

Ledelse på tværs i de danske sygehuse

Jeppe Plesner, Anne Birgitte Christensen, Mickael Bech og Magnus Larsson*

Abstract

Healthcare organizations are challenged by complexity in structure and knowledge, and heterogeneity in deliveries and patient demands. Reductionist managerial approaches fall short in resolving the quality issues of healthcare, but Scientific Management and New Public Management (NPM) nevertheless has a strong hold on leadership thinking in hospitals. Increasing demand for adaptive and collaborative capacity emphasizes the need to rethink the way we organize and lead these organisations. We conducted semi-structured interviews, examining the organizational and leadership thinking of 14 key decision makers, hospital directors and ward leaders, holding a key role in planning and implementing new organisational structures in the Region of Southern Denmark. Informants stress the organizational complexity, and the need for better coordination and collaboration across boundaries. In contrast, they present leadership discourses that are grounded on hierarchical positions and individual agency. Hospitals are complex organisations characterised by extensive bureaucracy, struggling with quality issues, attributable to rigid organisational boundaries and the dominant SM and NPM thinking. We show that an organisational change meant to address this problem is not accompanied by a similar change in leadership constructs, and we offer ideas of complexity leadership, enhancing relational coordination, adaptability and flexibility.

Jeppe Plesner
University of Southern Denmark,
Centre of Health Economics
Research

Anne Birgitte Christensen
Sydvestjysk Sygehus

Mickael Bech
University of Southern Denmark,
Centre of Health Economics

Magnus Larsson
Copenhagen Business School

Keywords: hospital management,
leadership discourse, organiza-
tional change, New Public Mana-
gement, complexity leadership

Nøgleord: sygehusledelse, ledel-
sesdiskurs, organisationsænd-
ring, New Public Management,
kompleksitet

Ledelse på tværs i de danske sygehuse

Moderne sygehuse er kendetegnede ved udtalt kompleksitet i organisering, vidensmængde og ydelser. Aktuelle kvalitetsproblemer i sundhedsvæsenet er knyttet til denne kompleksitet, og de fremherskende NPM orienterede ledelses- og styringstilgange har ikke kunnet løse disse. Et omfattende bureaukrati, inkonsistente finansieringssystemer, vildtvoksende standardiseringsbestræbelser og kontrol peger på behovet for nye ledelsestilgange og fleksible strukturer, som kan håndtere de komplekse udfordringer i fremtidens sundhedsvæsen. Vi interviewede 14 ledere med ansvar for planlægning og implementering af Fælles Akut Modtageafdelinger (FAM), i region Syddanmark, for at finde ud af, hvilke idéer om ledelse og organisation, der lå bag de planlagte forandringer, og analyserede disse i forhold til aktuelle ledelsesdiskurser. Interviewpersonerne var meget opmærksomme på den organisatoriske kompleksitet og på behovet for bedre koordinering og samarbejde på tværs af organisatoriske grænser. I kontrast hertil var ledelsestænkningen baseret på hierarkiske, positionsorienterede ledelsesdiskurser, der ikke matcher de organisatoriske behov. Sygehuse er komplekse organisationer, men en rationalistisk styrings- og ledelsestilgang, medfører et omfattende bureaukrati, rigiditet og suboptimering. Vi viser, at de planlagte organisationsændringer, der skulle fremme en integreret og fleksibel opgaveløsning ikke ledsages af en tilsvarende ændring i ledelsestilgangen, og vi peger på kompleksitetsorienterede ledelsesforståelser som en måde at fremme relationel koordinering, adaptabilitet og fleksibilitet.

***Jeppe Plesner**, læge, ph.d.-studerende ved Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, samt Region Syddanmarks Ledelsesakademi. Jeppe har efter nogle år som klinisk arbejdende læge valgt at fokusere på ledelse og organisationsudvikling, og har arbejdet med dette felt som konsulent igennem 6 år, inden ansættelsen i det aktuelle ph.d.-forløb, som denne artikel er en del af.

Anne Birgitte Christensen, HR konsulent, Sydvestjysk Sygehus. Anne Birgitte er uddannet cand rer. Soc. og Master of science in Systemic Leadership and Organisational Studies fra University of Bedfordshire. Anne Birgitte har arbejdet med udvikling, evaluering, processer og coaching gennem 20 år med særlig fokus på metode og samspil mellem teori og praksis.

Mickael Bech, centerleder, Professor ved COHERE – Centre of Health Economics Research, Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi, Syddansk Universitet. Mickael er uddannet økonom og har gennem hele sin forskningskarriere beskæftiget sig med sundhedsvæsenets organisering og styring. Mickaels forskning har fokus på brug af økonomiske styringsinstrumenter, afregningssystemer samt organisering og ledelse af sygehuse.

Magnus Larsson, lektor, Institut for organisation, Copenhagen Business School. Magnus er autoriseret psykolog og har forsket i organiserings- og lederskabsprocesser i både offentlige og private organisationer. De senere år har fokus været på effekter af lederudvikling, samt hvordan lederskab og organisering skabes i interaktion i forbindelse med praktisk dagligdags arbejde.

Offentlig förvaltning
Scandinavian Journal of Public
Administration
16(2): 165-187

© Jeppe Plesner, Anne Birgitte
Christensen, Mickael Bech,
Magnus Larsson og Förvalt-
ningshögskolan, 2013
ISSN: 1402-8700
e-ISSN: 2001-3310

Indledning

Newton's "clockwork universe", in which big problems can be broken down into smaller ones, analysed and solved by rational deduction, has strongly influenced both the practice of medicine and the leadership of organizations ... But the machine metaphor let us down badly, when no part of the equation is constant, independent, or predictable (Plsek & Greenhalgh, 2001:625).

De ledelsesmæssige udfordringer på de danske sygehuse er præget af gennemgribende institutionelle forandringer i disse år. Der er tale om ændringer i både sygehusstrukturer, styringsmodeller, organisationsformer og ledelsesmodeller, i rollerne for patienter, sundhedsprofessionelle, embedsmænd og politikere og ændringer i teknologier, arbejdsprocesser og tænke måder (Jespersen, 2005). Disse forandringer skriver sig ind i den aktuelle debat om hvordan organisation, styring og ledelse skal udvikles indenfor den offentlige sektor generelt. New Public Management (NPM) er ikke en sammenhængende teori, men er samlebetegnelse for en styrings- og ledelsesideologi, som siden regeringens Moderniseringsprogram i 1980'erne har været helt dominerende i den offentlige sektor (Vrangbæk, 1999). NPM henter inspiration fra den private sektor, og har gennem indførelse af rationalistiske markeds-lignende styringslogikker, mål- og resultatstyring, kontraktstyring, kvalitets- og produktivitets måling osv. søgt at effektivisere den offentlige sektor, højne kvaliteten i ydelserne og begrænse væksten i udgifterne (Hjortdal & Nielsen, 2008). Både praktikere og forskere har problematiseret de NPM orienterede diskursers hegemoni og de grundlæggende antagelser, som disse bygger på, idet de afledte styringsredskaber, ledelsestilgange og organisationsformer af flere beskrives som dårligt tilpasset til de organisatoriske behov i komplekse, vidensstunge organisationer, som f.eks. sundhedsvæsenet (Kragh Jespersen, 1999; Melander, 2008). Flere peger på, at de aktuelle problemer i den offentlige sektor i almindelighed og sundhedssektoren i særdeleshed ikke bare eksisterer på trods af de mange NPM-baserede styringsinitiativer, men ofte også er en konsekvens af disse. Den øgede kompleksitet i de offentlige organisationer, i deres funktioner og videns mængde betyder, at de centralistiske styrings- og standardiseringstiltag bliver dysfunktionelle og i mange tilfælde kontraproduktive. Mange ledere og medarbejdere oplever, at interventionerne både begrænser deres frirum til at levere fagligt holdbare løsninger, og samtidig påfører dem administrative byrder, der trækker opmærksomhed og tid fra kerneopgaverne (Zeuthen Bentsen et al., 1999; Melander, 2008).

Også internationalt har forskere peget på, at vores tilgang til ledelse og organisering i vid udstrækning baserer sig på tankegods, der hører industrisamfundet til, og hvis relevans bør revurderes med udgangspunkt i de ændrede vilkår og behov som videnssamfundet og dets organisationer giver anledning til.

As we advance deeper in the knowledge economy, the basic assumptions underlining much of what is taught and practiced in the name of management are hopelessly out of date ... most of our assumptions about business, technology and organization are at least 50 years old.

They have outlived their time. As a result, we are preaching, teaching and practicing policies that are increasingly at odds with reality and therefore counterproductive (Drucker, 1998:162).

Også indenfor andre vestlige landes sundhedsvæsen har forskere påpeget, at de mekanistiske ledelsestilgange, der aktuelt er fremherskende ikke vil kunne løse de udfordringer, som sundhedsorganisationerne står overfor (Kelley & Tucci, 2001).

