

Stolthed og fordom

Christina Holm-Petersen
Stolthed og fordom
Kultur- og identitetsarbejde ved skabelsen af en ny sengeafdeling gennem fusion
1. edition 2007
PhD Series 31.2007

© Forfatteren

ISBN: 978-87-593-8340-7
ISSN: 0906-6934

Forhandles af:

Forlaget Samfundslitteratur

Rosenørns Allé 9
DK-1970 Frederiksberg C
Tlf.: 38 15 38 80
Fax: 35 35 78 22
forlagetsl@sl.cbs.dk
www.samfundslitteratur.dk

All rights reserved.

No parts of this book may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publisher.

Christina Holm-Petersen

Stolthed og fordom

Kultur- og identitetsarbejde ved skabelsen af
en ny sengeafdeling gennem fusion

November 2007

CBS / COPENHAGEN BUSINESS SCHOOL
PhD Program in Organizational Analyses
Ph.d. serie 31.2007

"Huge and mighty forms, that do not live like living, moved slowly through the mind. By day, and were a trouble to my dreams."

W. Wordsworth *The Prelude*.

1.	Sygehusfeltet – Et felt befolket af kulturer?	9
1.1	Kultur på mode	10
1.2	Kultur – et redskab til forandring?	11
1.3	Kulturkonflikter – en barriere for forandring?	15
1.4	Kultur – et problem i fusioner?.....	17
1.5	En empirisk undersøgelse af kultur på arbejde!	21
1.6	Bidrag og forskningsspørgsmål	23
1.7	Afhandlingens opbygning.....	28
2.	Studier af sygehuskulturer og forandring	31
2.1	Studiet af organisationskultur på sygehuse	32
2.2	Professionerne og ’deres kulturer’	35
2.3	Professionsinterne ’subkulturer’	48
2.4	Er fagprofessionerne under pres?	49
2.5	Hvor bringer det os hen?.....	57
2.6	Studiet af arbejdet på sygehuse	59
3.	Kulturstudiets objekt - en grundlæggende udfordring.....	63
3.1	Kultur som integration, differentiering eller fragmentering?.....	67
3.2	Integrationsperspektivets betydning	68
3.3	Differentieringsperspektivets betydning	71
3.4	Fragmenteringsperspektivets udfordringer	77
3.5	Identitet og kultur	82
4.	Et relationelt perspektiv	89
4.1	Distribuering af mening - sensemaking.....	90
4.2	Fortolkende praksis – ’the whats’ og ’the hows’	93
4.3	Kulturer som ressourcer – the whats	95
4.4	Identitetsarbejde.....	98
4.5	Narrativer som en del af identitetsarbejdet.....	106
5.	Analysedesign og metodologi	111
5.1	Et eksplorativt feltstudie	112
5.2	Metodiske implikationer	116
5.3	Den etnografiske metode	117
5.4	Fra deltager observation til observation af deltagelse.....	121
5.5	Sekvenser i tid og rum	126
5.6	Afgrænsninger.....	127
6.	I konteksten: centerforandringsprojekt	135
6.1	De medicinske centre som HS projekt.....	136

6.2	F1 som del af 'projekt medicinsk center'	139
6.3	Den almindelige medicinske 'ikke spændende' patient.....	143
6.4	Ønskede og uønskede kulturer i centret	147
6.5	Diskussion: Om fusionsledelse og det medicinske center projekt.....	150
7.	Reumatologiske versioner af afdeling F1	157
7.1	Etnografisk introduktion.....	159
7.2	Den reumatologiske klinik uden fællesskabs projekt.....	163
7.3	Sengeafdelingen italesat som fællesskab	167
7.4	Grænsedragningsarbejde.....	173
7.5	Det lægelige reumatologiske projekt.....	182
7.6	'De rigtige' og 'de forkerte' patienter	184
7.7	Fællesskabet – en kulturel ressource?	189
7.8	Diskussion: Kulturfordomme og differentiering.....	196
8.	Iscenesættelsen af et afdelingsfællesskab	203
8.1	Etnografisk vignet.....	204
8.2	Sankt Elisabeth medarbejdernes historie.....	205
8.3	Hvordan gøres fællesskabet?	211
8.4	Fortællinger om fællesskab og forfald	226
8.5	Diskussion – det retoriske fællesskab	237
9.	Hvordan en speciale-identitet forhandlede i det daglige	243
9.1	Patienten som identitetsforhandlingsobjekt	244
9.2	Kampen om visitationen	250
9.3	Kampen om indlæggelseslængde	255
9.4	'Space' – rum til at være.....	262
9.5	Handlingsmæssige konsekvenser	265
9.6	Diskussion: Stolthed og trojanske heste.....	275
10.	Konklusion – identitets- og kulturarbejde	279
10.1	Kultur – et repertoire af daglige ressourcer?	280
10.2	Et grænsedragningsarbejde.....	281
10.3	Fortællinger fra en hospitalshverdag om fællesskab.....	284
10.4	Den daglige kamp om autonomt 'space'	286
10.5	Implikationer for fremtidig fusionsledelse	288
10.6	En arketype under forandring?	292
11.	Efterskrift.....	297
12.	Metodebilag.....	299
12.1	Observation	299
12.2	Interview	300

