, der muliggør organiseret aktivitet og sikrer nogenlunde ensartede og lokalt ønskværdige effekter på en forandringsproces.

Processen kan medføre, at oversætterne med tiden glemmer, eller vælger at overse dele af det arbejde, som bestemte aktører udfører. Arbejde, der netop gør det muligt at opretholde en bestemt oversættelse, en bestemt kobling mellem elementer i en situation.

Den komplekse, og over tid forhandlede, sociale orden kan ses som en ny institution, indtil en ny ide kommer på banen. Oversættelsen vil derved konstrueres på ny, men kan samtidig stabilisere sig indenfor et afgrænset udfalds rum i kortere eller længere perioder, i en lokal kontekst.

Selvom to oversættelser altid vil være forskellige, kan de komme til at ligne hinanden i et vist omfang over tid. Når de samme typer elementer kobles og lader sig koble systematisk over tid, kan man hævde at ideen er institutionaliseret.

Et muligt begreb for en sådan relativt stabil association af heterogene elementer over tid, er translations- eller oversættelsesbundter.

#### *7.1.5 Bricolage*

John Campbell( Campbell 2004) skriver, at en institutionel forandring ofte ses som en innovationsproces kaldet bricolage, hvor aktører udarbejder nye institutionelle løsninger ved at nykombinere allerede eksisterende principper og praksisser.

Dette er særlig vigtigt i det omfang, at de løsninger aktørerne finder frem til, er nødt til at være acceptable og legitime både indenfor og udenfor institutionen.

Kreative og innovative mennesker er centrale for bricolageprocessen.

De er ansvarlig for den innovative nykombinering af de institutionelle elementer.

Efter Campbells mening begynder en forståelse af entrepreneurs rolle ikke med en vurdering af hans individuelle kvaliteter, som talent og karisma, men med en forståelse af hans position inden for et sæt af sociale forbindelser og institutioner.

Hvis ledere har stærke bånd til mennesker udenfor deres umiddelbare sociale, organisatoriske, og institutionelle placering, er det mere sandsynligt, at de har et bredt

repertoire at arbejde med, og det er mere sandsynligt at de modtager ideer til, hvordan de kreativt kan nykombinere elementerne i deres repertoire.

Dette stemmer overens med det, som Eva Zeuten Bentsen har beskrevet i sit forskningsprojekt om entrepreneurs forandringskapacitet. ( Bentsen 2001)

Grader af institutionalisering kan identificeres via individets mulighed for at handle "anderledes" end en given norm foreskriver. Dette giver en institutionaliseringsgrad som er lig med den relative følsomhed, som ses i forhold til social intervention.

Sygehuset er gennem flere analyser fremhævet som en organisation, som er utrolig resistent overfor forandringstiltag (Bentsen 2001).

Graden af professionalisering er høj. Traditioner og rutiner spiller en afgørende rolle for opgaveløsning, og aktørerne i organisationerne oplæres gennem hele deres uddannelsesforløb til at skulle varetage specifikke opgaver med klare grænsedragninger i forhold til andre aktørgrupper.

Den indbyggede fastlåshed i institutioner og handlingsmønstre i institutionerne, og denne norm omkring "passende adfærd", har gennem de senere år inden for organisationsteoretisk og sociologisk forskning primært koncentreret sig omkring professionernes rolle i dette vedligeholdelses- eller ændringsspil, og mindre omkring selve organisationens rolle (Bentsen 2001).

Dele af teorien omkring institution, profession og individsammenhænge erkender imidlertid samtidig, at det er individer, der er bærere og mulige forandrere af disse institutioner.

De lægelige ledere er aktører, som lever under institutionaliserede vaner og rutiner, men de er samtidig i en situation, hvor de besidder en mulighed for at ændre dem.

Muligheden for at ændre de institutionaliserede vaner og rutiner foregår ud fra nogle overvejelser foretaget af den enkelte person og leder i en løbende proces. Disse overvejelser er alle fortolkninger, dvs. de er udtryk for en subjektiv opfattelse af nogle givne situationer.

Disse fortolkninger er resultatet af social interaktion, der er et resultat af den pågældende leders sociale og personlige dannelsesproces, og i denne analyse er det disse fortolkninger, som er i fokus.

## *7.2 Analyse af casen*

Vejle Sygehus er afhængig af sine omgivelser ved at skulle leve op til øget aktivitet, overholdelse af økonomi og yde kvalitet i behandlingen.

Markedskræfterne spiller ind, og borgerne skal have "value for money".

Vejle Sygehus' motto er : "Vi skal være i hælene på de forreste."

Dette giver et pres både indefra og udefra, der som DiMaggio og Powel siger, at de er udsat for et institutionelt forandringspres.

De bliver nødt til at handle innovativt for at overleve.

De store patientkategorier (bl.a. patienter til udredning for lungecancer), gav lange ventelister og et langstrakt udredningsforløb, og medførte, at Vejle Sygehus blev udsat for et pres fra omgivelserne til at gøre patientforløbene mere effektive, hurtige og sammenhængende.

De effektiviserede patientforløbene ved at lave diagnosepakker.

Det var nødvendigt at ændre arbejdsgange og arbejdstilrettelæggelse ved dannelse af tværfaglige teams i implementeringen af disse diagnostiske pakker.

Sygehuset må tilpasse sig omgivelserne ved isomorfisme og da sygehuset kendetegnes ved at være en professionel institution, vil der være risiko for dekobling, hvis de professionelle ikke ønsker at tilslutte sig forandringen.

Hvordan har man i ledelsen på Vejle Sygehus formået at afværge denne form for dekobling?

I følge vores interview fik vi indtryk af, at stort set alle medarbejdere efterhånden synes, det er en rigtig god ide med diagnosepakker.

Et vigtigt led i implementeringen var disse ildsjæle, som formåede at trække det store læs og få de andre med. Sygehusledelsen holdt fokus ved at følge op på processen ved

dialogsamtaler med afdelingsledelserne. Dette kan have været medvirkende til, at dekobling ikke har fundet sted. Afdelingerne og lægerne har simpelthen ikke haft mulighed for at kunne dekolle sig. En enkelt afdeling var meget træge til at komme i gang med beskrivelse og evaluering af patientforløb, og dette måtte ende ud i en tjenstlig samtale og senere en udskiftning af afdelingsledelsen.

Sygehusledelsen har været meget synlig i, at det var det, de ville og har evalueret løbende. Disse evalueringer var åbent tilgængelige for afdelingerne imellem, således at man hele tiden kunne følge med i, hvilke resultater man havde i forhold til de andre afdelinger. Hvert kvartal er der dialogmøder med afdelingsledelserne og sygehusledelsen, hvor man fremlagde sine egne resultater overfor hinanden.

Vejle Sygehus har brugt implementeringen af diagnosepakker til at modstå det politiske pres udefra, og det kan være svært at rubricere dem til en form for isomorfisme.

De vil gerne "være i hælene på de forreste", så der er altså nogle der er bedre, som de ønsker at leve op til. Dette tyder på, at det er en mimetisk isomorfisme der finder sted. Men det er samtidig også en organisation kendetegnet ved fagprofessionelle, der kunne give konflikter blandt de fagprofessionelle indbyrdes og der derved vil være en stor risiko for dekobling. Det virker ikke som om der har fundet dekobling sted, i hvert fald ikke i et omfang der har givet en stor barriere.

Vejle Sygehus var ikke kun udsat for et pres udefra, men også et pres indefra, netop ved at ville "være i hælene på de forreste".

De havde en innovativ overlæge, røntgen afdeling og sygehuschef.

Sygehuschefen var inspireret af diagnosepakkerne fra udlandet, og havde dermed de cognitive kompetencer fra flere steder som Eva Boxenbaum beskriver, til at gennemføre implementeringen.

Efterhånden er Vejle Sygehus den institution, som lægger pres på de andre sygehuse og Sundhedsstyrelsen har taget ideen om diagnosepakker med i deres Kræftplan II. Derved er Vejle Sygehus den institution, der lægger pres på omgivelserne, således at andre sygehuse bliver nødt til at efterligne dem for at overleve og forblive legitime.

Det har kostet energi og kræfter fra ledelsens side at motivere, finde ildsjæle og holde fast.

Oversygeplejersken og overlægen fra medicinsk afdeling udtaler, at de "*spotter de engagerede personer og giver dem de tilstrækkelige kvalifikationer til at gå ind i udviklingsprojekter*".

De udpeger nøglepersoner i gruppen af fagprofessionelle, blandt både læger og sygeplejersker. Disse sættes i arbejdsgrupper på tværs af afdelinger, der har fælles patientforløb. Herved styrkes de professionelle, der gives mening, og de professionelle opnår dermed legitimitet ved at arbejde efter denne nye organisering.

Er lungepakken et resultat af flere faktorer?

Det startede med standardiserede patientforløb, en innovativ og fleksibel røntgenafdeling og en medicinsk overlæge, der fik en god ide og udviklede lungepakken. Dette fik ledelsens opmærksomhed og var det derfor, at lungepakken blev implementeret? Den medicinske overlæge, røntgenafdelingen og sygehusledelsen var dem, der kunne oversætte og sprede ideen til hele organisationen. Dette er foregået gennem faglig argumentering, ledelses opmærksomhed, energi og engagement.

På Vejle Sygehus har man benyttet sig af de enkelte aktører, der har været ildsjæle og dermed institutionelle entreprenører, i implementeringsprocessen.

Den lungemedicinske overlæge var en af disse ildsjæle, men også røntgenafdelingen blev berømmet for dens fleksibilitet. Her har man været inde og effektivisere arbejdsgange ved at eliminere flaskehalse.

I mange sygehuse opstår ofte flaskehalse i forhold til røntgenundersøgelser, men i Vejle så vi, at man havde omorganiseret arbejdet i røntgenafdelingen netop for at undgå ventetid på disse undersøgelser.

Vejle Sygehus har forstået at efterleve omgivelsernes pres ved at legitimere sig og har sammen med de andre sygehuse i Vejle Amt, sat sig selv på landkortet som de mest produktive sygehuse i landet.

De lægelige ledere bliver bindeleddet mellem de institutionaliserede normer og værdier, og skaber en ny lederrolle, i et forsøg på at efterkomme de politiske krav om effektivisering, brugernes krav om service og professionens krav om kvalitet.

Entrepreneurerne har haft den forandringskapacitet, der skal til for at kombinere eksisterende principper og praksisser, til at indføre noget nyt i den eksisterende institution.

Sygehusledelsen, den lungemedicinske overlæge, og røntgen afdelingen bliver således institutionelle nøgleaktører, som forsøger at kombinere felt reproduktion med feltreform pga de interne og eksterne krav.

Der udvikles en fælles forståelse af målet, sammenhængende patientforløb og dermed konstrueres mål-middel rammer, institutionen lungepakken.