Et område, som aktuelt undergår store forandringer er akut området, som ifølge en rapport fra Sundhedsstyrelsen (2005), i en årrække har båret præg af utilstrækkelig faglig kvalitet, mangelfuld koordinering mellem specialer og langsommelighed i udredning og behandlingsindsatser. En undersøgelse fra 2008 viste, at kun halvdelen af de patienter, der havde brug for det, fik et sammenhængende forløb (Strandberg-Larsen & Krasnik, 2008) til trods for, at modtagelsen af akutte patienter igennem de sidste 10 år fulgt den generelle tendens og er blevet samlet på færre og mere specialiserede sygehuse. Samtidig har den øgede specialisering medført et behov for bedre koordinering på tværs af specialerne (Sundhedsministeriet, 1997; Sundhedsstyrelsen, 2005).

Med indførelsen af fælles akutmodtagelser (FAM), har man derfor søgt at etablere en organisatorisk struktur, der kan varetage den akutte patients initiale udredning og behandling i en koordineret indsats mellem FAM og sygehusets øvrige specialer. Dette sker, for at imødegå den øgede kompleksitet i udredning og behandling, der ofte involverer flere faggrupper og bevæger sig på tværs af specialegrænser og organisatoriske enheder.

Denne nye struktur repræsenterer et stærkt øget fokus på tværgående og procesorienterede funktioner i organisationerne. Derved tydeliggøres en række ledelsesmæssige udfordringer. Den procesorienterede organisation skal eksistere i et fagprofessionelt miljø med multiple dagsordner blandt flere stærke faggrupper med tradition for at agere ud fra egne professionelle normer frem for organisatoriske målsætninger (Jespersen, 2005). En væsentlig udfordring bliver således at etablere en overensstemmelse mellem de professionelle paradigmer, der driver de fagprofessionelle og de mål, som organisationen opstiller. Desuden accentuerer organisationsændringen den komplekse "matrix-struktur", som allerede kendetegner sygehusene i dag (Bendix, 2008), med mindre tydelige organisatoriske grænser, og hvor de, der skal disponere over ressourcerne ikke nødvendigvis er de samme, som de, der har personale og budgetansvar. Disse ændringer peger på et behov for ledelsestilgange, der formår at udnytte potentialet i de komplekse organisationer, og integrere tværgående aktiviteter, udenfor eller imellem de bureaukratisk/hierarkiske systemer, hvis man skal realisere ambitionerne om, at nye funktionsmåder i de nye organisatoriske strukturer kan afhjælpe kvalitetsbristen i den akutte patientbehandling. Modsat peger flere forskere på, at ledelsestænkningen i sygehusvæsenet, som en konsekvens af den ovenfor beskrevne NPM ideologi, er præget af bureaukratiske styringstilgange herunder standardisering, resultatmålinger og andet, som reducerer ledelsesrummet, beslaglægger medarbejdernes energi og innovationskraft og skaber forventninger til ledelse, der i høj grad fokuserer på løsningen af administrative opgaver indenfor en hie-

rarkisk organisatorisk ramme (Jespersen, 2005; Bendix, 2008; Knudsen & Zeuthen Bentsen, 2010).

Nyere ledelsesteorier har søgt at give bud på andre paradigmer for ledelse i denne type organisation gennem udvikling af koncepter såsom delt (Pearce & Conger, 2003) og distribueret (Gronn, 2002) lederskab, og teorien om kompleksitets lederskab (Marion & Uhl-Bien, 2001; 2007). Disse teorier bidrager med viden om f.eks. effekten af selvstyrende teams (Carson et al., 2007) og kompleksiteten i gennemgribende organisationsforandringer (Plowman et al., 2007). Der er dog kun sparsom empirisk forskning i, hvordan disse ledelsestilgange fungerer i store, velkonsoliderede organisationer som sundhedsvæsenet. Det er denne artikels ambition at bidrage med en empirisk funderet refleksion på disse spørgsmål. Det vil vi gøre gennem en beskrivelse af, hvordan de centrale aktører bag etableringen af FAM forstår denne organisatoriske nyskabelse og de problemer i den nuværende organisation den skal adressere. Vi vil se på, hvilke organisatoriske og ledelsesmæssige modeller aktørerne beskriver, samt analysere disse i forhold til relevante ledelsesteorier, og diskutere deres relevans og anvendelighed i forhold til de organisatoriske udfordringer.

Styrende spørgsmål i forskningsprocessen har været:

Hvilke ledelsesmæssige udfordringer ser man i den aktuelle organisering?

Hvilke nye organisations- og ledelsestilgange ønsker man at implementere?

Hvilke teoretiske overvejelser kan disse tilgange afstedkomme i relation til nyere ledelsesforskning?

Vi har gennemført en række interviews med 14 personer i formelle lederpositioner, som alle er involveret i planlægning og etablering af FAM, om deres syn på de ledelsesmæssige og organisatoriske udfordringer i de aktuelle sygehusenheder, med etableringen af FAM som omdrejningspunkt. Vi mener dermed at kunne tegne et billede af de dominerende ledelsestilgange, som disse aktører repræsenterer, og vil anvende dette som afsæt for en videre diskussion af ledelsesudfordringerne i fremtidens sygehusvæsen.

Baggrund

Den politiske beslutning

Ud fra et ønske om et generelt løft af kvaliteten i modtagelsen af akutte patienter, særligt den faglige ekspertise og proceseffektiviteten, nedsatte Sundhedsstyrelsen et udvalg, der på baggrund af rapporten: ”Vurdering af den akut medicinske indsats i Danmark 2005” (Sundhedsstyrelsen, 2005), udarbejde retningslinjer og anbefalinger for dette område i rapporten ”Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen” (Sundhedsstyrelsen, 2007). I forlængelse heraf, har regionerne udarbejdet planer for etablering af et ensartet system for patientens modtagelse, diagnosticering og indledende behandling i FAM (Villadsen, 2009).

I Sundhedsstyrelsens rapport er FAM således defineret: ”Ved betegnelsen ”fælles akutmodtagelse” forstås en fælles fysisk lokalitet på et sygehus beliggende på én matrikel, hvortil akut syge eller tilskadedkomne patienter kan visitere-

res ... og hvor der er mulighed for diagnostik og behandling med akut lægelig bistand fra flere specialer... Der vil således kun være én indgang til sygehuset i tilfælde af akut sygdom/skade. Herved etableres bedre mulighed for samarbejde om den akutte uafklarede patient på tværs af specialer og dermed et bedre grundlag for at skabe et sammenhængende patientforløb. Formålet er at give bedre kvalitet i undersøgelse og mulighed for hurtigere diagnostik og behandling fra alle relevante specialer og funktioner” (Sundhedsstyrelsen, 2005:33).

Her optegnes allerede en række forandringer, med angivelse af, hvor man mener gevinsten ved denne forandring vil ligge, og dermed en implicit udpegning af aktuelle problemfelter: En mere enkel visitation (en enkel indgang ved akut sygdom), bedre samarbejde på tværs af specialer og bedre sammenhæng i patientforløbene, øget kvalitet og hurtigere diagnostik og behandling.

Den aktuelle ledelse og organisering:

Sygehusorganisationerne har i store træk været opbygget i en klassisk hierarkisk struktur baseret på en fælles sygehusledelse med repræsentation af de dominerende professioner, oftest en læge og en sygeplejerske (”Trojkaledelse”). Herunder er sygehusene organiseret i en række sideordnede hierarkier, i form af kliniske afdelinger og serviceafdelinger. De kliniske afdelinger afgrænses i funktions- og ansvarsområde ud fra et lægefagligt rationale, og har oftest en speciallæge fra samme speciale og en oversygeplejerske som daglig ledelse (Bendix, 2008). De faglige kriterier har stor betydning for ledelsens legitimitet og arbejdets organisering (Jørgensen & Bendix, 2009). Igennem de sidste 25 år har en NPM orientering (Jespersen, 2005), med fokus på markedslignende styringsredskaber vundet indpas og har etableret en modvægt til klassiske sundhedsfaglige ledelsesrationaler centreret om faglige diskurser om optimal patientbehandling. I stedet er indført mere generiske ledelsesparadigmer om effektivitet, kvalitetsstyring, kundeorientering mv., der dog udfordres af, at organisationen opdeles skarpt på basis af professionernes hierarkier, karrieresystemer og fora, og ikke omkring formelle organisatoriske enheder, produktionsprocesser og patientforløb (Borum, 2003). Dette anfører flere som en væsentlig årsag til de velkendte vanskeligheder med at lave velfungerende patientforløb på tværs af specialegrænser. Også her er forsøgt flere NPM inspirerede løsninger, med mere flade og mindre bureaukratiske organisationsformer, f.eks. funktionsbærende enheder, delte ledelser, klyngedannelser mv. (Jespersen, 2005). Denne decentralisering af organisatorisk, strategisk og økonomisk ansvar, modsvares (og afmonteres delvist), af et ”skygebureaukrati” (Knudsen & Zeuthen Bentsen, 2010), i form af en centraliserings-modbevægelse med fokus på nationale standarder, herunder kvalitets- og akkrediteringssystemer, der indskrænker råderummet for lokale aktører, både ledelsesmæssigt og fagligt. Det er i denne hybrid mellem det professionsdominerede og det NPM orienterede sygehus, og mellem decentralisering og centralisering at konstruktionen af FAM finder sted.