13. Summary in English	305
14. Referencer.....	319

Forord

Denne afhandling handler om identitets- og kulturarbejde i forbindelse med en fusionsproces og konsekvenserne heraf på Amager Hospital. Settingen er det tidligere Sankt Elisabeth Hospital, der efter fusionen med Sundby Hospital var blevet til en del af Amager Hospital. Den handler om oprettelse af en ny reumatologisk klinik og af en ny sengeafdeling, der blev bemandet af medarbejdere fra et af de medicinske afsnit på det tidligere Sankt Elisabeth, det lukkede Kommunehospital samt fra et netop lukket geriatrisk sengeafsnit på Sønderbro, der også hørte under Amager Hospital.

Der er mange, der på forskellig vis har bidraget til afhandlingen. Først og fremmest tak til alle de medarbejdere og ledere på Amager Hospital, der har medvirket i undersøgelsen. Tak for den varme velkomst, den høje grad af åbenhed og den løbende interesse. En særlig tak til Agnete Fischer.

For inspirerende kommentarer og støtte i processen tak til Anne Reff Pedersen, Sidsel Vinge, Signe Vikkelsø, Camilla Funck Ellehave, Lone Grøn, Kristian Kreiner, Jan Molin, Flemming Agersnap, Paul Duguid og Jaber Gubrium. Også en stor tak til Per Darmer og Henrik Hauschildt Juhl, fordi I troede på projektet på et afgørende tidspunkt og skubbede motiverende på. Tak til Amelie Kierkegaard for den indsigt og støtte du har bidraget med.

Tak til Finn Borum, Eva Zeuthen Bentsen, Janne Seeman, Peter Kragh Jespersen, Kerstin Sahlin-Andersson, Morten Knudsen, Marianne Risberg og alle de andre i FLOS og Health Management Center netværket for gode kommentarer og et inspirerende samarbejde. Tak til identitetslæsegruppen, ANT læsegruppen og til Sami Boutaiba og Chris John Mathieu i 'kulturgruppen'. Tak til Helle Ploug Hansen, Charlotte Bredahl Jacobsen, Jannick Brennum og Jesper Strandgaard Pedersen for Jeres kommentarer. Tak til Ann Westenholz, Peer Hull Kristensen og Birthe Due-lund. Og ikke mindst en stor tak til institutleder Susse Georg og centerleder Peter Kjær, fordi I gav gode kommentarer med på vejen og var med til at sikre, at afhandlingen endelig blev færdig.

Tak til DSI's direktør Jes Søgaard. Tak til fagreferent Søren Madsen på Handelshøjskolens bibliotek og til Ilse Schødt og Trine Okholm på DSI's bibliotek.

Tak til Michael for din hjælpsomhed og fordi du var der. Tak til Erik og Elise Andersen, Merete og Erik Holm-Petersen for trofast børnepasning. Endelig tak til Jacob. Du har også sat dit betydningsfulde præg på indholdet af denne afhandling. Afhandlingen er til dig.

Projektet har været et led i den forskning FLOS (forskningscenter for ledelse og organisation i sygehusvæsenet) har leveret om organisation og ledelse i det danske sundhedsvæsen. Forskningsstyrelsen og Hovedstadens Sygehusfællesskab har derudover bidraget til finansiering af ph.d. arbejdet.

1. SYGGEHUSFELTET – ET FELT BEFOLKET AF KULTURER?

”Hvad får dig helt præcis til at tro, at ISS kan løse opgaven meget bedre end det offentlige sygehusvæsen?” (Journalisterne)

”Vores medarbejdere er hverken dygtigere eller bedre end de ansatte i den offentlige sektor [...] Vi kan gøre tingene anderledes. Gamle indgroede vaner der sidder i væggene må ændres [...]. Kulturen, ånden og betingelserne i det offentlige gør det meget svært at drive sygehusene effektivt” (Administrerende direktør, ISS Care Partner)¹.