Dette kan forklare hvorfor, det er lykkedes for Vejle Sygehus at indføre diagnosepakker.

I Vejle har tilgængeligheden for økonomiske og menneskelige ressourcer været til stede. Sygehusledelsen udtalte, at de havde orden i økonomien, de havde ingen rekrutterings vanskeligheder, og den politiske opbakning fra amtet var tilstede.

Røntgenafdelingen viste stor forandringskapacitet i sin evne til at effektivisere arbejdsgange i røntgenafdelingen. Bl.a. nedbragte de et røntgenforløb fra 18 trin til 5 trin ved at se på arbejdsgange og eliminere unødige ventetid.

Vejle Sygehus har fuldt implementeret den elektroniske patientjournal, og institutionen besidder en stor forandringskapacitet.

Tilsyneladende giver diagnosepakken så stor mening i forhold til høj faglig kvalitet, at de professionelle accepterer, at autonomien standardiseres indenfor disse rammer.

Det ser heller ikke ud til at diagnosepakken forstyrrer meningsmønsteret i forhold til individuelle patientforløb.

Sygeplejersken, vi talte med, forklarede stolt om de individuelle hensyn, der blev taget til patienten i form af måden informationen blev givet på samt at patienterne i høj grad var tilfredse med et hurtigt planlagt udredningsforløb som lungepakken består af.

Måske har de professionelle konstrueret en myte om individuelle patientforløb, som slet ikke stemmer overens med patienternes behov?

Det stiller sig lidt anderledes med diagnosepakkerne i forhold til uddannelse. Diagnosepakken fordrer, at det er de kompetente læger som ser patienterne, og deltager i de tværfaglige konferencer, hvilket gør det svært for de yngre læger under uddannelse. De kan selvfølgelig være med på sidelinien, men er der ressourcer i dagligdagen til den ”mesterlære” som lægeforeningen for nylig har genintroduceret som ønskværdig? Netop dette uddannelses aspekt er i øvrigt kritiseret i Ugeskrift for læger nr 168 2006.

Der er ingen tvivl om at røntgen afdelingen på Vejle Sygehus har taget service konceptet til sig, og har fået de professionelle meningsmønster tilpasset hertil. Dette stemmer i øvrigt godt sammen med definitionen af røntgenafdelinger, laboratorier, nuclearmedicinske afdelinger mfl., som sædvanligvis klassificeres som serviceafdelinger for sengeafdelingerne.

Det fungerer dog langt fra altid i praksis, og spørgsmålet er, hvordan man i Vejle har opnået dette - endda i en sådan grad, at de andre afdelingsledelser åbenlyst berømmer det. Måske endda forsøger at efterligne det i bedste institutionelle stil, idet det giver, måske ikke politisk opmærksomhed, men i hvert fald sygehusledelsens opmærksomhed.

Hvis man ser på den lægelige profession som institution, karakteriseres den af høj etik og stor grad af faglig autonomi, med mulighed for sanktioner til de medlemmer som bryder det faglige kodeks.

På Vejle Sygehus udtrykte den medicinske overlæge, at de nye diagnosepakker af nogen blev kritiseret for at være for en ”maskinagtig” måde at håndtere patienterne på, men legaliserede det ved at udtale, at der i standardiseringen blev taget individuelle hensyn til patienterne. Patienten kunne i forløbet blive udsat for unødige undersøgelser, men det ikke var til gene for patienten.



På Vejle sygehus har man omorganiseret strukturen på afdelingsniveau fra at være hierarkisk opdelt, til tværfaglige teams omkring de enkelte patientforløb.

Sygeplejerskerne på Vejle sygehus ser en mening med diagnosepakkerne og et kvalitetsmæssig løft for patienten, og viser et meget stort engagement i udførelsen af det nye tiltag. Hver enkelt person i teamet viser meget stor ansvarlighed overfor patientforløbet ved at yde en ekstra indsats i spidsbelastede perioder: der arbejdes udover almindelig arbejdstid.

Røntgenlægen går ikke hjem før de sidste billeder er beskrevet, og om nødvendigt arbejdes der ekstra om lørdagen for at løse opgaverne.

Arbejdstidstilrettelæggelsen tilgodeser patienterne.

Sygeplejersken i ambulatoriet fortalte, at de ikke planlagde fridage i de første dage i ugen, for at undgå ventetid for patienterne.

### *7.3 Delkonklusion*

Vores analyse viser, at det pres som Vejle Sygehus har været i, er kommet både indefra og udefra.

Presset udefra var både det politiske krav om effektivitet, kvalitet og ”value for money”. Der var et stort volumen af patienter, og patientforløbene strakte sig over flere måneder fra henvisning til behandling. Det var u hensigtsmæssigt for patienterne, og det medførte at ventetiden på behandling var lang.

Presset var derfor også i organisationen, og man fandt det som en nødvendighed, at ændre patientforløbene på tværs i sygehuset - og dermed tilpasse sig omgivelsernes krav.

Ideen til diagnosepakkerne kom fra den daværende cheflæge, der havde fået erfaringer med det fra sit Masterstudie i USA, og han kvalificerer sig derfor som institutionel entrepreneur med stor innovationskapacitet.

Det var de fagprofessionelle i organisationen, der havde taget initiativet til diagnosepakkerne, og der var fuld ledelsesopbakning hele vejen igennem.

De økonomiske og de personalemæssige forudsætninger var i orden inden de gik i gang, og de var godt i gang med den elektroniske patientjournal.

De har haft nogle institutionelle entreprenører i form af en innovativ medicinsk overlæge, en fleksibel røntgen afdeling og en sygehuschef, der har villet lave nogle hensigtsmæssige patientforløb.

Den medicinske overlæge og cheflægen havde den kognitive kapacitet fra andre steder til at implementere forandringer, og var som institutionelle entreprenører dem, der var blandt ildsjælene til at bære forandringen igennem. De har været i stand til at translaterere/oversætte ideen i institutionen ved at konstruere den i en lokal kontekst. De var i stand til at nykombinere eksisterende praksisser i en ny konstellation, og viser at de ved at have erfaringer fra andre steder, har et større repertoire at bruge af i implementeringen af diagnosepakker. Dette, som i den institutionelle teori kaldes Bricolage.

De andre medarbejdere har ikke haft mulighed for at dekode sig, idet ildsjælene og sygehusledelsen hele tiden havde fokus på implementeringen.

Der var stor ledelsesopbakning fra sygehusledelsen, og på kvartalsvise dialogmøder med alle afdelingsledelser blev resultater forelagt for hinanden, hvilket medførte motivation for de, der var bagud til at blive bedre.

Sygehusledelsen viste konsekvens ved manglende målopfyldelse, som havde udmøntet sig i afsættelse af en afdelingsledelse.

Hvis man derimod viste gode resultater opnåede afdelingsledelserne resultatløse, eller personalet i afdelingerne fik tildelt ressourcer til deltagelse i kongresser, efteruddannelse eller afholdelse af temadage.

Institutionelle entreprenører har formået at skabe så stor mening i forhold til høj faglig kvalitet, at de professionelle accepterer, at autonomien standardiseres indenfor disse rammer.

De fagprofessionelle ser, at der er god fornuft i denne ide ved, at det ikke kun giver kvalitet i patientbehandlingen at indføre denne forandring, men der opnås samtidig mere effektivitet, så der kan ydes flere patienter behandling på den samme tid. De

fagprofessionelle føler derved, at de bevarer deres faglige legitimitet indenfor disse nye rammer. Det har derfor ikke været nødvendigt at dekode sig.

Røntgenafdelingen havde ligeledes en stor ære i, at det er lykkedes at implementere disse pakker, og der er her ligeledes en ildsjæl som med sin fleksibilitet og innovationskapacitet ser, at der er perspektiv i denne ide og evner at få sin afdeling til at omlægge arbejdsgange og rutiner.

Vejle Sygehus har med sin centerdannelse frem for FBE-struktur måske været med til at bane vejen for økonomiske rationaler og patientforløb, således at diagnosepakkernes implementering ikke har skabt de store konflikter med de fagprofessionelle rekonstruerede rationaler.

Den uddannelsesmæssige forpligtigelse af de yngre læger var dog ikke uden problemer, idet det er den kompetente læge, der skal være med i hele patientforløbet. Det er dem der skal optage anamnese, ordinere undersøgelser, informere patienten og deltage i den tværfaglige konference med de samarbejdende afdelinger.

Det er den kompetente røntgenlæge der skal beskrive røntgenundersøgelserne, så det er en udfordring til at få oplært den yngre læge, og har man ressourcer til at lade denne gå med på sidelinien?

Hvis vi betragter implementeringen af diagnosepakker på Vejle Sygehus som ledelsesmæssig udfordring, og sammenholder den med John Campbells model for at et udviklingstiltag vinder fodfæste (beskrevet på side 41), kan vi identificere følgende :

- ad 1. der har været stor ledelsesmæssig opbakning og faglig vilje til at udvikle diagnosepakken til de eksisterende faglige normer og værdier, som de fagprofessionelle oplever som legitimt og meningsfyldt.
- ad 2. gennem opfyldelse af de mange politiske krav som standardiserede patientforløb, indførelse af EPJ, budgetoverholdelse og overholdelse af servicemål og kvalitetsmål har ledelsen mobiliseret stor politisk støtte

- ad 3 ledelsen har spottet og udviklet de engagerede nøglepersoner ( ildsjæle) som har tilstrækkelig forandrings- og overtalelseskapacitet til at mobilisere energi til implementeringsprocessen. Ligeledes er der skabt et image omkring Vejle Sygehus, så de ikke har rekrutteringsproblemer.
- ad 4 Vejle Sygehus er kommet ind i en selvforstærkende proces som sikrer fortsat udvikling

Vi kan konkludere, at Vejle Sygehus på alle 4 punkter lever op til Campbells model.

Oversættelsesprocessen kan genfindes i alle faser af implementeringen af lungepakken.

## **8. Aktør – netværksteori (ANT)**

### *8.1 Oprindelse*

ANT udspringer af den konstruktionistiske videnskabsteori som, i modsætning til den traditionelle naturvidenskabeligt baserede positivisme, tager udgangspunkt i, at man ikke kan betragte virkeligheden udefra, men at virkeligheden konstrueres gennem relationer. Der findes således ikke nogen universel sandhed, idet virkeligheden skabes i relationen.

Den konstruktionistiske tilgang til studiet af videnskonstruktion opstår i starten af 80'erne: Ophavsmændene er Michel Callon, Bruno Latour og John Law, og døbes hurtigt Aktør Netværks Teorien.

Den centrale tese er, at viden samkonstrueres af humane og nonhumane aktører gennem association.