Med etableringen af FAM ændres den organisatoriske logik fra en fagorientering til en procesorientering. I stedet for at patienten visiteres til et speciale og udredes i regi af dette, skal specialerne fremover levere fagpersonale og ydelser på måder og tidspunkter der er defineret af patientens udrednings- og behand-

lingsforløb. Dette forventer man at aftalebasere, gennem en række standardiserede tidsstyrede patientforløb (STP), hvor specialerne forpligter sig til at levere bestemte ydelser til bestemte patienttyper indenfor fastsatte tidsrammer.

Dette fokus på de horisontale organisatoriske funktioner kan tænkes at udfordre de eksisterende organisatoriske rutiner og ændre forudsætningerne for styring og ledelse i og på tværs af organisationen. Den procesorienterede organisering betyder, at tilrettelæggelsen af arbejdet og allokering af ressourcer baseres på, hvad der til enhver tid skaber det bedste flow i patientbehandlingen, fra såvel et kvalitativt som et kvantitativt synspunkt. Dermed er retten til at definere og prioritere opgaver flyttet fra specialafdelingerne til det akutområde, som varetager patientforløbene. Det betyder blandt andet, at akutområdets ledelse og medarbejdere forventes at stille krav til specialafdelingernes håndtering og prioritering af opgaver, selvom de ikke har en formel ledelsesret i forhold til disse og både personale- og økonomiansvar fortsat ligger hos specialafdelingen.

Disse ændringer i de organisatoriske rammer, indebærer en udfordring for det praktiske lederskab og for, hvordan aktørerne forstår disse udfordringer og deres ledelsesmæssige implikationer. Det er dette studies væsentligste bidrag, at analysere denne forståelse blandt de centrale aktører, og diskutere denne forståelse i lyset af nyere ledelsesteori, som derfor kort gennemgås nedenfor.

Ledelsesteori

For bedre at kunne forstå og analysere de udsagn omkring ledelse og organisation, som fremkommer under vores interviews, har vi valgt at kategorisere disse i forhold til eksisterende ledelsesteori, ud fra den antagelse, at informanternes udsagn er udtryk for deres antagelser eller diskurser om ledelse og organisation, som kun i nogen udstrækning er bevidste eller klart funderet i teori eller empiri. Et diskursivt perspektiv ser lederskab som et socialt konstrueret fænomen (Fairhurst, 2007; Fairhurst & Grant, 2010). Begrebet diskurs er omdiskuteret, men anvendes her i forlængelse af Foucault (1972; 1980) som et "General and enduring systems for the formation and articulation of ideas in a historically situated time" (Fairhurst, 2007:7). Vi er således interesserede i, hvordan lederskab forstås og attribueres af aktørerne selv (Pondy, 1989). Den eksisterende diskurs er interessant, idet den på sin vis konstituerer subjektet, det vil sige at vi forstår os selv gennem vores paradigmer og sprog (Foucault, 1980; Alvesson, 2002). Som en konsekvens peger diskursen på vores handlemuligheder, og ved at undersøge lederskabsdiskursen i relation til de organisatoriske udfordringer i sundhedsvæsenet, får vi en viden om, hvordan lederskab konstitueres af aktørerne, hvordan det relateres til de aktuelle udfordringer, og hvilke muligheder der herved åbnes og lukkes.

Vi har valgt at kategorisere de dominerende lederskabsteorier i forhold til dimensionen individuel agency – distribueret agency, hvorved der fremkommer 3 principielt forskellige kategorier af diskurser om lederskab: individcentrerede, distribuerede og kompleksitetsorienterede lederskabsdiskurser.

Individcentrerede lederskabsdiskurser

Dominerende lederskabsteorier, som eksempelvis transformativt lederskab (Burns, 1978; Bass, 1994; Bass & Riggio, 2005), karismatisk lederskab (Conger & Kanungo, 1987; 1998), og autentisk lederskab (Avolio & Gardner, 2005) er kendetegnet ved deres fokus på en person i en lederrolle og dennes handlinger. Rost (1991) beskriver lederskab som en relationel påvirkningsproces mellem ledere og medarbejdere, der ønsker at gøre en forskel, hvilket lægger sig tæt op ad teorierne om transformativt lederskab, men betoner reciprociteten og den relationelle dimension. Ifølge Bass (1994) omfatter det transformativt lederskab fire dimensioner: idealiseret påvirkning, individuel opmærksomhed, inspirerende motivation og intellektuel stimulering. På samme måde beskriver Conger og Kanungo (1998), hvordan det karismatiske lederskab indbefatter at lederen gennem sine energiske og passionerede handlinger, inspirerer sine medarbejdere til at gøre en ekstra indsats i den retning, som lederens vision udpeger. Autentisk lederskab omfatter ifølge Avolio og Gardner (2005) fire centrale komponenter: Selvbevidsthed, et internaliseret moralsk perspektiv, en balanceret informationsbearbejdning, samt evnen til at indgå i transparente relationer.

Fra et andet perspektiv beskriver Smirchich og Morgan (1982), Gioia og Chittipeddi (1991) og Pye (2005) lederskab som en aktivitet, der har at gøre med meningsskabelse. Gioia og Chittipeddi argumenterer for lederen, som den der tolker og forstår organisationens situation og derefter kommunikerer denne videre til medarbejderne, medens Pye fremhæver lederens egne handlinger, som et forståelseskabende eksempel for medarbejderne.

I alle disse teorier ligger fokus på lederen som person, og på dennes egenskaber og handlinger, medens den organisatoriske kontekst berøres i mindre grad. Det er lederens personlighed, engagement, handlinger og fortolkninger af situationen, som er det afgørende.

Distribuerede lederskabsdiskurser

Pearce og Conger (2003), samt Gronn (2002) kritiserer forestillingen om, at lederskab er bundet til en person eller til dennes position. På hver deres måde præsenterer de den tanke, at lederskab kan være en delt aktivitet involverende flere individer, f.eks. i et team, eller på andre måder. Begrebet delt lederskab er blevet dominerende indenfor denne tænkning (Pearce & Conger, 2003) og beskriver lederskab som en påvirkningsproces mellem medlemmer i et team eller en gruppe, hvor påvirkningen er gensidig. Locke argumenterer for en integreret model, hvor lederskab kan udøves af alle parter i en relation, og i alle retninger, også ”opad” i de hierarkiske systemer (Locke, 2003).

Kompleksitetsorienterede lederskabsdiskurser

Andre kritiserer disse teorier for, at tage implicit afsæt i hierarkiske positioner, hvilket gør dem uegnede til at beskrive ledelse i vidensbaserede organisationer, hvor viden typisk er distribueret (Marion & Uhl-Bien, 2001; Uhl-Bien et al., 2007; Uhl-Bien & Marion, 2009). Videnssamfundet fordrer nye organisationstyper der kan udnytte potentialet i den distribuerede viden gennem kultivering af kompleksitet, fleksibilitet og emergens. Baseret på kompleksitetsteori foreslår de

en teoretisk ramme for kompleksitetslederskab (CLT), med 3 centrale funktioner: En administrativ funktion, med fokus på styring, rammesætning og kontrol, en adaptiv funktion med fokus på tilpasning, emergens og innovation, samt en muliggørende funktion, som medierer, sammenbinder og fremmer den gensidige påvirkning mellem de 2 førstnævnte funktioner. Et centralt element i teorien om kompleksitetslederskab er betoningen af emergens som en vigtig og ønskværdig egenskab ved komplekse adaptive systemer. Dette perspektiv på organisationsprocesser er radikalt anderledes end det hierarkiske/bureaukratiske perspektiv, som vægter planlægning, forudsigelighed og kontrol.

The value of adding a CAS perspective to leadership is, that it offers a paradigm for thinking about leadership, from which we can more easily explore issues that confound us from a traditional view - issues of shared, distributed, collective, relational, dynamic, emergent and adaptive leadership processes (Uhl-Bien & Marion, 2009:631).

CLT identificerer således lederskab som en kompleks, interaktiv dynamik, resulterende i adaptive fænomener (f.eks. læring, innovation og tilpasning) (Marion & Uhl-Bien, 2001). Loven om tilstrækkelig kompleksitet (requisite complexity) siger, at det kræver kompleksitet at håndtere kompleksitet. For megen kompleksitet giver kaos og ineffektivitet, mens for lidt kompleksitet giver rigide systemer, der begrænser organisationens mulighed for at forstå og respondere adækvat på omgivelserne med udvikling af viden, tilpasning eller innovation (Uhl-Bien et al., 2007; Boisot & Mckelvey, 2010).