Professionerne har dem. Afdelinger har dem. Væggene på sygehusene har dem. Nogle gange har hele sygehusorganisationer dem. Skal man tage den gængse dagligdags måde at tale om sygehusene på for gode varer, så er der for mange uhenigtsmæssige kulturer på sygehusene. Antagelsen om kulturens primat i sygehusfeltet understøttes af publikationer, der for eksempel har sat fokus på kultur som barriere for forandring (Dansk Sygehus Institut 1994; Indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg 2002). Ofte genfindes billedet af kultur som noget, der er stabilt – uforanderligt – og dermed en barriere for ønskede forandringer og implementering af for eksempel økonomistyring, kvalitetsstandarder og evidensbaseret medicin.

I Regeringens 100 dages udvalgs rapport peges der blandt andet på følgende barrierer for en mere effektiv arbejdstilrettelæggelse: kultur, lokale traditioner, selvskabte eksisterende rutiner og opfattelser, normer og kutymer (Indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg 2002).

¹ Interview bragt i Politiken 30.10.02. For idéen om, at kultur sidder i væggene på sygehuse se også (Elmersjö 2003:170).

Samtidig siger denne diskurs noget om, at kultur og organisationskultur ikke læn- gere blot er analytiske begreber, der anvendes af antropologer, sociologer og or- ganisationsforskere. Kultur er både blevet noget, der anses for at være 'derude' og noget der bevidst arbejdes med i organisationer (Garsten 1994; Krause-Jensen 2005; Riad 2005). På denne vis er vi kommet langt væk fra studierne i den klassi- ske antropologi, hvor feltforskeren rejste ud i en fjern og ukendt verden for at be- skrive denne. Og vi er kommet langt væk fra idéen om, at kultur blot er en teore- tisk konstruktion. Det vil sige et perspektiv, der kan anlægges på organisationer. Kultur er på denne vis blevet til en variabel – noget nogle 'har'. Noget vi kan be- slutte os til at ændre, fordi kulturen er blevet til et redskab i den organisatoriske værktøjskasse – et *tool view* på organisationskultur (jf. Alvesson 2002) og til no- get der skal ryddes af vejen, fordi kultur er blevet til en barriere - et *trap view* (jf. Alvesson 2002) på organisationskultur. Kultur er dermed gennem brugen af be- grebet blevet tingsliggjort (jf. Gergen 1997:81).

1.1 Kultur på mode

“If one takes a long-term view of what causes organizations to be as they are, the major factors seem to be cultural.” (Perrow 1972 i Hinings & Greenwood 1988:207).

En simpel søgning på Google på ordene hospital og kultur giver 1.270.000 hits². Indsnævres søgningen til hospital og organisationskultur fremkommer 761 hits. Dertil kommer 720 hits på læge og organisationskultur og 577 hits på sygeplejer- ske og organisationskultur. Det må konkluderes, at der tales og skrives meget om kultur og organisationskultur i det danske sygehusfelt. Specielt i sygeplejerskernes fagblade, hvor der blandt andet skrives om sygeplejerskekultur, patienter og kultur og kulturforskelle mellem fx etniske grupper og traditionelle danske måder at gøre ting på sygehuset på. Men også på konferencer, i forandringsprojekter, i betænk- ninger og i sygehuses og sygehusafdelingers værdigrundlag. Kultur kan siges at være et modeord i sygehusfeltet – selv blandt læger:

”Lægekultur’ er på mange måder også blevet en samlebetegnelse, der dukker op i mange sammenhænge: Videreuddannelse, arbejdsmiljø og

vagtbelastning, omgangsformer, ledelse. [...] 'lægekultur' er måden, hvorpå læger på arbejdspladser agerer og kommunikerer." (Lægekultur og kollegialitet i UFL 164/24 10. juni 2002).

I mange sammenhænge knyttes kultur til professioner på sygehusene og det forudsættes, at læger, sygeplejersker og administratorer har hver deres særegne kultur. Begrebet 'kultur' anvendes her til at sandsynliggøre, at forskellige professioner tænker deres arbejde og deres relation til patienter forskelligt (jf. Ulrichsen & Eriksen 1991). I andre sammenhænge knyttes kultur til afdelinger eller specialer. I formålet med hoveduddannelsen til speciallæge i reumatologi skriver Sundhedsstyrelsen og Dansk Reumatologisk Selskab således, at de uddannelsessøgende læger skal blive fortrolige ikke bare med arbejdet og virkeområdet som reumatolog, men at de også skal blive fortrolige med de værdier og holdninger, der er inden for specialet (Sundhedsstyrelsen & Dansk Reumatologisk Selskab 2005:5).