Både sociale, såvel som naturlige, tekniske elementer indgår i konstruktion af videnskabelig og anden viden. Videnskonstruktion har derfor netværksopbyggende karakter. (Damm Scheuer 2003)

Latour problematiserer opdelingen af ”menneske” og ”ikke-menneske” i studiet af virkeligheden, idet det forhindrer os i at forstå den sociale virkelighed.

Kun ved at betragte alle ”entiteter” kan vi lave social teori eller organisationsteori. (Svenningsen 2004)

ANT er således en metodologi, som kan anvendes til at udforske hvordan de forskellige elementer påvirker hinanden i dannelsen af netværk.

Teorien anvendes ikke til at afdække videnskabelige objektive ”sandheder” som beskrivelser af virkeligheden, men i stedet til beskrivelse af de lokale processer som kan forklare kompleksiteten af fænomenet interesser.

Traditionelle videnskabelige begreber som validitet og realibilitet, kan således erstattes af meningsfuldhed og brugbarhed.

Principperne for teorien er

- alle fænomener skal beskrives symmetrisk, både humane og non humane elementers produktion samt fejl og sandhed skal studeres ud fra samme principper
- alle fænomener skal opfattes relationelt, intet eksisterer i sig selv, men defineres i sammenhænge
- intet eksisterer uendeligt
- nye fænomener opstår gennem translationer, hvor hverken aktører eller deres egenskaber er uforandrede

( Svenningsen (Vikkelsø) 2004)

## 8.2 Definitioner i ANT

### 8.2.1 Aktør eller aktant

Aktør eller aktant er alt som kan tilskrives en handling.

*An "actor" in ANT is a semiotic definition – an actant -, that is something that acts or to which activity is granted by others. (Latour 1997)*

En aktant defineres ud fra det den gør; men aktanter kan redefineres gennem relationer med andre aktanter, derfor skal aktanten defineres ud fra de relationer, den forekommer i. Derved tildeles aktanten en rolle.

Når relationen er stabiliseret kan den tilknyttes et navn. Det betyder, at aktanten ikke kan defineres eksplicit, men gennem opstilling af alle de relationer aktanten indgår i. Jo længere listen er, des mere stabil og betydningsfuld er aktanten.

Både human og non-humane aktanter deltager i konstruktionen af virkeligheden. Non-humane aktanter bliver derfor aktive i sociale relationer.(historien om hotelnøglen) (Latour 1992)

De non-humane aktanter er stabiliserende for vores sociale relationer, og dermed bevarelsen af netværk.

Gennem interaktion med non-humane aktanter bliver humane aktører tilført en ny betydning.

Non-humane aktanter signalerer en betydning, en anvendelse, og har derfor en mening.

Dørlukkeren i "the missing masses" har både en "funktion", men også en forståelse om, at det moralske menneske er på tilbagegang og har antiprogrammet = ikke at lukke døren, og må erstattes af automatik, som overkommer dette antiprogram, og lukker døren.

Implementeringsprocesser kan ud fra ANT ses som en proces, hvor relationerne mellem de forskellige aktanter og deres interesser rekonstrueres på nye måder.

Translation bliver således et centralt begreb i dannelsen af aktør- netværk.

Translationsprocessen består af flere faser, og kan meget simplificeret beskrives således:

- en aktant definerer sit program ud fra egne interesser og forsøger at gøre andre aktanter interesserede i programmet. Disse nye aktanter har et lidt anderledes program, og kan kun indrulleres i netværket, hvis det oprindelige program tilpasses de samlede interesser. Derved ændres det oprindelige program i dannelsen af aktør-netværket.

Enhver handling er et valg, og bliver derfor et udtryk for en mening. Hvordan non-humane aktanter vælger, fremgår ikke tydeligt, men de humane aktanters intentioner kan således forklares som et valg af handling. (Latour 1996),

Vi vil fremover bruge *aktant* om alt, som kan få handlingsmæssig betydning, det kan være mennesker, teknologi, egenskaber og forståelser.

*Aktør* vil vi benytte om humane aktant, som har dannet netværk med andre aktanter både humane og non-humane f eks tale, regler, PC'er og holdninger.

Vi betragter denne dannelse af netværk, som et valg den humane aktør har taget ved at betale prisen for at indrullere de andre aktører/aktanter. Det kunne være at ændre sin adfærd eller holdning. Dermed indeholder begrebet aktør en menings- og forståelsesmæssig dimension.

Fagprofessionelle er aktører, som har indrulleret aktanter som etik, faglig forståelse, værdier og færdigheder.

### 8.2.2 Netværk

Netværk opstår, når flere aktanter sammenkædes, det er gennem netværk "virkeligheden" opstår.

Netværk er grundlæggende for vores virkelighed, og forståelsen opstår kun gennem netværk. Netværk klassificeres ikke og beskæftiger sig ikke med geografiske afstande, hierarkier, niveauer eller egenskaber – det eneste der betyder noget, er koblingen. Netværk kan bestå af forskellige slags relationer med forskellige aktanter.

Aktanter og netværk har gensidig indflydelse på hinanden. Det betyder, at aktanterne i nogen grad formes og begrænses af netværket, men også at den enkelte aktant præger netværket med lige netop dennes program.

Intet bliver nogensinde så rigtigt eller virkeligt, at det kan eksistere uden netværket.

Den eneste måde at opnå stabilitet på, er gennem troværdighed eller forståelse, som vil mindske forhandlingsintensiteten ved at transformere de mest loyale aktører til "black boxes".

### *8.2.3 Programmer og antiprogrammer*

Programmer kan forstås som fremsatte budskaber, og til ethvert program findes et antiprogram, hvor antiprogram skal forstås som "modstand" mod programmet.

Kompleksiteten af programmet afhænger af graden af fremsætterens ønske om opfyldelse af budskabet, og hvor mange antiprogrammer modtageren har. For at opnå opfyldelse af budskabet må fremsætteren indgå alliancer med andre aktanter, humane eller non humane, hermed bliver budskabet translateret, omformet, efter de tilsluttende aktanters programmer.

Prisen for dette er, at det oprindelige budskab ændres med hver aktant som indgår i netværket.

Antiprogrammer kan overvindes ved at tilføre en ny aktant til netværket, denne nye aktant vil dermed translaterer det oprindelige program.

*"Man kan ikke bade i den samme flod to gange, det vand man stiger op af flyder videre, så næste gang bader man i noget andet vand"*

filosof Heraklit "den dunkle" (540-480 f.v.t)

Aktanter er under konstant transformation igangsat af andre aktanter, hvilket ændrer deres tidligere tilknytning til programmer, deres kompetencer og endog definitioner. Selv veldefinerede aktanter er associationer af elementer, som kan redistribueres. Hermed opstår forandring eller udvikling. ( Elgaard Jensen 2003)



#### *8.2.4 Translation*

Translation har en central betydning i ANT, det er gennem translationen antiprogrammerne overvindes. Det er også gennem translation udvikling sker, idet det oprindelige program omformes gennem translationen ved at tilføje/indrullere en ny aktant, så der derved opstår et nyt program.

Når en aktør forsøger at opnå et bestemt program, kan det forstås som en manipulation, overtalelse eller translation, men enhver translation er risikabel, idet der ingen garanti er for at opnå det oprindelige mål.

Det kræver konstant arbejde at beholde alle aktanter i netværket, ligesom det oprindelige program gradvist transformeres - dette er prisen for at bevare og udbygge netværket. Det er derfor ikke den enkelte aktants magt eller autoritet, som bevarer netværket.

Aktanter eller aktører har ingen iboende magt, men det er et spørgsmål, om de vil betale prisen - er villig til at gå på kompromis med sit oprindelige budskab for derved at stabilisere netværket.

Translation bliver det grundlæggende opbyggende princip som sammenkæder, rekrutterer og indruller nye aktanter. Der er derfor heller ikke mulighed for at forudsige effekten af budskabet ud fra ét synspunkt, men man er nødt til at triangulere flere aktanters synspunkter.

Gennem translation kan en aktant opnå styrke ved at associere sig med andre, denne aktant indtager en position, hvor han kan tale eller virke på andres vegne. Der skabes en forbindelse mellem to ting, som var uafhængige før. Eller to personer, som havde forskellig mening, får samme holdning.

Verden kan anskues som skrøbelige ordningsforsøg, hvor der foregår en stadig kamp for at indrullere og disciplinere aktanter.

Hver eneste gang en aktant translaterer en andens budskab, sker der en afbøjning, udnyttelse eller misbrug. Derved distribueres fordelene i én retning, således at få aktanter taler på vegne af mange. ( Elgaard Jensen 2003)

Det fremgår dog ikke klart, hvorfor en aktant dominerer frem for en anden, udover at aktanter der er i stand til at overvinde antiprogrammer, bliver dominerende.

Sygdom vil sandsynligvis overvinde flere antiprogrammer end vilje, idet de syge kun sjældent kan blive raske med viljen alene.

.

### 8.2.5 Magt

Magten til at gennemføre programmet tilhører kæden, ikke den enkelte aktant.

Magt er ikke en iboende egenskab hos aktanter, men noget der skabes, når aktanter forbindes.

For at forstå dette helt, må man skifte synsvinkel fra det traditionelle *magtdiffusions*begreb, som beskriver at en central(magtfuld) person udstikker en ordre, til *magttranslations*begrebet, som beskriver at magt opstår gennem handlinger.

Hvilken magt har en ordre hvis den ikke efterkommes?

Hvis andre aktanter ”hører” ordren,og kan forene sig med det, så meget, at de selv kan se en fordel ved at efterleve det, får budskabet magt. Jo flere tilhængere, aktanter, jo mere magt får budskabet.

Der skal hele tiden tilføres ny aktanter til netværket for at bevare energien i budskabet.

Men budskabet ændres en lille smule hver gang, efter den nye aktants program.

Hvis ingen tager budskabet op, forsvinder det. Magt bliver således en konsekvens, ikke en årsag til kollektiv handling. (Latour 1986).

Dette betyder også at ”dominans” kræver konstant vedligehold af netværket.

Dette udelukker ikke hierarki, men et hierarki fungerer kun i kraft af sammenkædning med andre aktanter.

### 8.2.6 *Immutable mobiles/ inskriptioner*

Begrebet anvendes om aktanter, som kan transporteres uden at ændre form. Dette virker umiddelbart ikke helt sammenhængende med netværksteorien, idet enhver aktant skal ses i de relationer, den indgår i.

Vi mener, at disse immutable mobiles vil fremkomme i forskellige netværk, og derved med forskellig betydning.

Dog vil vi foreslå en vis stabilitet i begrebet inskriptioner, som i den oprindelige form kan flyttes uden at blive transformerede, men transformationen kan ske i det øjeblik inskriptionen møder nye aktanter.