Med CLT flyttes betydningen af begrebet lederskab fra at være knyttet til et individ eller en hierarkisk position, til at være en funktion, - håndteringen af kompleksitetsdynamikker. Lederskab bliver dermed en funktion, der initierer, organiserer og påvirker forskellige aktørers handlen.

Metode og analyse

Vi har interviewet de centrale beslutningstagere og aktører for indførelsen af FAM i Region Syddanmark i foråret 2010, hvor ledelser for de kommende afdelinger nyligt var udpeget, og afdelingerne, med en enkelt undtagelse, var opstartet i en foreløbig struktur. Undersøgelsen er gennemført via semi-strukturerede interview (Kvale, 2010), med i alt 14 interviewpersoner, se tabel 1. De interviewede er udvalgt efter deres viden om og indflydelse på processen med at etablere FAM i regionen. Det er både beslutningstagere fra de øverste forvaltningsniveauer, samt de direktører og ledere, som har forestået planlægning af de nye organisatoriske enheder, og skal stå for den konkrete implementering af FAM på de enkelte sygehusenheder. I hver sygehusenhed har vi interviewet den eller de lægelige direktør(er), samt den ledende sygeplejerske og ledende overlæge i FAM. Vi har haft fokus på at belyse forskellige perspektiver på processen, ved at vælge forskellige positioner, såvel geografisk (4 af de 5 planlagte afdelinger er repræsenteret), hierarkisk (fra øverste forvaltningsniveau til afdelingsledelsesniveau) og fagligt (lederne har sygeplejefaglig, lægefaglig eller samfundsvidenskabelig baggrund). Blandt de interviewede er 6 direktører og 8 afdelingsledere. Vi har ikke i denne undersøgelse interviewet ledere fra afdelingerne

udenfor FAM, ej heller ”menige” medarbejdere i eller omkring FAM, selvom disse formentlig kunne bidrage med væsentlige vinkler på etableringen af FAM og konsekvenserne heraf. Dette valg skyldes, at etableringen af FAM var i en tidlig fase på tidspunktet for interviewene, hvorfor kun en mindre kreds havde indgående kendskab til tankerne i FAM-konceptet, ligesom lanceringen af FAM er præget af den forestilling om styret organisationstilpasning, som dominerer i hierarkiske systemer, og at det netop er formålet med interviewene at afdække de forståelser af organisation og ledelse, som danner baggrund og ramme for en sådan proces. En komplet analyse af ledelsesdiskurser i sundhedsvæsenet må selvfølgelig inddrage andre perspektiver, herunder medarbejdere, brugere og samarbejdspartneres diskurser, men ligger udenfor dette studies formål. Vi har valgt at fokusere på diskurserne blandt de ledelsesfigurer, der i særlig grad har mulighed for at sætte dagsordenen for de nye organisationer, gennem deres rolle i både planlægning og drift af disse.

Tabel 1. Interviewpersoner

Interview	Rolle	Interview dato	Varighed	Transkriberede sider
01	Direktør	8.6 2010	70 min	6
02	Direktør	9.6 2010	53 min	5
03	Afdelingsleder	13.9 2010	62 min	6
04	Afdelingsleder	24.9 2010	73 min	7
05 + 06*	Afdelingsledere	11.10 2010	82 min	8
07	Direktør	25.10 2010	78 min	6
08	Direktør	26.10 2010	55 min	6
09	Afdelingsleder	2.11 2010	54 min	5
10	Afdelingsleder	3.11 2010	52 min	6
11	Afdelingsleder	3.11 2010	56 min	7
12	Direktør	16.11 2010	61 min	4,5
13	Direktør	16.11 2010	46 min	4,5
14	Afdelingsleder	17.11 2010	55 min	5
I alt			13 timer 17 min	76 sider

Der har været en nødvendig fleksibilitet i forhold til udførelsen af interviewene. De refleksioner vi har gjort os ved det enkelte interview har påvirket det næste, hvilket vi har valgt at gøre i dialog og med eksplicit adressering af vores egne antagelser. Vi har tilstræbt at reflektere løbende over de data vi indsamlede, således at interviewpersoner kunne udvælges ud fra deres rolle i, eller formodede viden om de fænomener vi mente at observere, samt vores aktuelle teorier om feltet (Yin, 2009). Vi har dermed forsøgt at kvalificere interviews ud fra vores antagelser om deres eksterne validitet og ved at justere spørgerammen i takt med, at vores forståelse for området øges (Barge & Fairhurst, 2008).

Vi har anvendt en refleksiv og diskursiv tilgang til validering af data og af vores analyser, gennem en løbende fortolkningsproces, både individuelt og i kollaboration mellem interviewere. I modsætning til eksempelvis kvantitativ analyse er det netop målet for den kvalitative syntese at være fortolkende snarere end akkumulerende (Dopson & Fitzgerald, 2005). Vi har i analysen fokuseret på den betydning, som aktørerne tillægger forskellige fænomener og deres vægtning af emner, idet disse udgør en kilde til forståelse af aktørernes handlinger og

i giver en idé om deres mulige handlinger fremover (Foucault, 1972; Dopson & Fitzgerald, 2005).

Alle interviews er optaget in extenso og delvist transskriberet. Vi har individuelt gennemgået de transskriberede interview og gennem "labelling" identificeret centrale temaer i diskurserne. Kategorierne videreudvikledes derefter af begge interviewere, hvor vi ved flere gennemlæsninger og igennem dialog skabte en koordineret forståelse af kategorierne.

Den koordinerede kategorisering har haft til hensigt at skabe størst mulig konkordans mellem skabelse af kategorien, identificering af områder i teksten og omfanget af kategoriens forekomst (Charmaz, 2007).

Resultater

Interviewpersonernes syn på organisationen og rationaler for de aktuelle organisationsændringer

Den øgede specialisering og subspecialisering, sygehusenhedernes voksende størrelse og de stadigt mere forgrenede specialafdelinger, opleves af de fleste interviewpersoner som en forhindring for god kommunikation og hensigtsmæssige patientforløb på tværs af specialer. Dette fremhæves i særlig grad for patienter med flere sygdomme, eller med behov for tværfaglige indsatser. Hertil kommer de diagnostisk uafklarede forløb, hvor akutte patienter udgør langt hovedparten. Interviewpersonerne fremfører alle, at de aktuelle organisationsændringer skyldes et ønske om en bedre behandling af de akutte patienter, ofte med fokus på, at slå bro over de eksisterende barrierer mellem specialer, med patienternes forløb, som det styrende element.

... jeg har arbejdet meget i det akutte og oplevet, at patienter ikke er blevet behandlet ordentligt, fordi lægerne ikke er kommet ... og der er blevet lavet nogle dårlige plejekulturer, fordi der ikke har været nok fokus på patientforløbet (Interview 4, afdelingsleder).

Der er en generel optimisme i forhold til, at FAM kan give bedre klinisk kvalitet og mere økonomisk effektiv opgaveløsning. Patienternes tarv fremhæves af samtlige interviewpersoner som den primære "driver" for de aktuelle forandringer. At økonomiske og politiske forhold spiller ind berøres også af enkelte, men oftest slet ikke. Inspirationen til udformningen af de organisatoriske ændringer bliver ofte lidt abstrakt henført til de øvrige nordiske lande, til England og USA, men når vi efterlyser konkret teoretisk eller empirisk inspiration, henviser interviewpersonerne til personlige erfaringer fra velfungerende sygehusenheder.

Det var jo fordelen ved at være oppe i Nordsverige, hvis du [som patient], fejlede noget, tog det sjældent mere end et par timer [at finde ud af, hvad patienten fejlede]." (Interview 3, direktør).

Den nye struktur ses således også som et bud på hvordan man til en vis grad kan kompensere for de ulemper som store enheder har, hvor de uformelle strukturer udfordres.

Det at et hospital som xxx sygehus kunne køre som om det var et lille hospital. I virkeligheden kommer mine tanker om klynger derfra, jeg så, hvordan de afdelinger, arbejdede sammen, behandlede patienter og havde en fælles forståelse af hvordan det skulle gøres (Interview 2, direktør).

Det fortløbende arbejde med at etablere og justere aftaler og danne og gen-danne netværk forventer de interviewede vil være en blivende del af FAM og ikke kun noget der foregår i etableringsfasen.

Vi har selvfølgelig også været nødt til at lave nogle aftaler med de specialer der samarbejder med os, og de justeres løbende, - vi skal hele tiden italesætte en virkelighed om hvor vi står nu, og hvor vi er på vej hen, og hvad der skal ske nu (interview 9, afdelingsleder).