Ind imellem knyttes kultur også til noget et sygehus har. Sygehuse har dog generelt netop ikke været studeret som udgørende organisationskulturer. Dette hænger sandsynligvis sammen med, at sygehuset traditionelt ikke er blevet opfattet som en organisation i gængs forstand – det vil sige fx som udgørende en enhed med fælles lokale mål, fælles identitet og en fælles ledelse i et hierarkisk system (Brunsson & Sahlin-Andersson 1998)³. Denne rolle er i stedet tilfaldet specielt fagprofessionerne. Sammenkædningen af begreberne organisation, hospital og kultur findes i Danmark hovedsagelig i rapporter, betænkninger, konsulentrapporter og i studerendes opgaver på universiteterne⁴.

1.2 Kultur – et redskab til forandring?

Fokus på kulturbegrebet er blandt andet kommet fra management litteratur om virksomhedskultur – også kaldet 'Corporate Culture'. Denne litteratur har haft en

² www.google.dk 27.9.2006

³ Kinnunen anbefalede dog i 1988, at organisationskultur i sundhedsvæsenets sammenhæng enten studeres i relation til 'den hele organisation', til professionerne eller til arbejdsenheder som fx en sengeafdeling (Kinnunen 1988). En anden finsk undtagelse er Magnus Enckells phd afhandling *Organizational Cultures of Finnish Hospitals in Change*, hvor såvel sygehuse som professioner tilskrives kulturer (se Enckell 1998).

⁴ En undtagelse er Birgit Gundorf Mallings afhandling *Med hjertet på rette sted* (Gundorph-Malling 1998) om blandt andet professionskultur og organisationskultur i forbindelse med centerdannelse af Rigshospitalets hjertecenter.

omfattende betydning for måden, hvorpå kultur ofte opfattes: Som en egenskab ved en organisation, en variabel der på linje med struktur, teknologi og strategi kan ændres i ønskede retninger (se fx Deal & Kennedy 1982; Ouchi 1981; Peters & Waterman 1982; Schein 1994)⁵. I denne tankegang spiller ledelse en væsentlig rolle for skabelse, vedligeholdelse og ændringer af kultur. Paul du Gay taler om et *contemporary turn to culture* (du Gay 1996:151) i management litteraturen og argumenterer for, at kultur i stort omfang har fået primat:

“In this literature ‘culture’ is accorded a privileged position because it is seen to structure the way people think, feel and act in organizations.”
(du Gay 1996:151).

Udfordringen består ifølge denne litteratur i at ændre fx normer, attituder og værdier således, at organisationen får en passende kultur ‘*appropriate culture*’, der kan sikre dens succes og overlevelse og komme af med den potentielt træge kultur. Kultur anses nemlig for at have en stabiliserende effekt. Tilgangen bygger på en forestilling om organisationer som:

”socialized, routinized, slowly moving places inhabited by individuals blinded by past experience and misguided by too much consensus in their interpretations of some external reality.” (Henriksson 2000:4).

Organisationer og medarbejdere anses altså for at være præget af statik, og det anses for at være op til ledere, konsulenter og lignende at ruske op i - *unfreeze* og fremme forandring – og læring – ved at gennemføre projekter, der fx kan tage udgangspunkt i koncepter såsom Total Quality Management, Business Process Reengineering, Lean og værdibaseret ledelse. Tilgange til forandring, der alle jf. (Borum 1995b) ligger inden for den humanistiske ændringsstrategi. Dette *Corporate Culture* syn på kultur kan genfindes i en række forandringstiltag og forandringsprojekter i den offentlige sektor. Tilgangen har specielt i løbet af 1990’erne vundet indpas på flere danske sygehuse jf. fx Total Quality Management (TQM) på Herning Centralsygehus, det lærende sygehus i Næstved og det nationale SUS projekt, hvor der bl.a. arbejdedes ud fra et koncept om værdibaseret ledelse. På

⁵ Den Scheinske kulturforståelse har gennem tiderne vundet stor udbredelse og anvendes i dag stadig fx i uddannelsen af organisationsstuderende på Handelshøjskoler. Modellen indeholder dog et centralt skisma mellem på den ene side at være et redskab og på den anden side at lægge op til en meget kompleks analyse. Skismaet medfører blandt andet, at det er svært for de studerende at skelne mellem værdier og grundlæggende antagelser. Det vil sige, at det, de beskriver som grundlæggende antagelser, ofte svarer overens med det, de beskriver som værdier.

Amager Hospital, som denne afhandling tager sit empiriske udgangspunkt i, har de *det gode hospital*, og det medicinske center på Amager Hospital har et værdigrundlag. Det er således i dag almindeligt, at et sygehus eller en sygehusafdeling har nedskrevet et værdigrundlag.