Inskriptioner anvendes ofte for at indrullere nye aktanter.

Det som er skrevet ned, er forbundet med mange aktanter.

Én aktant er den historisk kulturelle baggrund, som vores teorier om videnskab bygger på, og som dermed "har magt" forårsaget af en lang historisk betydningsudvikling, hvor andre aktanter som kultur, forståelse og mening indgår i netværk med det skrevne.

Prisen for dette netværk må være, at antiprogrammet - forforståelse - hele tiden skal overvindes for at bevare netværket.

Inskriptioner kan være love, regler og retningslinier.

Den relative stabilitet af inskriptioner kan bruges strategisk af ledelsen, som en "action in distance", gennem repræsentation af det ønskede mål.

Inskriptionerne repræsenterer de begivenheder, som skal ledes på afstand.

Jesper Piihl definerer strategisk ledelse, som "at organisere på distance", idet de begivenheder som skal ledes, ikke er tilstede, dér hvor der ledes fra. (Piihl 2003).

Latour taler om "action in distance" gennem immutable mobiles, som dermed kan være ledelse på afstand.

### *8.2.7 Implementeringsprocesser*

En forandring kan bygge på en enkelt ide, men består af en kæde af associationer som involverer præcis så mange aktanter, som skal til for at modstå antiprogrammerne. Forandring eller udvikling sker gennem translation og stabilisering af netværk.

Når en aktant får en ide og danner sit program, er det nødvendigt at være villig til at ændre dette program for at indrullere andre aktanter, og dermed danne netværk.

Derved opstår et nyt reorganiseret program, og der er sket en udvikling af programmet. Ideer kan rejse gennem samtale eller inskriptioner fra et netværk til et andet. Dette sker dog lettest, hvis der er aktører i netværket.

### *8.2.8 Black box*

En black box består af humane og non-humane aktanter, men har også indlejret mening og betydning.

Når et netværk bliver så stabilt, at det tages for givet, bliver en norm, er der tale om en "black box".

Daglige arbejdspraksisser, samarbejdsformer og arbejdsgange er ofte så underforståede, at der er tale om "black boxes".

Vi tænker ikke over dem, men bruger dem bare. Når man åbner disse "black boxes" i forsøg på at udvikle arbejdsgange og rutiner, opstår der ofte konflikter.

Konflikterne er således et udtryk for de forskellige aktanters programmer, som kan være antiprogrammer, således at der i processen translateres til nye programmer.

### *8.3 ANT som analyse strategi*

Callon har studeret et vidensudviklingsprojekt om kammuslinger i Nordfrankrig, ud fra ANT. Han har udviklet en række begreber, som har præget ANT's analysestrategi. (Elgaard Jensen 2003)

Kort fortalt var kammuslinger en yndet spise, men bestanden var svindende. Tre havbiologer fremkom med en ide om at dyrke kammuslinger, som de havde set i Japan. To år senere var denne viden implementeret .

Processen igangsættes på en konference, hvor havbiologerne fremsætter deres ide. Derefter beskrives fiskerne, havbiologer og muslingernes interesser i en projektbeskrivelse, hvor det obligatoriske passagepunkt bliver, om kammuslingerne vil hæfte sig fast. Gør muslingerne ikke det, dør projektideen.

Denne identifikation af aktører og obligatorisk passagepunkt sidestilles med en *problematisering* som kan bekræftes, udfordres eller translateres. Der sondres ikke mellem aktanternes tilgang, de har alle bestemte handlinger og interesser involveret.

Disse allierede låses på plads gennem *interessekonstruktioner*, en proces som overbeviser aktanterne om de andre aktanters definitioner og interesser.

Et net som beskytter kammuslingerne bruges som eksempel. Dette net rekonstruerer kammuslingernes interesser i retning af det obligatoriske passagepunkt.

Fiskerne overbevises gennem kurver med dalende bestand, og succesen i Japan. Forskerne interesserer gennem manglende viden på området.

Herefter foregår der en række forhandlinger, som *indruller* aktanterne gennem translation. Indrulleringen foregår gennem fysisk begrænsning, at lokke eller forføre, overtalelse og anerkendelse.

Dernæst skal omgivelserne *mobiliseres*. Dette sker ved, at de allerede indrullede aktanter fungerer som talsmænd for de øvrige aktanter af samme type.

Hvis alt dette lykkes, kan projektets initiativtager fremstå som vidende aktører, som kan tale på vegne af alle.

Projektmagere (aktører der forsøger at skabe interesse for og indrullere andre aktører til et projekt) kan når som helst blive underløbet af aktanter, som undslipper deres tiltænkte rolle.( Elgaard Jensen 2003)

Aktørerne kan hermed blive strategisk handlende og netværksopbyggende.(Damm Scheuer 2003)

#### 8.4 Ledelse og ANT

Ledelsesmæssigt bliver den store udfordring at indrullere ”nøgleaktører”, gøre dem til programmets allierede gennem interessekonstruktioner. Disse skal positionere sig som talsmand for de mange andre, hvilket sker gennem translation og dermed forskydning af interesser.

Translationsprocessen består af en række momenter, hvor oversætterten forsøger at definere, interessere, indrullere og mobilisere en række aktanter på en måde, der fremmer oversætterens projekt eller program.

I denne proces kan der skabes *obligatoriske passagepunkter*, som andre aktanter er nødt til at passere igennem for at nå deres mål. Disse passagepunkter bliver således en nødvendig omvej de enkelte aktanter må tage, for at nå deres eget program eller mål.

Som forhandlingsproces kan oversættelse dog være en langvarig og vanskelig proces.

Hvis et program skal skabe netværk, skal initiativtageren således sørge for at indrullere de aktanter, som kan fremme translationsprocessen og budskabet overfor andre aktanter, f.eks. lovgivning, økonomi, ledelsesret eller faglige argumenter.

Dog vil der altid ske en translation af det oprindelige program i oversættelsesprocessen. Prisen for at få sit budskab igennem bliver derfor, at man selv ændrer sig eller at målet ændrer sig.

Begrebet *ordningspunkter* beskrives af Signe Vikkelsø som forklaring på den måde aktanter, humane som non-humane, pludselig bliver midlertidige organisationscentre. (Svenningsen 2004)

Disse ordningspunkter beskrives som det, at nogle aktører midlertidigt får en rolle som forbinder og distribuerer andre aktanter på en måde, som skaber logik i det komplekse organisatoriske netværk, og således skaber en overordnet effekt.

Rollen er ikke nødvendigvis forudbestemt, men opstår når mange aktanter indrulleres i multiple programmer samtidigt.

Et ordningspunkt er indrullet i mange programmer samtidigt, men konfronterer disse forskellige programmer og skaber nye effekter. Dette former organisationen som et netværk med særlige karakteristika.

Det er vigtigt at ledelsen er opmærksomme på disse ordningspunkter, som hvis man forsøger at fjerne dem, kan medføre uhensigtsmæssige konsekvenser.

### *8.5 Vores forståelse af ANT*

Vi mener, at en aktant må have en begrænsning i handlemuligheder. En cykel kan hverken lave kaffe eller vaske tøj, men ved at studere cyklen kan man finde de af cyklens egenskaber, som fremkommer i relationen. Hvis cyklen indgår i et netværk med en aktør - en vaskemaskine og en kaffemaskine og aktanten strøm - bliver dette netværk i stand til at lave kaffe, vaske tøj og endog transportere kaffen eller tøjet. Ingen af aktanterne kan dog nogen af delene alene.

Dette kan muligvis forklare, at der trods ihærdige forsøg på at begribe ANT' s ligestilling af humane og non-humane aktanter, sker en drejning i vores forståelse af aktører, som både kan tænke, tale, have hensigter = programmer, samt handle.

Aktører må betale en pris for at indgå disse netværk, men det er blevet en black box for de fleste af os, noget vi betragter som en selvfølgelighed og har svært ved at begribe anderledes.

Vi må nok erkende vores egne kognitive begrænsninger og forståelse af ANT begrebet, som i sin yderste konsekvens forekommer meget abstrakt.

Det kan også skyldes, at der har sneget sig et strejf af socialkonstruktivisme, som opretholder individbegrebet og erkendelse, som en individuel ejendom, ind.

På baggrund af dette vil vi analysere vores case i forhold til ANT.

## 8.6 Analyse

### 8.6.1 Beskrivelse af translationprocessen

Cheflægen på Vejle Sygehus blev inspireret gennem sin MBA uddannelse i USA, og tog ideen om patientforløb med patienten i centrum, med hjem til Vejle Sygehus.

Processen startede således med en aktør, og en ide om patientforløb: et program.

Cheflægen har allerede opbygget netværk med aktanter som fagligt engagement, ledelsesretten, (læge)faglig anseelse og de ansattes anerkendelse.

Cheflægen har derefter indrulleret sygehusdirektøren og chefsygeplejersken i programmet om at få patienten i centrum. Herved blev programmet i første omgang translateret til et program om research i afdelingerne.

Sygehusledelsen interviewede patienter, afdelingsledelser og personale både dag, aften og nat.

Cheflægens oprindelige program er blevet ændret, men har fået sygehusdirektøren og chefsygeplejersken som allierede. Sygehusledelsen har dannet netværk om programmet - at få patienten i centrum - en interessekonstruktion er etableret, idet medlemmerne af sygehusledelsen og deres indbyrdes roller defineres.

Sygehusledelsen identificerede forbedringsområderne ventetid, information og kontinuitet, men opnår samtidig at indrullere medarbejderne i et netværk om programmet - at være en meget engageret sygehusledelse - og derved få aktanter som medarbejdernes respekt og tillid med i ledelsesnetværket.

Der tilstøder nu nye aktanter, i form af politiske krav om kvalitet og effektivitet gennem fokus på patientforløb og samarbejde, samt krav om monitorering af kvaliteten.

Hermed ændres sygehusledelsens program til også at medføre fremstilling af kvalitetsmål på Vejle sygehus.

Chefsygeplejersken siger *"at få de professionelle til at acceptere at patienten skal i centrum"*, var en opgave for sygehusledelsen.

Sygehusledelsen talte derfor med afdelingsledelserne og nøglepersoner (ildsjæle, faglige eksperter) udvalgt til at lede arbejdet med patientforløb.



Ifølge administrerende overlæge i medicinsk afdeling : ”det handler om ildsjæle med en vældig drivkraft og foretagsomhed”

Disse aktører er allerede indrulleret i ledelsesnetværket som loyale aktører, men skal gennem translation af det nye program - patientforløb og kvalitetsmål - indrulleres i det større netværk, som endnu ikke er stabilt.

Aktanter som visioner, mål og værdier er anvendt i denne translationsproces.