De interviewede opfatter afdelingsledelsen i FAM som dem, der skal sikre et perspektiv, der omfatter hele patientforløbet. De skal opfatte organisationen som en helhed og udover kompetencer i forhold til at lede egen afdeling, skal de være gode til at skabe netværk og forhandle på tværs af de formelle strukturer. Behov for øget samarbejde, bedre tværgående kommunikation og koordinering, for at optimere patientens udrednings- og behandlings flow peger på behovet for fleksible, netværksbaserede og uformelle løsninger, samt distribution af ledelseskompetencer og -funktioner med stærkt øget kompleksitet i organiseringen til følge.

De mangler indsigt i hele den måde det her spiller sammen på, det kræver mere komplekse systemer ... så hvis man vil deltage i det spil her, så kræver det meget systemforståelse at kunne overskue det hele og se hvor jeg bidrager og hvor jeg ødelægger det hele (Interview 11, direktør).

Dette peger i retning af et behov for mere distribuerede og kompleksitetsorienterede lederskabsdiskurser, men hvordan? De fleste interviewpersoner fremhæver ”lederskab” som afgørende for at få succes med den kommende struktur i FAM, men hvad mener de egentlig? Når vi spørger ind til de bagvedliggende antagelser og historier fremkommer mange forskelligartede udsagn om ledelse og lederskab. Ved at rubricere dem i forhold til deres agency-diskurs fremkommer et interessant billede.

Individcentrerede lederskabsdiskurser

Generelt fremhæver interviewpersonerne, at der vil være brug for de samme kompetencer, som vi kender i dag, men med en langt større vægtning af lederskabsorienterede tilgange. Når vi spørger nærmere ind til, hvad der forstås ved ”lederskab”, kredser svarene omkring, at stærke faglige kompetencer skal suppleres af en række relations-, kommunikations- og forhandlingskompetencer. Altså en forestilling om lederskab som et sæt personbårne kompetencer, en ”værktøjskasse” af universalredskaber, som den enkelte leder kan tage i anvendelse efter behov. Et perspektiv som implicit peger på lederskabsdiskurser som karismatisk lederskab og ”Great Man theory”.

Det er det personlige lederskab, som vi er nødt til at udvikle i denne gruppe (Interview 11, direktør).

Dette kommer også til udtryk i forhold til vurderinger af den aktuelle forandringsproces, hvor kvaliteten af denne attribueres til egne ledere.

Vores direktion er gået foran hele tiden – der kommer vi til at stå stærkt (Interview 5, afdelingsleder).

Udover forpligtelsen til at sikre den daglige drift, kvalitet og økonomi forventer de interviewede, at der vil blive sat ledelsesmæssig fokus på menneskelige ressourcer, kommunikation, og forhandling.

De skal jo være rigtig godt fagligt funderet... det skal være nogen der interesserer sig for logistik, for flow, for uddannelse og ledelse, det kræver jo i virkeligheden meget ledelse, at de skal lede på tværs og være rigtig gode til relationer. I stedet for at lave konflikter skal de lave det dialogbaseret. Hvis ikke de kan snakke med de andre dur de ikke til det her job, men så vil det også være en enorm tilfredsstillelse (Interview 6, direktør).

Når vi spørger til de lederskabsorienterede tilgange, og hvordan de helt præcis skal udmøntes eller virke, er der ikke klare svar at finde. Det er snarere som om man forestiller sig det personlige lederskab som en slags "magisk ingrediens", der kan løse de problemstillinger, som de organisatoriske og administrative tiltag ikke formår at håndtere, gennem en række individbårne kompetencer, såsom kommunikation, empati og forhandlings kompetencer. At de er i stand til at løse konkrete situationer, for eksempel konflikter, har "fornemmelse for sammenhæng", er gode til kommunikation, og besidder den fornødne refleksivitet og evne til at løfte sig op over den konkrete situation, hvis det er nødvendigt.

De skal forstå de har en overordnet opgave som er vejlederopgaven, en del af processen, hele visitationen, skabe overblikket og passe på ikke at fortabe sig i det kliniske arbejde ... et spørgsmål om, at få folk til at spille sammen (Interview 5, afdelingsleder).

Du skal have nogle ledelsesmæssige kompetencer for at kunne styre det her, du skal være en person, der er tydelig, men også en person, der er i stand til at udvise den nødvendige fleksibilitet og ikke bare møver frem. De skal kunne tage nogle konflikter, men også være fleksible, det kan ikke nytte noget med alt for firkantede mennesker (Interview 3, direktør).

I forbindelse med denne vægt på de relationelle faktorer og netværksdannelsen gennem kommunikation fortalte interviewpersonerne ofte historier om dysfunktionel kommunikation og oplevelser, der havde skærpet deres opmærksomhed på dette emne. Man er i sundhedssektoren optaget af at undgå fejl, og præget af en naturvidenskabelig, positivistisk vidensforståelse, hvilket medfører en kultur, hvor det forventes at man handler korrekt og faktabaseret. At denne tænkning ikke uden problemer kan overføres til relationelle systemer, herunder ledelse formuleres således af en af de interviewede:

Jeg har engang mødt en filosof, der sagde til mig, er det klart, at læger er nødt til at føle sig som guder, for du kan ikke sætte en kniv i folk, medmindre du føler dig som gud. ... det er jo rigtig godt, når man står i den situation. Når du så står i din ledelse og siger: jeg tager aldrig fejl, den er knap så god - den er knap så god (Interview 11, direktør).

En konsekvens er, at gensidig kritik ofte er formuleret i en direkte og hård tone, både på konferencer, i vurderingerne af kolleger, eller i e-mail korrespondancer.

Jeg blev kaldt reaktionær i en mail udsendt til det halve Danmark (Interview 3, direktør).

Et andet individcentreret perspektiv på de ledelsesmæssige udfordringer, kommer frem i betoningen af lederen som den, der definerer organisationens værdier og visioner, i overensstemmelse med et transformativt perspektiv på ledelse (Bass, 1994; Bass & Riggio, 2005). Tanken indebærer, at tydelige værdier og visioner gør det muligt for medarbejderne at orientere sig i organisationen og agere koordineret. Dette knytter an til tanken om ledelse som meningsgæbelse eller "management of meaning" (Smircich & Morgan, 1982).

Den gennemgående fortælling er, at fælles forståelser på tværs af specialer er nøglen til samarbejde og at det er ledelsens opgave at etablere disse fælles forståelser af den professionelle opgave og den faglige identitet.

Det er en leder, som skal sætte sig ned og finde et sprog, der er fælles og inddrage medarbejderne. ... det handler om samarbejde og om at få kommunikeret ud så alle kan forstå, for det handler jo ikke bare om medarbejderne i ens egen afdeling, det er jo ikke bare dem der spærrer øjnene op, det gør de andre medarbejdere jo også (Interview 12, afdelingsleder).

Desuden at det er vigtigt lederne har evne og vilje til at skabe en attraktiv og tydelig formulering af situationen og en vej for organisationen. At skabe mening og sammenhæng i de mange forskellige tiltag.

Vi er som fagprofessionelle [sådanne mennesker], hvis ikke tingene giver mening, har vi enormt svært ved at bruge dem [nye ideer], men kan du selv italesætte som leder og omsætte det til noget operationelt, så får du den der synergi med at det kan godt være det koster noget arbejde, men det er også spændende (Interview 10, afdelingsleder).

Den konstante formulering og reformulering af situationen og status (hvor er vi og hvad er problemet?) og retning (hvad skal vi gøre?), fremhæves flere gange som et vigtigt element, både i forhold til ledelse af medarbejdere og i forhold til at skabe gode aftaler i organisationen, og gennem "sense-making" (Smircich og Morgan, 1982) sikre den fælles orientering og forståelse af udfordringerne.

Den kulturændring der skal til især blandt medicinerne for at forstå, at nu skal vi arbejde på tværs af specialet og have patienten i centrum og ikke specialet, det er den største udfordring (Interview 8, afdelingsleder).

Denne tænkning er også i overensstemmelse med det transformativt ledelsesperspektiv, idet det er lederen, der tænkes at stå for at beskrive situationen og være retningsanvisende snarere end det er en distribueret og emergerende proces, som lederen faciliterer.

Det har været en af mine hoved opgaver som leder henede, det har været at lave gode aftaler og midlet til det har været kommunikation, jeg har brugt enormt meget tid til at gå rundt og snakke med folk og få det skrevet sammen (Interview 8, afdelingsleder).

Distribuerede lederskabsdiskurser

Når vi spørger til mere distribuerede ledelsesperspektiver, herunder teams, etablerede netværk og uformel ledelse, er der færre konkrete bud. Spørger vi til, hvordan man vil sikre koordinering på tværs af organisationsgrænser peges enten på individuel agens gennem forhandling (leder til leder) eller på nødvendigheden af, at formalisere en koordinerende rolle, for at give den fornødne autoritet gennem en hierarkisk position, eksempelvis de 2 nye roller: Flowmaster og Forløbsledere. Flowmaster med ansvar for adskillige patientforløb i hele eller dele af FAM og Forløbsleder med ansvar for et enkelt eller nogle få patientforløb. Man tænker sig således, at ledelse styrkes gennem en formalisering af roller i det hierarkiske system. Samtidig peger flere dog på, at det ikke er tilstrækkeligt, men at også dialog og forhandling er nødvendig.