En forklaring på den høje grad af fokus på kultur i sygehusfeltet kan være, at det boom, der har været inden for dels managementlitteraturen, dels organisationsteorien i 1980'erne og 1990'erne i litteratur om organisationskultur, i stigende grad er sivet ind i sygehusfeltet via udbredelsen af eksempelvis HD og masteruddannelser på handelshøjskoler og universiteter blandt læger og sygeplejersker. Således kom lægerne Helle Ulrichsens og Henrik Eriksens HD opgave, der udkom i bogudgave i 1991 om tre kulturer på sygehuse: lægernes, sygeplejerskernes og administratoernes (Ulrichsen & Eriksen 1991) til at spille en rolle for den danske sygehusdebat (se fx Bentsen 2003) og var med til at sætte kultur på dagsordenen.

Udviklingen i 1990'erne, hvor der i stigende omfang blev ansat samfundsvidenskabelige akademikere i sygehuses udviklingsafdelinger mv. kan også have bidraget hertil. En anden kilde er konsulentfirmaer, der i samme periode har bidraget til fokus på kultur på sygehuse ved at diagnosticere og søge at forbedre sygehusenes kulturer, værdier etc.

En fjerde kilde kan anses for at være de danske organisationsstudier af sygehuse. Den organisationsteoretiske litteratur kan således på forskellig vis have bidraget til forestillingen om, at der er kulturer på sygehusene, og at disse er med til at skabe en række problemer. Den omfattende professionslitteratur, der blandt andet har studeret sygehusprofessionerne, understøtter pointen.

Ifølge Lynn Meek kan den høje grad af fokus på organisationskultur ses som relateret til socioøkonomiske faktorer i forbindelse med pres på de vestlige økonomier (Meek 1988). Organisationskultur ses her som et plastisk middel, der kan formes for at skabe forandring og ønskede økonomiske resultater. Organisationskultur defineres, vurderes og måles ud fra forestillingen om den økonomiske performance. Paul du Gay kalder dette en "*re-imagination of the social as a form of the economic*" (du Gay 1996:156). I Danmark udvikledes i 1980'erne et krav om opbremsning i den offentlige sektor og den daværende borgerlige regering udkom i 1983 med et moderniseringsprogram, der sammen med opfølgende redegørelser skulle komme til at have en stor diskursiv effekt på måden at tænke den offentlige sektor på (Pedersen 1988; Villadsen 1990:149). Ønsket var en bedre økonomisk styring af den offentlige sektor, hvor den offentlige sektor skulle være mere flek-

sibel og bedre egnet til omstilling uden at dette skulle koste noget (Pedersen 1988:99). En øget effektivisering skulle samtidig føre til bedre service (Pedersen 1988:103). Der blev sat fokus på, at dette krævede en kulturforandring og moderniseringsprogrammet nævnte blandt andet behovet for en holdningsændring blandt offentligt ansatte (Pedersen 1988:110-112). Denne holdning om offentligt ansatte har i takt med behovet for øget styring af sygehusøkonomier haft en afsmittende effekt på opfattelsen af sygehusansatte. I 1984 udkom Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg med en betænkning, hvori det vurderedes, at sygehusene havde en faldende produktivitet, og at dette blandt andet skyldtes en svag ledelsesstruktur uden tilstrækkelig overensstemmelse mellem ledelsesstrukturen på det økonomisk – administrative område og ledelsesstrukturen i det udførende led (Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg 1984:9). Betænkningen konkluderer også, at der for både læger og sygeplejersker er tale om en faldende produktivitet (Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg 1984:40) og at dette kan tages som et udtryk for en delvis svigtende evne til at styre personaleforbruget (Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg 1984:47).

I dette perspektiv betyder kulturændringer primært, at færre medarbejdere skal arbejde mere (Frow & Morris 2000:316). Glouberman og Mintzberg taler om, at ”reformer inden for sygehusfelter mest er for at spare penge.” (Glouberman & Mintzberg 1996:1). Således har der i forbindelse med hospitalsfusioner også ofte været mest fokus på økonomi (Engström et al. 2002) og kun i mindre grad fokus på konsekvenser for patienter og for medarbejderes arbejdsbetingelser (Cortvriend 2004).