Vejles visioner er

- at være lige i hælene på de forreste, idet vi løbende udvikler og overtager nye landvindinger fra samarbejdspartnere på universitetssygehusene
- være forrest i at bruge IT, avanceret teknologi og ny viden i skånsomme behandlinger og effektive patientforløb
- og bygge på leder og medarbejdere som forfølger disse mål i en atmosfære af omsorg, venlighed og professionalisme

Der nedsættes tværfaglige arbejdsgrupper med de ansvarlige nøglepersoner, som udarbejder min 2 patient standardforløb om året.

Der udarbejdes både lægelige og sygeplejefaglige instrukser, patientinformation og procedure for kontaktpersonordning.

Disse nedskrevne visioner, instrukser, informationer og procedurer kan betragtes som inskriptioner som repræsenterer sygehusledelsens program, og dermed fungere som ”action in distance”.

EPJ processen startede på Vejle sygehus i 1998 på en enkelt afdeling i en projektgruppe, som senere blev til et større udvalg med repræsentation fra sygehusledelsen.

EPJ er således et obligatorisk passagepunkt, som alle aktører må benytte for at komme til målet.

EPJ bliver også et ordningspunkt, som skaber en fælles overordnet effekt, fri adgang til data og stor koordinationskompetence, som stabiliserer hele det organisatoriske netværk.

Nuværende cheflæge udtaler :

*"alle skal have adgang til data, det skal være muligt at påvise facts overfor samarbejdende afdelinger"*

Arbejdet med at udarbejde standardiserede patientforløb forløber uden de store problemer, nogle lidt langsommere end andre, men monitoreringen af kvalitetsmålene udebliver.

Aktørerne i arbejdsgrupperne har åbenbart antiprogrammer, som ikke er overbevist af de tidligere programmer, og der må nye aktanter til.

Sygehusledelsen benytter aktanten –ledelseskrav- og – ledelsesretten - for at overbevise aktørerne om programmet - at monitorere resultatmål-.

En del af dette program er fremlæggelse af resultaterne på fælles møder mellem alle afdelingsledelser og sygehusledelsen. Dette bliver et obligatorisk passagepunkt, som alle afdelingsledelser må igennem for at blive indrullet i netværket.

Der var en afdelingsledelse som havde antiprogrammer, og som ikke lod sig overbevise. Sygehusledelsen benyttede aktanten -alvorlig samtale- med denne afdelingsledelse. og det fik udfaldet, at afdelingsledelsen valgte at gå af, træde ud af netværket. Dette var prisen for at lave et antiprogram.

Lægerne havde i starten andre programmer, og skulle bryde vaner, fik mindre autonomi mht. arbejdstider.

For at gennemføre programmet benyttede sygehusledelsen aktanter som lederseminarer, at skabe forståelse og mening, åbenhed, opfølgning, konsekvens, resultatløns, og megen opmærksomhed.

Nuværende cheflæge udtaler: *"motivatoren er faglig drift" og "belønning efter indsats"*

Administrerende overlæge i medicinsk afdeling udtaler:

*"det koster at have ildsjæle, kurser, opbakning og opgradering af sygeplejersker"*

Netværket er vokset til at omfatte det meste af organisationen, og stabiliteten er derfor stor.

Arbejdsgangene og tankesættene omkring standard patientforløb og kvalitetsmål er efterhånden blevet en black box, som alle benytter uden at tænke over det.

Nu tilstøder nye aktanter -Kræftplan 1- og -ventetidsgaranti- begge som politiske krav. Dette frembyder et problem, idet den aktuelle ventetid er 57 dage på lungecancerudredning og garantien lover maksimal vente tid på 6 uger.

Det handler om en stor patientgruppe, hvilket legaliserer, at der skal anvendes ressourcer og gerne kreativitet, for at få løst problemet.

Røntgen afdelingen er i gang med en effektiviseringsproces, og kan lave flere undersøgelser på samme tid, afskaffer tidsbestilling på standardundersøgelser og lover svar samme dag.

Dette program har indrulleret hele personalet i røntgenafdelingen, som opfattes som ekseptionelt serviceminded af hele resten af sygehuset. Program er skabt af overlægen, som har translateret servicebegrebet for de fagprofessionelle så det giver mening, og de dermed selv indgår i netværket.

Det politiske krav, den villige røntgen afdeling og en lungemediciner bliver således de aktanter, som danner netværk omkring et nyt program - lungepakken.

Lungepakken er et standardiseret udredningsprogram, underbygget af ugentlige ekspertkonferencer med overlæger og sygeplejersker.

Prisen for dette program er reduceret individualitet i udredningsprogrammet, og at patienten kan udsættes for unødige undersøgelser.

Administrerende overlæge i medicinsk afdeling udtaler om udredningsprogrammet at *"det er lidt fabriksagtig, men sygeplejersken følger op"*. Det betyder, at der sikres opfølgende samtale med sygeplejersken, således at patienten kan få svar på yderligere spørgsmål.

Endvidere besværliggør lungepakken uddannelsesfunktionen for de yngre læger, idet patientkontakten og konferencerne foregår på meget kompetent fagligt niveau.

Selve lungepakken er beskrevet ned til mindste detalje i en manual.

Der er lavet patient information (til udlevering), standardiseret indkaldelse, beskrivelse af kontaktpersonordningen, et spørgeskema til patientdata (som patienten selv udfylder), patientforløb beskrevet over 2 uger, manual for sygeplejersker inkl. manual for elektronisk dokumentation, mødetidsskemaer og tider til CT scanneren.

Det fremgår tydeligt af disse dokumenter, at den lungemedicinsk overlæge, er den lægelige koordinator i disse forløb. Han udarbejder oplæg på hver patient inden konference, deltager i røntgenkonference sammen med sygeplejersken, gennemgår journalen sammen med sygeplejersken inden hver patient ses samt taler med alle patienterne.

Netværket – lungepakken - indeholder aktanter som stor faglig forpligtelse og en detaljeringsgrad, som sygeplejerskerne lader sig overbevise af.

Det er svært at danne antiprogrammer mod et så veldokumenteret program set med fagprofessionelle øjne. Den ekspertise, engagement og ansvarlighed overlægen udviser er meget overbevisende aktanter i ethvert fagligt netværk, som i hvert fald indruller alle de involverede sygeplejersker, men også de lægelige konsulenter, som deltager i de ugentlige konferencer i programmet.

Prisen set fra ledelsens side, er en meget stor faglig og organisatorisk autonomi til lungeoverlægen og hans program, samt et læringsmæssigt dilemma i forhold til lægeuddannelse.

Samtidig sker en opgradering af sygeplejerskerne, og en udvidelse af deres arbejdsområde, som kan forårsage faglige konflikter.

Trods dette har lungepakken vakt opsigt, og er blevet en model andre sygehuse stræber efter.

Translationsprocessen - fra patienten i centrum til lungepakken - har således været nogle år, og krævet en del nye aktanter og translationer undervejs.

Ledelsens program har været fleksibelt nok til at lade sig forandre med hver ny aktant, som indrulleres i netværket. Netværket er blevet stabilt, og lungepakken er blevet eller er på vej til at blive en black box, som man benytter uden at tænke over det.

### *8.7 Delkonklusion*

Vi ser "ildsjæle" og translationsprocessen, som et nøglebegreb i forhold til implementeringen af diagnosepakker på Vejle Sygehus.

For at forklare hvilken effekt "ildsjæle" eller nøglepersoner kan have, kan de beskrives som humane aktanter som har dannet netværk med særlige "oversættelses" egenskaber og bliver hermed aktører.

Disse egenskaber kan være faglig anseelse, troværdighed, energi, vedholdenhed, evne til at forklare meningsfuldt, og at kunne forhandle.

Sygehusledelsen i Vejle har således fundet "ildsjælene" og gjort dem til allierede ved at udstyre dem med de aktanter – f. eks autonomi i form af råderum, opmærksomhed og økonomisk opbakning - som er nødvendige for at indrullere resten af personalet.

Vi mener stadig ikke, at processen og den endelige effekt kunne forudsiges, idet det er tydeligt, at det er aktørafhængigt.

De involverede aktører på Vejle Sygehus har præget processen med hver deres program. Der har været en meget stor grad af faglig kompetence indrullet i netværket.

Vi mener også, at forhandling og genforhandling har været nødvendige processer på Vejle Sygehus, dels fordi aktører jævnligt udskiftes, dels fordi nye overordnede mål pålægges udefra, og endelig fordi Vejle Sygehus konstant er i teknologisk udvikling. Sidste nye tiltag er indførelsen af talegengivelse.

Konklusionen bliver således, at en stor del af translationsarbejdet og indrulleringen er sket gennem de lægelige nøglepersoner, og enkelte ildsjæle, som ledelsen har anset som de rette og mest loyale aktører.

Dermed har sygehusledelsen mindsket forhandlingsintensiteten i translationsprocessen. Således har ledelsens program øget stabiliteten og troværdigheden, så der kun skal mindre translationer til for at indrullere nye aktanter. Hermed sikres et stabilt netværk som danner "black box" med navnet -lungepakke - og et overordnet organisatorisk netværk med effektivitet, service og faglig kvalitet som karakteristika.

Samtidig var det tydeligt at sygehusledelsen på Vejle sygehus anvendte ledelses retten som aktant i forhold til fastholdelse af målet, i forbindelse med monitorering af resultatmål, og at dette ikke var til forhandling.

Signe Vikkelsø tilføjer ANT teorien et nyt begreb "ordningspunkter".

Disse ordningspunkter på Vejle Sygehus er røntgenafdelingens service, EPJ og videndeling, samt en økonomisk ansvarlighed med dybe rødder i organisationen. Disse ordningspunkter har stor betydning for alle afdelingers funktioner.

Det ser ud til at sygehusledelsen har taget højde for og støttet disse funktioner i translationsprocessen.

Ledelsen skal være oversættere, som kan mobilisere lokale aktører og forhandlere af programmer, som ofte er fastsat politisk. Derfor skal ledelsen også være parat til at tilpasse sine mål og sin ledelsesstil i processen.

Det har man i høj grad efterlevet på Vejle Sygehus.

Vi kan ikke detaljeret beskrive de antiprogrammer, som sygehusledelsen på Vejle Sygehus har skulle overbevise udover monitoreringen af målopfyldelsesdata, som kostede en enkelt afdelingsledelse.

Til gengæld ved vi, at der ikke i processen har været store faglige samarbejdsproblemer eller rekrutteringsproblemer. Ligesom der har været sekretæropbakning undervejs.

Dette kan muligvis forklares ved at betragte hele sygehuset som et netværk med allerede samordnede/translaterede interessekonstruktioner og programmer.

Bagsiden af medaljen (Lungepakken) er blandt andet risikoen for, at det individuelle aspekt i patientbehandlingen reduceres væsentligt, til gengæld sikres patienten altid en vis kvalitet.