Her skal du lede en organisation hvor der er alle elementer og især kunne rumme det her med at få folk engageret og spille sammen på tværs [af specialerne] (Interview 7, direktør).

Vi er hele tiden afhængige af at folk fra andre ledelsesområder bidrager ind i det her område, for ellers lykkes vores projekt ikke (Interview 9, afdelingsleder).

Her betones således at det er netværket, de interpersonelle relationer og det uformelle, som muliggør de praktiske handlinger, samarbejdet og koordineringen. Men billedet bygger på uformelt lederskab som en individuel aktivitet. Ledelse ses ikke som det, der skal muliggøre eller rammesætte at den netværksaktivitet finder sted, det opfattes snarere som noget, der finder sted udenfor og endda på trods af den formelle organisation.

Hvad angår koordinering på tværs af ledelsesniveauer er der ligeledes nogle udfordringer at få øje på. Der har på det strategiske niveau været opmærksomhed på, at udviklingen af de nye FAM skulle være en koordineret aktivitet i regionen. Meget af arbejdet har fundet sted i fora, hvor direktører mødtes med direktører og andre fagfolk mødtes med hinanden på deres eget niveau i organisationen. De interviewede har således også en noget forskellige opfattelse af forløbet. Interviewene viser, at dialogen på det strategiske ledelsesniveau primært har fokuseret på formulering af værdier, visioner og drøftelse af overordnede organisatoriske emner. De interviewede direktører oplever, at der i direktør-kredsen er enig-

hed om de store linjer. Men da de for det meste har holdt drøftelserne på et relativt abstrakt niveau, kan de meget vel være uenige omkring den konkrete udmøntning i praksis. Vi oplever større variation når de bliver bedt om at formulere konkrete løsninger på de fælles visioner. Som en sygehusdirektør formulerer det:

Vi er mere eller mindre enige om dette i generelle vendinger.... Jeg tror, at vi ender med at lande på noget af det samme, men nu er jeg også sådan en person, der ikke synes detaljerne er så interessante, jeg synes det er overskrifterne [der er interessante] (Interview 6, direktør).

Afdelingsledelserne er tydeligt mere fokuseret på den driftsmæssige udfordring og de kulturelle og psykologiske dimensioner ved forandringsprocessen, hvor man, som en af interviewpersonerne formulerer det, skal "bygge flyet i luften". På afdelingsledelsesniveauet beskriver flere udfordringen med at etablere en fælles vision i organisationen og at inddrage medarbejderne i denne, fordi der endnu er så megen usikkerhed omkring den endelige udformning. De oplever at være fanget imellem behovet for at kunne formulere en klar vision, som de selv og medarbejderne kan navigere efter, og det strategiske ledelsesniveaus mere abstrakte og konsensus-orienterede tilgang, som set fra flere afdelingsleders side kan forhale implementeringen eller udvande effekten af de ønskede forandringer.

Det kræver at man [i organisationen] ved, hvad bliver der tænkt omkring FAM. Hvad mener man med klyngedannelse, hvad mener man med forløbsledelse? ... der ligger et kæmpe stykke arbejde for FAM-ledelsen i at få italesat og sandsynliggjort det her ude i organisationen, men der ligger også en kæmpe stor opgave i direktionen som foregangsmænd på det her. ... vi synes vores direktion har hængt en hel del i haserne i forhold til hele den her proces. For det lever jo sit liv uanset om direktionen får gjort noget ved det eller ej (Interview 9, afdelingsleder).

Der er således en ambivalens, idet flere afdelingsledere på den ene side efterspørger tydelighed, en formuleret vision og rammesætning, men oplever selv samme som forstyrrende eller uhensigtsmæssige, når de bliver FOR tydelige, styrende eller handlingsanvisende. Samtidig har de tiltro til de selv samme tilgange i forhold til egne mellemledere og medarbejdere.

Kompleksitetsorienterede lederskabsdiskurser

At konkret handling i en kompleks organisation ofte kendetegnes ved improvisation og ad hoc løsninger træder tydeligt frem, når interviewpersonerne fremhæver betydningen af de uformelle strukturer. Man peger på, at det, snarere end de formelle systemer, er de uformelle strukturer, baseret på personlige bånd og relationer, der får organisationen til at fungere.

Det er det, at hvis du skaber nogle meget store enheder, så laver du rod i den uformelle ledelse. Det de fleste overser, er at det er den uformelle ledelsesstruktur der bærer driften, der kitter driften. Det er

ikke de officielle strukturer, der i mange tilfælde ikke fungerer (Interview 1, direktør).

Flere er inde på, at dette udgør en udfordring i store enheder, da de uformelle, netværksbaserede funktioner ikke skaber tilstrækkelig sammenhæng, når organisationen bliver for stor. Dette kan ses som en beskrivelse af manglende interaktion i de komplekse adaptive processer (Uhl-Bien & Marion, 2009), som ellers kunne skabe emergens af tilpassede løsninger og dermed dynamik og udvikling. Manglende interaktion mellem aktører som følge af for store organisationer eller for skarpe grænser mellem enheder, resulterer modsat i rigiditet og manglende organisatorisk "fitness".

En tendens som træder frem er en bevægelse mod formalisering af nye ledelsespositioner og strukturer, etablering af standardiserede løsninger og tydeliggørelse af roller. Dette kan samlet ses som en stræben efter at stabilisere og strukturere organisationen for at begrænse kompleksitet og undgå kaos (Stacey, 1996; Uhl-Bien et al., 2007).

Dette ledelsesperspektiv, som fokuserer på planlægning og styring, er i overensstemmelse med det dominerende NPM perspektiv.

Vi opererer med begrebet tidsstyrede standardiserede patientforløb ... det vil jo være en stærk regulering af klinisk praksis (Interview 1, direktør).

Dette forestiller interviewpersonerne sig gennemført med et omfattende system af aftaler, hvor specialafdelingernes leverance af ydelser specificeres for bestemte patienttyper, udredningsforløb og behandlinger, det vil sige et øget fokus på standardisering og strukturering. En del af disse forløb specificeres detaljeret som standardiserede, tidsstyrede patientforløb (STP). Flere interviewpersoner fremhæver definition af behandlroller, specifikation af patientforløb, detaljerede organisatoriske strukturer og forberedelse via simuleringsmodeller som det der skal skabe et tydeligere billede af organisationen FAM. Der er således i de løsningsmodeller man her forestiller sig, et stærkt fokus på bureaukratiske tilgange med formalisering af strukturer og en tro på, at dette vil føre til opgaveeffektivitet og forebygge uenigheder.

Andre interviewpersoner peger på den anden side på, at den styringsmæssige tilgang, hvor der defineres både roller og strukturer, udfordres af enhedernes stigende kompleksitet, således at disse reguleringsmetoder ikke vil være i stand til at fungere uden at man supplerer med andre metoder.

Man må være indstillet på, at det der er vigtigt i dag, ikke er vigtigt i morgen. Der kan komme rigtigt meget godt ud af at simulere sig frem, men man ved jo ikke hvad der sker med mennesker, når vi er i de her ting. Så sker der pludseligt noget andet. ... rent formelt er du nødt til at have mange flere følere ude hos de andre specialer. ... vi er afhængige af de andre også i opgaven så der er en større kompleksitet. Der bliver en væsentlig støtte kompleksitet (Interview 9, afdelingsleder).

Det er gennemgående, at interviewpersonerne kredser om kompleksitet og styring. Blandt lederne på strategisk niveau er fokus oftest på at finde løsninger

på forhånd gennem en "reduce and resolve"-tilgang, medens afdelingsledelsesniveauet i højere grad stiller spørgsmålstegn ved "styrbarheden" og udtrykker tvivl om egnetheden af de redskaber, der anvendes i styringen af organisationen.

Diskussion

Dette studie har vist, at de interviewede top- og mellemledere oplever et behov for mere tværgående organisationsformer for at opnå bedre kvalitet og mere effektive patientforløb, på linje med de konklusioner, som drages i Sundhedsstyrelsens rapport (Sundhedsstyrelsen, 2007). De er også opmærksomme på, at de aktuelle forandringer accentuerer og forstærker den eksisterende kompleksitet i sygehusorganisationerne, og at den nuværende bureaukratiske, NPM inspirerede ledelsestænkning med fokus på systematisering, ensartethed og formalisering af samarbejdsstrukturer, er utilstrækkelig i håndteringen af disse komplekse systemer.

Der fremhæves af flere af de interviewede en spænding imellem den dynamiske og komplekse virkelighed, som skaber et behov for innovation og adaptation, og de formelle hierarkiske og faglige systemer, som reducerer mulighederne for at navigere adaptivt.