Der har således været igangsat diverse forandringstiltag, der skulle ændre kulturer. Sameksisterende hermed er en anden forandringsdiskurs inden for sygehusfeltet, nemlig diskursen om, at der er alt for mange ændringer inden for sundhedsvæsenet. Således er der mange ledere og medarbejdere, der klager over, at der ikke er tid til at passe deres arbejde, fordi der hele tiden er noget, der skal ændres. Inden for organisationslitteraturen tales der også om en form for hyperturbulens på sygehusene, hvor en form for ændringsprojekt står i skarp konkurrence med mange andre (Borum 1995b; Meyer et al. 1993). Morten Knudsen og Sidsel Vinge peger i en prisvindende opgave på, at sygehusvæsenet er præget af mange forandringstiltag eksempelvis i formelle ledelsesstrukturer, mens dagligdagens arbejde styres af en infrastruktur, der kun sker meget begrænsede ændringer i (Knudsen & Vinge 2002). Dermed giver det måske mening både at forstå sygehusvæsenet som præget

af forandring og stabilitet. Kulturs rolle heri forstås dog oftest som det, der producerer stabiliteten.

1.3 Kulturkonflikter – en barriere for forandring?

“Organizations are multipurpose tools because they can do many things for many people.” (Perrow 1986:11).

Det, der er fælles i disse måder at tale og skrive om kultur i sygehusfeltet på, er, at der som udgangspunkt tales om kultur, hvor der er brudflader mellem forskellige perspektiver. Diskursen om sygehuskultur er altså, at der dels er tale om et fænomen der skaber forandringstræghed og ineffektivitet, dels er tale om et fænomen, der giver konflikter mellem forskellige professioner og enheder, fordi de har forskellige kulturer. ”De har en anden kultur” betyder: de tænker anderledes og de er anderledes. I denne forstand bliver ’kultur’ ofte til en skraldespand, der gemmer på diverse konflikter, hvor det synes at være mere legalt at tale om, at der er forskellige kulturer, end at sætte konkrete ord på, hvad konflikterne handler om.

’Kultur’ har her en tendens til at blive en stereotypemagnet, der fastfryser billedet af, hvem læger er osv. Samtidig med at udtrykket: ”De har en anden kultur” bliver til en legaliseret måde at komme med indirekte kritik på i et system, der tilsyneladende finder det problematisk at benævne en forskel en konflikt. At udtale at nogle ’har’ en ’kultur’ og at denne er anderledes er nok. Man behøver ikke at forklare mere. Der ligger i denne måde at tale på, at ens egen kultur er rigtig og de andres er ikke bare anderledes men ofte også forkert. Kultur er dermed blevet et ’konversationskort’ man kan trække på i sygehusfeltet. Og samtidig en forklaringsmodel uden egentligt indhold, fordi samtalen ofte stopper der. Alle ved tilsyneladende, hvad man taler om. Dette hænger sammen med, at det både i sygehusfeltet og i mange såkaldte studier af organisationskultur er et grundlæggende problem, at begrebet organisationskultur anvendes til at beskrive *noget*, vi tror vi ved, hvad er (Martin 2002:318; Smircich 1983:346). Kultur er derfor blevet til en diskursiv markering af rigtigt og forkert og til en tom metafor, der anvendes til at give et pænere overfladebillede af konflikter. Konflikter og forskelle, det kan være svært

at redegøre for, hvad består i. Der tales derfor om rigtige og forkerte kulturer, men der ses ikke på, hvad konkret disse forskelle skulle bestå i, hvad der producerer disse forskelle, og hvordan dette sker. Kultur er blot et billede på, at noget kan være enten rigtigt eller forkert. Og hvis kulturen er forkert, så er den en barriere for den rigtige kultur.

Selvom ordet konflikt ofte anses for at være noget meget negativt i organisationer, forstås konflikter af organisationsforskere snarere som en naturlig om end ikke uproblematisk del af livet i organisationer (Schein 1994:74). Ifølge den amerikanske organisationsforsker Charles Perrow er konflikter så indlysende en del af livet i sygehusorganisationer (Perrow 1986:133). En af årsagerne til dette er, siger han, at der er finder en uendelig kamp sted om, hvad der er vigtigt for deltagerne – *security, power, survival, discretion, and autonomy* (Perrow 1986:132). En anden årsag er, at organisationer genererer magt og dermed også en kamp om, hvordan verden skal se ud og en kamp om kontrol (Perrow 1986:11). Han mener, at teorier om organisationer bør se konflikter som en uundgåelig del af livet i organisationerne. Han nævner blandt andet konflikter mellem læger, sygeplejersker og administratorer (Perrow 1986:132). John Van Maanen og Stephen Barley mener også, at dette gælder de fleste organisationer:

“Our reading of organizational dynamics implies that structural ironies and normative tensions between groups are facts of life in most organizations.” (Van Maanen & Barley 1985:47-48).