Ligeledes er det svært at tilgodese uddannelsesaspektet for yngre læger i forhold til Lungepakken, idet det er speciallægerne, som ser patienten og deltager i konferencerne. Der er dog kun ressourcemæssige hindringer for at de yngre læger kan være med omkring disse patientkontakter, og fordelene er klart at de yngre læger dermed kan få mulighed for at få en sidemandsoplæring, hvilket er meget eftertragtet..

Der kan være enkelte patienter som helst vil være alene med en læge til konsultationen, men dette mener vi er en sjælden problemstilling.

Endelig er organisationen omkring lungepakken meget sårbar, idet meget af arbejdet, viden og kompetencer hviler på én speciallæge.

Hvis vi havde observeret selve implementeringsprocessen i detaljer, er der ingen tvivl om, at vi var stødt på en masse antiprogrammer på aktørniveau.

Vi må således konstatere, at ANT muligvis er bedre egnet til at afdække detaljer på aktørniveau som opsamles gennem observation i implementeringsprocessen, end overordnede strategier på ledelsesniveau.

## **9. Diskussion og kritik af anvendte teorier**

Oversættelse defineres i begge teorier som den centrale mekanisme i implementeringsprocesser.

Oversættelsesbegrebet stammer oprindeligt fra en fransk filosof Michel Serres, og videreudvikles af forfattere af ANT og institutionalisme.

Der har været en tendens til at ANT's oversættelsesbegreb er importeret over i institutionalismen, hvorved væsentlige pointer er gået tabt i flg. Damm Scheuer (Scheuer 2005)

I institutionalisme tildeles humane aktører roller, egenskaber og bestemte typer af relationer.

I ANT skal aktanters rolle afdækkes empirisk, hvilket betyder at det er aktøren og dennes oversættelse og det arbejde aktørerne udfører i fællesskab, der har indflydelse på programmet (eller ideen).

Vi mener at de *institutionelle aktører* begrænses af de institutionelle vaner, og sporafhængigheden, hvorved ideerne ikke udvikles i samme grad undervejs i processen. Dog mener vi også, at *aktører i ANT* er begrænsede af de netværk de indgår i, men ikke begrænset i en bestemt retning.

Fokus kommer derved til at ligge i den enkelte aktørs program, samt hvilken pris aktøren må betale for at indgå i netværket. Netværket består af mange aktanter med hver deres program., som arbejder efter fælles mål.

Fokus i institutionalismen ligger på organisationsniveau indlejret i vante rutiner og praksisser, hvorfor fagligheden bliver essentiel for den enkelte aktørs handlemuligheder. Den enkelte fagprofessionelle har autonomi, men inden for de fagligt anerkendte rammer.

Vi finder at ANT er en i nogle henseender meget abstrakt teori, og det har voldt en del problemer helt at betro os til at forstå non-humane aktanter som handlende med programmer endsige med mulighed for at vælge.

Den ”omvej” vi har taget for at få teoriens og vores program til at forenes, er at definere en aktør som en human aktant, der har indgået netværk med aktanter, og som i fællesskab giver netværket egenskaber. Dette er således en translation af ANT.

Institutionel teori beskriver det organisatoriske felt og samspillet med omgivelserne, men er svær at relatere til det enkelte individ.

Vi er selv socialiserede i sygehusvæsnet og vores tanker og holdninger følger således i stor henseende det institutionelle spor. Dette kan gøre os blinde for at se alternativer og andre måder at tænke på.



At skrive projekt indenfor egen professionsfelt kan således være en begrænsning for, hvad vi får øje på.

Ledelse af implementeringsprocesser stiller krav om opmærksomhed, energi, sensemaking og dialog, både set i ANT og i institutionelt perspektiv.

Ledelse er således afhængig af kapaciteten til at implementere.

### *9.1 Aktørmodellen en implementeringsmodel*

Bøje Larsen (Larsen 2001) har beskrevet aktørmodellen, som vi tolker som en kombination af ANT med teori om forandringsledelse og institutionalisme, samt professionel egenforståelse i denne model.

Ifølge Bøje Larsen kan implementering foregå efter Aktør modellen.

Denne model beskriver lederen som "forskeren", der prøver at implementere en ledelsesteknologi eller et udviklingstiltag.

Lederen er samtidig en social og økonomisk entrepreneur, som danner en organisation omkring sin forskning.

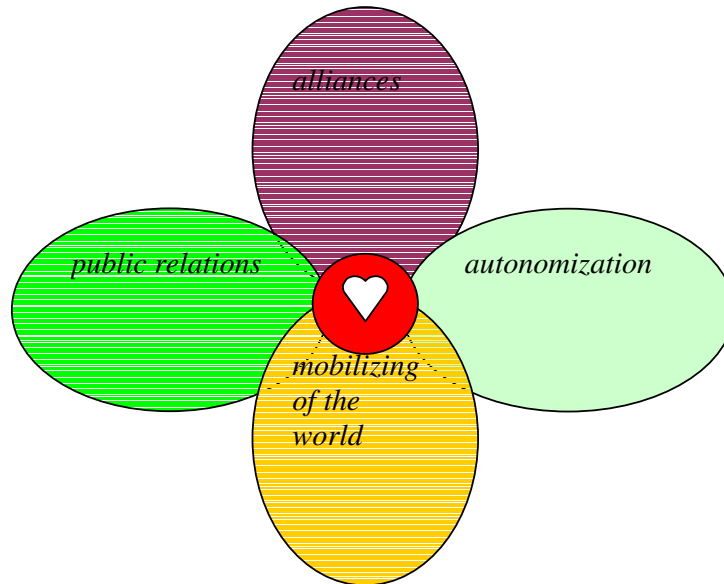
Aktørerne er nogenlunde rationelle i deres valg af interesser. Det er kun fordi, vi har fokus på kollektive beslutninger i organisationer, at den enkelte aktørs valg forekommer tilfældigt.

Det betyder at lederen er konstant lærende omkring sin organisation.

Forskeren eller lederen er i en situation med 4 "ydre" opgaver og en femte "indre" opgave. Disse er så tæt forbundne, at der skal anførselstegn om indre og ydre.

Alle delene i modellen er lige vigtige og kan ikke fungere uden de andre som et netværk. Hver del koster noget, men den skaber også noget.

Bøje Larsen beskriver Latuors aktør model som en implementeringsmodel som følger.



1. *"mobilizing of the world"*:  
der skabes essens, en nødvendighed eller et problem, samt løsninger og metoder  
det tekniske og sociale apparat
2. *"Autonomization"*:  
løsningerne skal legitimeres, være professionelt forsvarlige således at kolleger  
mobiliseres, uden modtagere ingen ledelse. De allerede mobiliserede kolleger  
giver projektet styrke
3. *"Alliances"*:  
der sikres opbakning gennem at låne den øverste ledelses (og politikeres ?)  
opmærksomhed således at de nødvendige ressourcer stilles til rådighed..
4. *"Public relations"*:  
legalisering blandt medarbejdere og omverden gennem uddannelse,  
medindflydelse, uddelegering af beslutningskompetence og krav om  
opmærksomhed.
5. *"hjertet"*:  
at projektet rent faktisk implementeres gennem ledelse.

Når projektet er implementeret og effekten positiv, fremstår lederen og hans ide som virkeligheden.

Det er aktørernes energi og opmærksomhedskapacitet, som er afgørende for om projektet kan implementeres.

Processen kan for betragteren virke tilfældig, men det er det ikke for den aktive, som følger eget program, og påvirker processen hermed undervejs. Dermed skabes virkeligheden i relationen.

Bøje Larsen benytter begreber i modellen som giver os associationer til institutionel teori.: autonomi, legitimering, fagprofessionelle.

Hvis vi ser på casen i relation til aktør modellen, som beskrevet af Bøje Larsen, kan den lange ventetid på lungecancerudredning være problemet, som giver anledning til at udarbejdelsen af en løsningsmodel igangsættes af sygehusledelsen på Vejle Sygehus.

De aktuelle politiske udmeldinger om sammenhængende patientforløb sørger for ledelsens og politikernes opmærksomhed, som legaliserer at udviklingstiltaget med diagnosepakker implementeres.

Hermed sikres projektet ved, at der tilføres ressourcer til udførelsen.

Den faglige legalisering af diagnosepakker skyldes sandsynligvis den ansvarlige overlæges energi og overtalelsesevne overfor de lægelige kolleger, og når disse er overtalt, er der tradition for, at sygeplejerskerne følger efter, især hvis der er tale om noget som gavner patienten.

Der er skabt ny praksis som er præget af de forskellige aktørers programmer undervejs, og fremstår som ”sandheden” indtil nye problemer opstår.

## **10. Konklusion**

Vores analyse viser, at det pres som Vejle Sygehus har været i, er kommet både indefra og udefra.

Presset udefra var både det politiske krav om effektivitet, kvalitet og "value for money". Der var et stort volumen af patienter, og patientforløbene strakte sig over flere måneder fra henvisning til behandling. Det var u hensigtsmæssigt for patienterne, og det medførte at ventetiden på behandling var lang.

Presset var derfor også i organisationen, og man fandt det som en nødvendighed, at ændre patientforløbene på tværs i sygehuset - og dermed tilpasse sig omgivelsernes krav.

Der er på Vejle Sygehus foregået en implementeringsproces, som gennem oversættelse, ledelsens fastholdelse og "ildsjælenes" energi, har forankret lungepakken som en faglig, politisk og brugeracceptabel løsningsmodel.

Og Vejle Sygehus fremstår som rollemodel i forhold til Kræftplan 2.

Institutionelt set fungerer diagnosepakken på Vejle Sygehus som ledelsesmæssigt kvalitetssikringsredskab.

Set med ANT brille mere som et produkt af de mange forskellige aktørers forståelse og handling. Der er mange veje til målet.

Ledelse bliver således at overbevise de fagprofessionelle om at optage ideen eller programmet, og medvirke med deres egen påvirkning af processen.

Dette er i høj grad sket på Vejle Sygehus, hvor de professionelle omkring lungepakken føler et ejerskab for projektet.

EPJ har været en væsentlig faktor (ordningspunkt) som styringsteknologi i implementeringen. Vejle Sygehus har EPJ fuldt implementeret, og har her et arbejdsredskab, der har været en stor hjælp i effektivisering af arbejdsgange og bookinghåndtering samt samarbejdet på tværs af afdelingerne.

Patientdata har været hurtigt tilgængelig for implicerede samarbejdspartnere omkring et patientforløb.

Vi kan finde mange lighedspunkter mellem den politisk anbefalede model for arbejdet med patientforløb, og den fremgangsmåde Vejle Sygehus har benyttet.

Det kunne således se ud som om, det er lykkedes at synkronisere udviklingen på Vejle Sygehus med de overordnede politiske målsætninger.