Resultaterne peger på, at der i organisationen er en tendens til at anvende velkendte og etablerede forståelser af lederskab som en hierarkisk indlejret, individuel og positionsbåret aktivitet. Flere interviewpersoner peger på, at de dynamiske udfordringer i organisationen betyder, at der er behov for en ny forståelse af ledelse og organisation i sundhedsvæsnet, som tager højde for, og udnytter potentialet i, de komplekse og dynamiske forhold i disse organisationer. Men deres ledelsesdiskurser rummer ikke en klar beskrivelse af, hvordan ledelse og lederskab kan tilpasses disse organisationsformer. I stedet foretager de en opdeling i formelle og administrative systemer på den ene side, som associeres med ledelse og lederskab og et uformelt, socialt system på den anden side. Så selvom interviewpersonerne er opmærksomme på at der skal andre tiltag til for at skabe en velfungerende organisation, såsom horisontal koordinering, henvises disse centrale aspekter af organisationen og lederskabsrollen til uformelle processer uden nærmere bestemt indhold, og uden at pege på, hvordan disse processer skal fremmes og integreres, eller hvem der skal gøre det.

Den lederskabsdiskurs, som træder tydeligst frem, er tæt knyttet til den hierarkiske organisationsform, en formel lederrolle i en veldefineret hierarkisk position, en transformativ lederskabsmodel kombineret med en sparsomt artikuleret tænkning om delt lederskab i det uformelle system (Pearce & Conger, 2003). Det er betydeligt vanskeligere at finde træk i diskursen i retning af delt lederskab eller kompleksitetslederskab, altså en tænkning om, hvordan man vil skabe forudsætninger for, og ledelse af, de horisontale funktioner i organisationen. Hvordan skabes koordinering, fleksibilitet og adaptabilitet, som flere mener, er en forudsætning for at organisationen skal fungere? Trods bevidstheden om, at de organisatoriske udfordringer peger i en anden retning fastholdes en lederskabsdiskurs omkring individuel agency og hierarkiske strukturer. Interviewpersoner-

ne virker mere eller mindre ”fanget” af den tænkning, som kendetegner industri-samfundet.

We're in a knowledge economy, but our managerial and governance systems are stuck in the Industrial Era. It's time for a whole new model (Manville & Ober, 2003:48).

Det peger på et behov for tilførsel af nye ideer og tanker om ledelse, som kan bidrage til at udvikle disse nye tilgange.

Her tilbyder CLT et sæt af diskurser, som i højere grad tager højde for de organisatoriske udfordringer, som aktørerne beskriver, omkring netop koordinering, fleksibilitet og adaptabilitet, ligesom CLT inkluderer både de formelle og de informelle dynamikker og dermed åbner mulighed for et integreret ledelsesmæssigt syn på disse. Som beskrevet tidligere, kan lederskab ifølge Uhl-Bien og Marion (2009) forstås som sammensat af en adaptiv, en administrativ og en muliggørende funktion. I vores interviews er det fremtrædende, at lederne er særdeles bevidst om de administrative funktioner, som flugter med både de hierarkiske organisationsforståelser og den dominerende NPM inspiration. De adaptive funktioner berøres også, men er ikke integreret i deres ledelsesforståelse og er snarere ”noget der sker” udenfor det formelle ledelsessystem, i netværk styret af sociale og psykologiske mekanismer. I et CLT perspektiv forstås dette som adaptive dynamikker, som kan føre til emergens, altså fremvækst af nye handlingsmønstre og tilpassede responser på en innovativ og ikke forudsigelig måde.

Gennem disse emergerende responser kan organisationen opnå et tilstrækkeligt varieret repertoire af tilpasninger (Uhl-Bien et al., 2007; Uhl-Bien & Marion, 2009). Der er tydelige elementer i interviewpersonernes fortællinger, som problematiserer spændingen mellem adaptive og administrative funktioner, blandt andet i deres skelnen mellem formelle og uformelle systemer, og angivelsen af, at de formelle systemer ikke fungerer tilstrækkeligt, ofte er forstyrrende og kontraproduktive, mens fleksibilitet og tilpasning i organisationen er afhængigt af de uformelle systemer. Her mangler der en integrerende forståelse. Det bliver et centralt punkt i forståelsen af de ledelsesmæssige udfordringer, hvordan man kan muliggøre og stimulere de adaptive ledelsesfunktioner og de emergerende processer. Den muliggørende ledelsesfunktion i CLT tilbyder en forståelsesramme for, hvordan det sker i en kobling imellem de administrative og de adaptive funktioner.

For bureaucratic organizations to gain full benefit from emergence produced by the adaptive functions, the outcomes must be integrated back into the formal administrative system in the form of innovations, new services, products, systems or processes (Uhl-Bien & Marion, 2009:633).

Dermed synliggøres lederskabsfunktioner, som ikke identificeres af interviewpersonerne. Det kan skyldes en lederskabstænkning, der forbinder ledelse med en formel struktur, bestemte positioner og de derfra kommende initiativer, og hvor adaptation og emergens opfattes som ustyrlige elementer, der eksisterer udenfor organisationsstrukturen. Der mangler en bevidsthed om disse funktioner som ledelsesfunktioner, og om hvordan de skal ”spille sammen”, altså hvordan

det muliggørende lederskab skal se ud. At der opbygges en spænding imellem de administrative og de adaptive lederskabsfunktioner ses af flere af de citater vi har bragt ovenfor. Det er netop i denne spænding, eller ”entanglement”, at det muliggørende lederskab spiller sin rolle. Både som katalysator for et miljø, hvor det adaptive lederskab kan trives og som ”moderator” for det administrative lederskab, så dette løbende tilpasses de organisatoriske udfordringer. Her anviser teorien et område, hvor ledere i sundhedsvæsenet kan fremme organisationens fleksibilitet og sammenhængskraft gennem en bedre kobling af de administrative og adaptive funktioner.

Vores analyse peger på, hvordan den sociale konstruktion af lederskabsforståelserne (Fairhurst 2007; Fairhurst & Grant 2010) er mere eller mindre dekoblet fra forståelsen af den organisatoriske udfordring og kontekst. Snarere end at udvikle en lederskabsforståelse, der er i overensstemmelse med de organisatoriske udfordringer, fastholdes en NPM-inspireret ledelsestilgang, som i nogen udstrækning er i modstrid med de organisatoriske idealer, der gives udtryk for. En måde at kaste lys på dette fænomen, er at betragte NPM-tilgangen som en ”attractor”, der leverer tryghed, forudsigelighed, accept, karrieremuligheder osv.

Attractors are phenomena which arise when small stimuli and probes resonate with people. As attractors gain momentum, they provide structure and coherence to a system and generate fitness (Snowden & Boone 2007:6).

I dette tilfælde medfører attractoren ikke en orientering imod organisatorisk fitness og en optimeret opgaveløsning, men i stedet mod at tilfredsstille NPM logikken. Den betydelige interaktion mellem forskellige offentlige instanser på alle niveauer, lige fra Finansministeriet til den enkelte budgetansvarlige afdelingsleder, betyder at ingen kan forlade denne attractor egenhændigt.

Mature organizations are “trapped” by the fitness attractor that defines them ... the system is committed to, for example, a technology [or model of organizing] which produces outcomes that successfully sustain it ... once a system is captured by a given attractor, it becomes interdependent with other systems in that attractor ... Attempts by an agent to unilaterally pull out of such interdependencies may be resisted by other agents in the attractor (Uhl-Bien & Marion 2009:641).

Vores teoretiske bidrag er således at vise, hvordan den NPM-inspirerede lederskabsdiskurs i sin egenskab af attractor virker disciplinerende og begrænser hvad og hvordan aktørerne kan tænke om lederskab. De organisatoriske udfordringer er fuldt synlige for aktørerne, men kan ikke i tilstrækkelig grad tilgode-ses, da NPM logikken er så stærk en attractor, at den medfører en fastlåsning af lederskabsdiskursen, som dermed ikke relateres til disse udfordringer.

I alle organisationer findes til enhver tid multiple dagsordner, og ikke alle har organisationens tilpasning og hensigtsmæssig opgavevaretagelse som endemål. Det rejser spørgsmålet om, hvordan der kan skabes overensstemmelse mellem de organisatoriske behov, konteksten og lederskabstilgangen. Yderligere empiriske studier kunne bidrage til en mere nuanceret viden om og forståelse af,

hvordan konstruktionen af lederskabsdiskurser finder sted, med særligt fokus på samspillet mellem imødegåelse af organisatoriske udfordringer på den ene side og de forskellige disciplinerende styrings- og påvirkningsfænomener, som kendetegner bureaukratiske organisationer på den anden.