Finn Borum peger på, at konflikter i relation til sygehuse blandt andet opstår, fordi sygehuse og sygehusfeltet er præget af professioner, der varetager forskellige opgaver, og arbejder forholdsvis autonomt i forhold til hinanden.

”Feltet er befolket af professionelle og semiprofessionelle grupper med en betydelig grad af autonomi, traditionelt med lægerne som den dominerende faggruppe. Det har en organisatorisk og ledelsesmæssig praksis, der er udviklet som en integreret del af det professionelle, faglige system.” (Borum 1999b:14-15).

Dermed opstår der potentielt samarbejdsproblemer, magtkampe og koordinationsproblemer faggrupperne imellem, og diskussioner af hvilke opgaver der tilhører hvilke faggrupper kommer potentielt til at fylde (jf. Borum 1995a). Der er derudover tale om at:

”Opgavekompleksiteten føder diversitet og skaber grundlaget for konflikter (Borum 1999b:19).

For Perrow handler det blandt andet om, at grupper i organisationer har mål de forfølger, og at disse mål ofte er i konflikt med hinanden. Hvis der er et overskud af ressourcer i form af ’slack’ kan organisationer dog rumme konflikterende mål. Når ressourcerne er stramme, vil konflikterne derimod træde frem (Perrow 1986:134).

Grupper forfølger ikke nødvendigvis mål, der er stabile over tid. Han mener, at grupper kan forfølge mange forskellige mål. Disse mål anses for at være resultatet af vedblivende forhandlings og læreprocesser (Perrow 1986:134). Med reference til Cyert og March⁶ påpeger han, at folk kan have en rodeskuffe fuld af mål, der kan gøres tilgængelige, når situationer kræver det (Perrow 1986:134).

1.4 Kultur – et problem i fusioner?

Det har i de seneste år været forsøgt at skabe en række ændringer i organiseringen af de offentlige sygehuse. I Hovedstadens Sygehusfællesskab har der således været igangsat omfattende forandringsprojekter og ændrede organisationsformer. Afdelinger er blevet sammenlagt og funktioner er blevet flyttet. Det medicinske område er med centerkonstruktionen ændret til en divisionaliseret organiseringsform, hvor specialer samles. Og det lægefaglige fokus er søgt ændret fra specialetænkning til behandling af basispatienter. Med disse ændringer er fulgt en række fusioner og sammenlægninger.

Begrebet ’organisationskultur’ har siden midten af 1980’erne været en del af talen om fusioner (Riad 2005:1530) og har fået en fremtrædende plads såvel i litteraturen om virksomhedsfusioner som i den internationale forskning i sygehusfusioner.

Ligesom kultur generelt anses for at være en barriere for forandring, så anses kultur også for at være et problem i fusioner. Det forudsættes nemlig, at der her vil være tale om at to eller flere kulturer mødes og at kulturerne ikke nødvendigvis passer godt sammen. At der ikke er det tilstrækkelige ”*cultural fit*” (Risberg 2003). Kulturbegrebet anvendes blandt andet til at redegøre for manglende fusions

⁶ Richard Cyert og James March (1963) *A Behavioral Theory of the Firm*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

succes fx ved at udpege kulturforskelle og kulturkonflikter samt integrationsproblemer som årsager til manglende succes (Riad 2005:1531; Vaara 2000:95).

Litteraturen peger på, at det at fusionere ofte er forbundet med store problemer og uforudsete omkostninger. Der peges på massive problemer med at få mennesker og systemer til at arbejde sammen (Molin & Strandgaard Pedersen 1996; Strandgaard Pedersen 1998a). Der peges på, at når forskellige organisationer fusionerer, kan der for medarbejdere og ledere opstå en fornemmelse af forskelligartethed, uoverensstemmelser og antipati.

Konsekvenserne af de kulturforskelle litteraturen peger på anses blandt andet at være problemer med at indfri stordriftsfordele, at både medarbejdere og ledere oplever en høj grad af usikkerhed, demotivation i arbejdet, stress og udbrændthed (Cartwright & Hudson 2000; Goddard & Ferguson 1997; Jones et al. 1988; Molin & Strandgaard Pedersen 1996; Shaw 2002; Søderberg et al. 2000; Strandgaard Pedersen 1998a; Strandgaard Pedersen 1998b).