- ▶ *Færre og kortere indlæggelser*
- ▶ *hurtigere udredninger*
- ▶ *mere strømlinede patientforløb*
- ▶ *smidigere samarbejde mellem afdelinger*
- ▶ *"opgaven for fremtidens medicinske afdeling bliver at levere en kort koncentreret ekspertydelse i tværfagligt regi"*

Oversættelse eller translation er centralt for forandringsprocessen både i institutionelt perspektiv og i ANT perspektiv.

Ildsjælen er den essentielle aktør i denne proces.

Sygehusledelsen identificerer og styrker disse ildsjæle, samt overbeviser dem om målet.

Dette er foregået gennem translation, således at målet virker meningsfuldt for ildsjælen, samt ved fastholdelse af krav om resultater.

Sygehusledelsen er målbevidst, resultatorienteret, anerkendende og parat til dialog.

## 11. Perspektivering

Effektive patientforløb er på den politiske dagsorden. Sundhedsstyrelsen har i Kræftplan II fremhævet Vejle Sygehus' diagnose pakker som et idealeksempel på udredning af cancer sygdomme indenfor en fastsat tidsfrist.

Fremtidens sundhedsvæsen kræver hele tiden mere fokus på patienten og overholdelse af behandlingsgarantier.

Dilemmaet bliver således både at sikre kvaliteten gennem standardbehandlingstilbud, og at tilgodese patienternes individuelle behov - alt sammen indenfor de givne økonomiske rammer og de uddannelsesmæssige forpligtelser.

Vi kunne havde valgt at sætte fokus på andre ledelsesredskaber i forhold til styring af processen . Vi vil her give et par forslag.

**LEAN** ville have været oplagt at bruge til at gennemgå arbejdsgange og identificerer spildtid. Lean er en metode til at effektivisere arbejdsgange, sætte patientforløbet i fokus og søge at fjerne alle processer som ikke bidrager til dette.

Lean forudsætter, at ledelsen anerkender styringskonceptet, at man har kendskab til Lean

værktøjskassen samt at medarbejderne på gulvet medinddrages i analysen af arbejdsgange, udvælgelsen af værdiløse elementer (i vores system værdiløse for patienten), samt udviklingen af nye arbejdsprocesser.

Vi kan se elementer fra Lean konceptet i måden Lungepakken er konstrueret på, især røntgenafdelingens effektiviseringsproces minder om Lean. Dog må lungeoverlægen betragtes som en flaskehals, som kan forsinke arbejdsgangene, hvis mængden af opgaver overstiger hans kapacitet.

Det ville også have været oplagt at bruge den psykologiske indfaldsvinkel i ” **Modstanden mod forandringer**”, og herigennem identificere de psykologiske mekanismer der træder frem i forandringsprocesser.

Er modstand mod forandringer en myte, og er man tilbøjelig til som leder at overhøre medarbejdernes argumenter og modstand mod udviklingstiltag og forandringer?

Poder har i sin ph.d afhandling (Poder 2004), beskrevet håndteringen af følelser under forandring, som afgørende betydning for om udfaldet bliver godt. Følelser er nemlig afgørende for, hvordan medarbejdere opfatter sig selv, andre og deres rolle i

organisationen. Han skriver, at kreative medarbejdere er guld værd i videnstunge og innovative organisationer.

Det er vigtigt at bruge en anerkendende ledelsesstil og lytte til, hvad medarbejderne siger.

Den anerkendende ledelsesstil fremmer medarbejdernes selvtillid, tillid til ledelsen og loyalitet overfor organisationen.

Vi finder, at Vejle Sygehus kan karakteriseres som videnstung og konstant søgende efter at være i "hælene på de forreste".

Sygehusledelsen anvender i høj grad anerkendelse efter indsats og belønning af de kreative medarbejdere og ildsjæle.

Sygehusledelsen er meget engageret og fokuseret på målopfyldelse. Dette kan give anledning til at modargumenter ikke tages til indtægt.

Vores indtryk er, at man på Vejle Sygehus vægter faglighed frem for følelser i implementeringsprocesser.

Hvis vi havde taget udgangspunkt i standardiserede patientforløb som konfliktfelt i mødet mellem maskinbureaukrati og fagbureaukrati, kunne **Minzberg** være vores valg.

Minzberg beskriver sygehuse som overvejende fagbureaukratiske, hvor der udføres komplekse arbejdsopgaver (Mintzberg 1992).

Arbejdsopgaverne er relativt uforanderlige over tid, således at de fagprofessionelle bliver toptrænede i opgaveudførelsen..

Koordination af arbejdet sker væsentligst gennem standardisering af viden og kompetencer hos de ansatte, hvilket opnås ved lang uddannelse og efterfølgende træning i at udføre de samme komplicerede opgaver.

Maskinbureaukratiet karakteriseres ved standardiserede arbejdsprocesser og central kontrol.

På Vejle bliver dilemmaet således mødet mellem de fagprofessionelle med stor autonomi i kerneydelsen, og de standardiserede opgaver, som kontrolleres ved monitorering af målopfyldelsesgraden og budgetter.

Innovation kan være vanskelig, da der er modvilje blandt de professionelle til at samarbejde og koordinere med hinanden, samtidig med at der er stor kompleksitet i de kollektive processer.

De overordnede beslutninger træffes kollektivt ved forskellige interaktive processer mellem flere professionelle og administratorer.

Mintzberg beskriver forskellige modeller for beslutningstagen

1. den kollegiale model, karakteriseret ved konsensus og fælles interesser
2. den politiske model præget af de enkeltes (evt. gruppers) interessevaretagelse
3. "skraldespandsmodellen" hvor løsninger identificeres og problemer derefter findes
4. analysemodellen hvor forskellige alternativer vejes op mod hinanden (af de professionelle).

Vi vil se lidt nærmere på Skraldespandsmodellen, da vi undervejs flere gange har oplevet at udfaldet af implementeringsprocessen er aktørafhængigt og uforudsigeligt.

Skraldespandsmodellen blev udviklet af Cohen, March & Olsen for at forklare beslutningsprocesserne i organisatoriske anarkier (Cohen, March & Olsen 1972)

Organisatoriske anarkier kan karakteriseres som komplekse organisationer med uoverensstemmende mål og værdier, uklare fremgangsmåder og retningslinier samt skiftende aktører pga. mange interessegrupper.

Sygehuse må således kunne karakteriseres som et organisatorisk anarki.

Modellen opfatter organisationer som en samling af semiautonome beslutningsarenaer, hvori strømme af problemer, løsninger og politikker flyder.

Beslutninger sker når et problem møder en egnet løsning på det rigtige tidspunkt, det vil sige når der er politisk anledning til at tage en beslutning.



Løsninger er uafhængige af problemer og løsninger kan derfor søge efter problemer. Beslutningsanledninger kan skabes af interne eller eksterne begivenheder og vilkår.

På Vejle Sygehus er de politiske krav om effektivisering og kvalitetssikring givet anledning til at træffe en beslutning om at implementere standardiserede patientforløb. Senere opstår en ny beslutningsanledning – fokus på lang ventetid i cancerudredning. Samtidig har røntgenafdelingen og lungeoverlægen en løsning, sygehuset har den tilgængelige mængde af energi og opmærksomhed, og beslutningen om diagnosepakken tages.

Modellen forudsætter løse koblinger eller dekobling til hensigter og handlinger, og deltagelsen i beslutningsprocessen bliver ustabil. Ligesom processen bliver uforudsigelig.

Timing og tilfældighed bliver derfor vigtige elementer i skraldespandsmodellen.

Gennem social konstruktion skabes der stabilitet, hvor individer deler og udvikler fælles forståelser.

Politik kan anskues som en fælles fortolkning af mening. Denne model kan således blive en translationsmodel, som spreder og udvikler de politiske budskaber i organisationen.

Ledelsen skal understøtte kompleksiteten i beslutningsprocesserne og styre mod fælles ønsker.

Ledelsesopgaven bliver at understøtte beslutningerne i en bestemt retning gennem en translation af de politiske strømninger til fælles mål for organisationen. Samt at bevare opmærksomheden på processen.

I forhold til Vejle Sygehus har sygehusledelsen formået at oversætte de politiske krav om standardiserede patientforløb, EPJ og effektivitet til fælles mål for hele organisationen.

Samtidig kan processen følges gennem anledning i form af opmærksomhed på de meget lange kræftudredningsforløb, som bliver problemet - og løsningen formes som lungepakken, fordi timingen og de rette aktanter er til stede på det rigtige tidspunkt.

Ledelsen har understøttet processen gennem kontinuerlig opmærksomhed og energi.

Når vi indgår i de nye regioner fra årsskiftet, vil der ske yderligere forandringer. Opgaverne bliver fordelt på en anden måde, og kommunerne får en anden rolle og interesse i patientforløbene.

Kommunerne skal være medfinansierende til indlæggelserne, og vil derfor være meget interesserede i at gøre en indsats for at holde borgerne hjemme i kommunerne, hvorfor der skal indgås sundhedsaftaler mellem kommunerne og regionen.

Endvidere vil den praktiserende læge få en større rolle i samarbejdet med sygehusene, og det vil betyde, at man skal se sammenhængende patientforløb, ikke kun på tværs internt i sygehuset, men også på tværs af de to sektorer.

## **12. Hvad kan vi bruge i egen organisation ?**

Vi er ikke i tvivl om, at der er mange faktorer som har betydning for implementeringsprocesser i sygehusvæsnet.

Denne kompleksitet skyldes dels de uklare politiske mål, dels de mange forskellige interesser/programmer som aktører i sygehuset har.

Vi er overbeviste om at implementeringsprocesser er aktørafhængige, men også afhængige af opmærksomhedskapaciteten.

Institutionalismen forklarer, hvorfor vi har tendens til at fortsætte i samme spor med mindre vi bliver nødt til at forandre adfærd.

ANT forklarer, at der konstant skal arbejdes for at bevare et stabilt netværk.

Ledelse bliver derfor at finde de rette aktanter (ildsjæle), og gennem sensemaking, opmærksomhed og råderum inddrage dem, så de bliver allierede med ledelsens målsætning.

Ildsjælene skal hele tiden arbejde med at translaterere og indrullere nye aktanter i netværket. Dette kræver, at ildsjælene får plads til at bruge energi på dette.

Vi er ligeledes overbeviste om, at der skal lægelige aktører til for at overvinde andre lægers antiprogrammer. Disse lægelige aktanter skal helst eje ideen selv eller i hvert fald være overbeviste om, at de selv kan "vinde" af ideen.

Derudover skal de være villige til at gå på kompromis med egne opfattelser og holdninger for at kunne engagere de andre læger.

Vi mener, der med en lignende proces på vores eget sygehus kan etableres tværgående effektive patientforløb.