Vores studie giver ikke en udtømmende beskrivelse af ledelsesdiskurser i sundhedsvæsenet, og vores valg af empiri med fokus på en række ledelsesfigurers tanker omkring udviklingen af de nye FAM-organisationer repræsenterer kun en del af historien. Patienter, medarbejdere og samarbejdspartnere kunne formentlig både supplere og udfordre det billede vi her fremstiller. De kunne måske give de eksempler på distribuerede ledelsesfænomener og emergens, som mangler i de formelle ledes fortællinger? Ikke desto mindre er de interviewede personer i høj grad dagsordensættende for de aktuelle organisationsændringer, og vi har gennem den kritiske analyse af de interviewedes ledelsesdiskurser bidraget med viden om aktuelle udfordringer og identificeret en uoverensstemmelse mellem de organisatoriske behov for fleksibilitet, relationel koordinering og adaptabilitet, og de ledelsesmæssige tilgange til løsningen af disse. Herunder har vi påpeget, hvordan de ledere, der står i spidsen for disse organisationer, på den ene side er opmærksomme på dette misforhold, men på den anden side mangler et alternativ til de nuværende diskurser og derfor "sidder fast" i de NPM-inspirerede tilgange. Vi har endvidere præsenteret en teoretisk ramme, som tilbyder en anderledes forståelse af ledelse i komplekse organisationer, og som peger på, hvordan en række af de aktuelle udfordringer kan adresseres. Gennem denne analyse og koblingen mellem de anvendte ledelsesteorier og de empiriske fund, mener vi at have bidraget til den aktuelle debat omkring udviklingen af nye og mere tilpassede ledelses- og organisationstilgange i sundhedsvæsenet og den offentlige sektor.

Referencer

- Alvesson, Mats (2002) *Understanding organizational culture*, Sage Publications, London
- Avolio, B.J. & W.L. Gardner (2005) "Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership", *The Leadership Quarterly*, 16 (3):315–338.
- Barge, J.K. & G.T. Fairhurst (2008) "Living Leadership: A Systemic Constructionist Approach", *Leadership*, 4 (3):227–251.
- Bass, B.M. & R.E. Riggio (2005) *Transformational leadership*, 2nd ed., L. Erlbaum Associates, Mahwah New Jersey.
- Bass, B.M. (1994) *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*, Sage Publications, California.
- Bendix, H. (2008) *Hospitalsledelse : organisatorisk fænomen og faglig disciplin*, Børsens forlag, København.
- Boisot, M. & B. Mckelvey (2010) "Integrating modernist and postmodernist perspectives on organizations: A complexity science bridge", *The Academy of Management Review*, 35 (3):415–433.

- Borum, F. (2003) *Ledelse i sygehusvæsenet*, Handelshøjskolens Forlag, København.
- Burns, J. (1978) *Leadership*, Harper & Row, New York.
- Carson, J.B., P.E. Tesluk & J.A. Marrone (2007) "Shared leadership in teams: An investigation of antecedent conditions and performance", *The Academy of Management Journal*, 50 (5):1217–1234.
- Charmaz, K. (2007) *Constructing grounded theory : a practical guide through qualitative analysis*, Sage Publications, California.
- Conger, J.A. & R.N. Kanungo (1998) *Charismatic leadership in organizations*, Sage Publications, California.
- Conger, J.A. & R.N. Kanungo (1987) "Toward a Behavioral Theory of Charismatic Leadership in Organizational Settings", *The Academy of Management Review*, 12 (4):637–647.
- Dopson, S. & L. Fitzgerald (2005) *Knowledge to Action? Evidence-Based Health Care in Context*, Oxford University Press, Oxford.
- Drucker, P.F. (1998) "Management's new paradigms", *Forbes Magazine*, 10:98.
- Fairhurst, G.T. & D. Grant (2010) "The social construction of leadership: A sailing guide", *Management Communication Quarterly*, 24 (2):171–210.
- Fairhurst, G.T. (2007) *Discursive leadership: In conversation with leadership psychology*, Sage Publications, London.
- Foucault, M. (1980) *Language, counter-memory, practice: Selected essays and interviews*, Cornell University Press, Ithaca New York.
- Foucault, M. (1972) *The archaeology of knowledge and The discourse on language*, Pantheon Books, New York.
- Gioia, D.A. & K. Chittipeddi (1991) "Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation", *Strategic Management Journal*, 12 (6):433–448.
- Gronn, P. (2002) "Distributed leadership as a unit of analysis", *The Leadership Quarterly*, 13 (4):423–451.
- Hjortdal, H. & C. Nielsen (2008) *På vej mod en kvalitetsreform: Hvad med styrings- og ledelsestænkningen?* i P. Melander (red), *Det fortrængte offentlige lederskab: offentlig ledelse efter New Public Management*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København.
- Jespersen, P.K. (2005) *Mellem profession og management : ledelse i danske sygehuse*, Handelshøjskolens Forlag, København.
- Jørgensen, P. & H. Bendix (2009) "Behov for mere og bedre lægelig ledelse", *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen*, (3):66–69.
- Kelley, M.A. & J.M. Tucci (2001) "Bridging the quality chasm", *British Medical Journal*, 323 (7304):61–62.
- Knudsen, M. & E. Zeuthen Bentsen (2010) *Kamp, kommunikation og kompleksitet: Ledelse og fortolkninger i sundhedsvæsenet*, Handelshøjskolens Forlag, København.
- Kragh Jespersen, P. (1999) *New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen* i E. Zeuthen Bentsen & F. Borum et al. (red), *Når styringsambitioner møder praksis*, Handelshøjskolens forlag, København.

- Kvale, S. (2010) *InterView : introduktion til et håndværk*, 2. udg., Hans Reitzel, København.
- Locke, E.A. (2003) *Postmodernism and Management, Pros, Cons and the Alternative*, JAI Press, Amsterdam.
- Manville, B. & J. Ober (2003) "Beyond empowerment: building a company of citizens", *Harvard business review*, 81 (1):48.
- Marion, R. & M. Uhl-Bien (2001) "Leadership in complex organizations", *The Leadership Quarterly*, 12 (4):389–418.
- Melander, P. (2008) *Det fortrængte offentlige lederskab: offentlig ledelse efter New Public Management*, Jurist-og Økonomforbundets Forlag, København.
- Pearce, C.L. & J.A. Conger (2003) *Shared leadership : reframing the hows and whys of leadership*, Sage Publications, Thousand Oaks California.
- Plowman, D.A. et al. (2007) "Radical change accidentally: The emergence and amplification of small change", *The Academy of Management Journal*, 50 (3):515–543.
- Plsek, P.E. & T. Greenhalgh (2001) "The challenge of complexity in health care" *British Medical Journal*, 323 (7313):625–628.
- Pondy, L.R. (1989) *Leadership is a language game* i Harold J. Leavitt (red) *Readings in managerial psychology*, University of Chicago Press, Chicago.
- Pye, A. (2005) "Leadership and Organizing: Sensemaking in Action", *Leadership*, 1 (1):31–49.
- Rost, J. (1991) *Leadership for the twenty-first century*, Praeger, New York.
- Smircich, L. & G. Morgan (1982) "Leadership: The Management of Meaning", *The Journal of Applied Behavioral Science*, 18 (3):257-273.
- Snowden, D.J. & M.E. Boone (2007) "A leader's framework for decision making", *Harvard Business Review*, 85(11):68.
- Stacey, R. (1996) *Complexity and creativity in organizations*, Berrett-Koehler Publishers, San Francisco.
- Strandberg-Larsen, M. & A. Krasnik (2008) "Does a public single payer system deliver integrated care? A national survey study among professional stakeholders in Denmark", *International journal of integrated care*, 8 (e61).
- Sundhedsministeriet (1997) "Udfordringer i sygehusvæsenet. Betænkning fra Sygehuskommissionen", Sundhedsministeriet, København.
- Sundhedsstyrelsen (2007) "Styrket Akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen", Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen (2005) "Vurdering af den akut medicinske indsats i Danmark", Sundhedsstyrelsen, København.
- Uhl-Bien, M. & R. Marion (2009) "Complexity leadership in bureaucratic forms of organizing: A meso model", *The Leadership Quarterly*, 20 (4):631–650.
- Uhl-Bien, M., R. Marion & B. McKelvey (2007) "Complexity Leadership Theory: Shifting leadership from the industrial age to the knowledge era", *The Leadership Quarterly*, 18 (4):298–318.
- Villadsen, H. (2009) "Rapport om Fælles Akutmodtagelser (FAM) i Region Syddanmark", Region Syddanmark, Vejle.

- Vrangbæk, K. (1999) New Public Management i sygehusfeltet - udformning og konsekvenser i E. Zeuthen Bentsen & F. Borum et al. (red), Når styringsambitioner møder praksis, Handelshøjskolens Forlag, København.
- Yin, R. (2009) Case study research : design and methods, 4th ed., Sage Publications, California.
- Zeuthen Bentsen, E. et al. (1999) Når styringsambitioner møder praksis: den svære omstilling af sygehus-og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige, Handelshøjskolens Forlag, København.