Det vil forudsætte:

- at dette er et krav fra sygehusledelsen
- at det i første omgang præsenteres til de ansatte som en tydelig vision baseret på faglige argumenter, som giver mening
- at de rette aktanter involveres og gives rum til at udvikle ideen lokalt
- at der sikres opmærksomhed på arbejdet.
- at unddragelse har en konsekvens

Hvad vil vi så gøre i vores egen organisation?

Vi ville jo gerne have en opskrift på at kunne effektivisere og give vores patientforløb bedre sammenhæng på tværs i organisationen.

Det er essentielt at skabe forum, hvor de FBE'er der har fælles patientforløb sætter sig sammen.

Vi har 2 gange om året et døgnledelsesseminar, hvor man kunne starte med at nedsætte arbejdsgrupper på tværs for at beskrive rammerne for, hvad der skal til, for at udvikle et effektivt sammenhængende patientforløb for de største udvalgte sygdomskategorier.

Der skal udpeges nøglepersoner blandt overlægegruppen, som har den fornødne energi og engagement til at være de ildsjæle, der skal til for at gå i gang med opgaven.

Dernæst skal der i afdelingerne nedsættes tværfaglige arbejdsgrupper, der skal planlægge i detaljer, hvordan det skal gøres.

Nøglepersonerne som kan få dette til at lykkes, er ildsjælene.

Vi ved de er der, men der er så mange forskellige udviklingsprojekter i gang, at det kan være svært at få overblik over, hvor ildsjælene gør størst nytte, og hvor ledelsesopmærksomheden anvendes bedst.

Forandringskapaciteten er begrænset, og opgaverne må derfor prioriteres og koordineres.

Vi mener, at sygehusledelsen først må overbevise FBE ledelserne i samlet forum om målet, gennem sensemaking, dialog og visioner.

Derefter aftales, hvilke patientforløbsbeskrivelser som skal udarbejdes først, og realistisk deadline for dette.

Herefter udpeger FBE ledelserne nøglepersoner og arbejdsgrupper, og aftaler rammer for gruppens arbejde. Der skal være ildsjæle i alle grupper.

Disse ildsjæle skal både kunne brænde for sagen, vedligeholde interessen og overtale øvrige.

Vi mener ildsjælen bl.a. skal besidde egenskaber som

- gode retoriske evner - men også kunne lytte
- selvtillid og mod på udfordringer
- stor faglig kompetence og engagement
- godt humør
- nysgerrighed
- overskud og styrke, samt lyst til at gøre en forskel,
- stædighed men samtidig se muligheder frem for begrænsninger
- troværdig



Udfordringen bliver at finde svar på nedenstående spørgsmål:

Hvad er en ildsjæl ?

Hvordan finder man ildsjælene ?

Hvordan sørger man for at ildsjælene ikke brænder ud ?

Hvordan får man ildsjælene til at brænde for de "rigtige" emner ? set med ledelses øjne

Hvordan rekrutterer man en ildsjæl ?

Har alle en iboende ildsjæl ?

Eller har ildsjælen en iboende næsten emneafhængig virkelyst ?

Hvordan kompetenceudvikles en ildsjæl ?



*"En innovativ virksomhed har både brønde og bål, brønde i form af viden praksis og produkter – bål i form af ny viden og processer og projekter. Der vil derfor være vandbærere der sørger for at brønden fungerer og ildsjæle der puster til ilden".*

Kollerup og Thorball (2005)

### 13. Litteraturhenvisning

*Aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen den 11. juni 1999, om amternes økonomi i 2000.*

*Amtsrådsforeningen (2004): "Bærende principper for tilrettelæggelsen af sundhedsvæsnets tilbud"*

*Andersen, Ib (2005): "den skinbarlige virkelighed" - vidensproduktion indenfor samfundsvidenskaberne, Samfundslitteratur 2005*

*Antonsen, Marianne (2002): research paper no 15/2 "Sociologisk ny-institutionalisme, konflikt og forandring"*

*Bentzen Eva Zeuten (2001): "Lægelig ledelse - om at gøre en forskel" FLOS arbejdsrapport 2/2001, CBS*

*Bentzen, Eva Zeuten (2003): "lægelige ledere som institutionelle entreprenører i ledelse i sygehusvæsnets", Ledelse i sygehusvæsnets, Handelshøjskolens Forlag*

*Bentzen, Eva Zeuten (2005): "at være hyrde for katte", Læge & leder; Munksgaard*

*Borum, Finn (2002): "Strategier for organisationændring", Handelshøjskolens Forlag*

*Borum, Finn (2003): "mål-middel rammer, politik og myter i organisatoriske felter", FLOS*

*Borum, Finn & Christiansen, John K.(1993): "Actors and structure in IS projects : what makes implementation happen", Scandinavian journal of Management Vol 9, No 1, 1993*

*Boxenbaum, Eva (2004): "The innovative capacity of institutional entrepreneurs : a reconstruction of corporate social responsibility", CBS*

*Campbell, John P (2004): "Institutionel forandring og globalisering" Akademisk Forlag A/S*

*Christensen, Grith (2004): "Modstand mod forandring i organisationer". Kandidatafhandling ved psykologisk Institut, Aarhus Universitet*

*Cohen, March & Olsen (1972) : "A garbage can model of organizational choice". Administrative science Quarterly 17:1-25, 1972*

Damm Scheur, John (2003): "patientforløb i praksis – en analyse af en ides oversættelse i mødet med praksis", PhD ved Forskningscenter for ledelse & organisering i Sygehusvæsnet, Handelshøjskolen i København

Damm Scheuer, J (2005): Oversættelsesperspektiver på ideers mode med praksis, RUC researchpaper 6/05

Dias fra CBS (2005): undervisning i faget organisering i sundhedsvæsnet, MHM

DiMaggio and Powel (1991): "The Iron cage Revisited : Institutional isomorphisme and collective rationality", The university of Chicago press, The new institutionalism in organisational analysis. Chicago press

Dimaggio, Paul & Powell J,W (1991): "The new institutionalism in organaizational analysis", University og Chicago press

DSI (oktober 2005): "det nye sundhedsvæsen "

Elgaard Jensen, Torben (2003): "Aktør-Netværksteori papers in Organization ",No

Fokus (2000): "At arbejde med patientforløb", kvalitetsudvikling i sundhedsvæsnet"

Hildebrandt, Steen m fl (2004) : "Implementering i midten? ", Offentlig økonomistyring

Indenrigs og sundhedsministeriet. (2005): "produktivitet på sundhedsområdet –åbenhed og fokus", Velfærds tema

Indenrigs og sundhedsministeren (2002): "Barrierer for mere effektiv arbejdstilrettelæggelse på sygehusene"; rådgivende udvalg

Kollerup & Thorball (2005): "innovation for ildsjæle og vandbærere"; Børsens forlag

Kragh Jespersen, Peter (2004): "Generalister eller fagprofessionelle på sygehuse", Samfundsøkonomi 2004:4

Kragh Jespersen, Peter (2005): "Mellem management og profession"; Handelshøjskolens Forlag

Larsen, Bøje (2001): Implementering – det værste vrøvlord i mands minde; økonomiforbundet

Latour, Bruno (1986): "The powers of assosiation" in Callan, Law & Rep Mapping the dynamics of science and technology; Houndmills 1986

Latour, Bruno(1992) : "Where are the missing masses ?", The sociology of a few mundane Artifacts i Shaping technology/Building society Bijker w, Law J; MIT press

- Latour, Bruno (1997): "On actor-network theory – A few clarifications "; CSI 1997
- Meyer & Rowan (1991): "Institutionalized Organisations : Formal structure as Myth and ceremony", *The new institutionalism in Organizational analysis*; Chicago Press
- Mintzberg, Henry (1979): "The structuring of organizations: a synthesis and research"; Prentice-Hall
- Mintzberg, H. (1992): "The professional organization; The Strategy process, Prentice Hall
- Pfeffer, J & Salancik G (2003): "The external control of organizations, a resource dependence perspective"; Stanford University Press
- Piihl, Jesper (2003): "Strategisk ledelse som organisering på distance". *Ledelse og erhvervsøkonomi* 3/2003
- Poder (2004): [www.kommunikationsforum.dk](http://www.kommunikationsforum.dk) (2004) "Magtens følelser og følelsernes magt
- Røvik, Kjell Arne (1998): "Moderne organisasjoner : trender i organisationstenkningen ved tusenårsskiftet.", Fagbokforlaget
- Sehested, Karina (2002): "Interaktive professionsroller og professionelle managers", *Samfundsøkonomen*
- Sehested, Karina (2003): "Kommende ledere mellem profession og management, DJØF forlag
- Skærbæk, Peter (1999): "implemetering af økonomistyring", I Beck Jørgensen og Melander "Livet I offentlige Organisationer, DJØF's Forlag
- Skærbæk, Peter (2001): "Økonomistyring uden budgetter?" I Jönsson & Larsen : *Teori & Praksis* 2001
- Strukturreformen, Sundhedsministeriet maj 1999
- Sundhedsfaglig forum(2006) "Effektive sygehuse i et nyt sundhedsvæsen.", Debatoplæg
- Sygeplejersken 2006:19
- Svenningsen (Vikkelsø), Signe (2004): "Den elektroniske patientjournal og medicinske arbejde", *Handelshøjskolens Forlag*
- Thompson, James & Tuden, Arthur (1959): "Strategies, structures and processes of organizational decision in Comparative studies in administration", i *Comparative studies in administration*, University of Pittsburg



*Ugeskrift for læger (2006): "Ny udfordring for uddannelsen af yngre læger*  
*Vikkelsø, Signe (2005): "Subtle redistribution of work, attention and risks : elektronik patient records and organisational consequences", Scandinavian Journal of Information Systems 2005, 17(1) 3 - 30*

*Vinge, Sidsel (2003 : "organisering og reorganisering af medicinsk arbejde i sygehuse, PhD projekt, Handelshøjskoleens forlag*

*Vinge, Sidsel (2003 : "organisering og reorganisering af medicinsk arbejde i sygehuse, PhD projekt, Handelshøjskoleens forlag*

*Voxsted, Søren (2002): "Forandringer af organisationer", Gyldendal*

*Zander, Karen (1995): " Collaborativ care : Two effektive startegies for positive outcomes.", American Hospital publishing Inc.*

[www.leksikon.org.dk](http://www.leksikon.org.dk)

[www.lederweb.dk](http://www.lederweb.dk) : "Dialog mellem ledelsesniveauerne-hvorfor er det så svært ?"

[www.nyt-om-arbejdsliv.dk](http://www.nyt-om-arbejdsliv.dk) : Salling Olsen, Henning: "Professioner som (trod) spejl for arbejdet i den udfoldede modernitet"