Cartwright og Hudson (Cartwright & Hudson 2000) har skrevet om dét at håndtere (*cope*) fusioner. De mener, at medarbejderne (*the human factor*) er centrale, når det drejer sig om at gøre fusioner succesfulde. De peger på, at der er følgende problemområder at arbejde med: Medarbejderusikkerhed og stress, at opretholde arbejdsmoral og motivation og at overkomme modstand mod forandring. Som de fire vigtigste kilder til stress i forbindelse med en fusion peger de på:

- *Stress forbundet med overlevelse* (herunder angst for at miste sin stilling, mindsket indflydelse, ændring i rolle)
- *Stress forbundet med usikkerhed og tab af identitet* (herunder tab af ståsted, følelsen af fremmedgørelse, usikkerhed forbundet med uafklaretheder, for lidt eller for megen information)
- *Stress forbundet med ændrede arbejdsforhold og relationer* (herunder stress i forbindelse med magtspil, øget behov for at kunne manøvrere sig, tilvæning til nye kolleger og øget arbejdspress i forbindelse med at erfarne kolleger rejser)
- *Stress forbundet med kulturændringer* (herunder stress forbundet med at skulle indordne sig under andre måder at gøre ting på).

At fusionere virksomheder eller hospitalsafdelinger må derfor ud fra litteraturen anses for at være en krævende øvelse, der blandt andet medfører kulturproblemer.

1.4.1 Sygehusfusioner

Ideen om kultur som stabilisering og barriere findes således ligeledes inden for studier af sygehusfusioner, hvor Goddard og Furguson på baggrund af en litteraturgennemgang konkluderede:

”Goddard and Furguson (1997), having reviewed the evidence, report that ‘the predicted efficiency gains of [hospital] mergers do not always appear and that unexpected costs often arise...the unexpected costs are usually associated with difficulties in integrating systems and personnel from two different organizations’.” (Shaw 2002:217).

Jane Shaw har undersøgt fusionen af to engelske hospitaler med fokus på effekter på organisationskultur og ændringer for personalet (Shaw 2002). De to hospitaler lå i samme by og var på overfladiske parametre tilsyneladende forholdsvis ens, men der var forskellige ledelsesstrukturer og ifølge Shaw også forskellige organisationskulturer. De havde derudover en 30 år lang historik som konkurrenter. Undersøgelsen viste, at i begyndelsen var fusionsprocessen præget af gensidig mistillid. Begge hospitalers medarbejdere gav udtryk for, at de mente, at der var tale om en overtagelse af deres hospital, og de holdt nøje øje med, om stillingerne i spil gik til medarbejdere og ledere fra det ene eller det andet hospital.

Medarbejdere oplevede derudover en øget politisering med en stærk orientering mod nationale politiske mål. Denne politisering følte som et pres, og det var medarbejdernes oplevelse, at der var urealistiske forventninger til, at fusionen kunne lede til besparelser med det samme, uden at der investeredes i omstillingsprocessen. Medarbejdere oplevede derudover vedblivende utryghed, dobbelt arbejdspress og problemer med at få systemer til at arbejde sammen. Mange oplevede, at fusionen gik ud over deres privatliv og oplevede sorg ved tab af kolleger og arbejdet - sådan som det var før. Medarbejdere fra begge hospitaler fortalte historier – *golden age* myter – om hvor godt alting var før fusionen. De interviewede medarbejdere spændte over en bred række reaktioner spændende fra psykologisk traume (*severe emotional damage*) til positiv indstilling til forandringerne (*positive affirmation*). Generelt var der en oplevelse af usikkerhed, bekymring og stress. Medarbejdere følte sig presset til at virke positive, og der var en tendens til at tage problemerne med hjem.

I Canada, hvor der blandt andet er skåret i sygehusbudgetterne ved at lukke, omstrukturere og fusionere sygehuse (Burke & Greenglass 2001) peges der på konsekvenser som jobusikkerhed, øget arbejdspress, underminering af de faglige kompetencer (*de-skilling*), udbændthed og stress (Burke & Greenglass 2001).

Sygehusfusioner og sammenlægninger af afdelinger er blevet en fast del af de omstruktureringer, sundhedsvæsenet gennemgår i disse år – også i Danmark. Med strukturreformen, de nye hospitalsplaner og problemerne med lægeligt at bemande de mindre sygehuse må det forventes, at denne tendens vil blive forstærket. Det forventes i tråd hermed, at det at samle de specialiserede funktioner vil føre til mere kvalitet for pengene.

Hovedparten af disse ændringer er – bortset fra lukningen af Kommunehospitalet – i høj grad foregået i det stille uden i særlig grad at være blevet diskuteret i debatten om de offentlige sygehuses omstilling. Debatten synes snarere at have været præget af en holdning om, at sygehuse kan og fortsat skal effektiviseres, blandt andet fordi de i høj grad har været præget af træge fagkulturer. Det har således ikke været til diskussion, om sådanne ændringer i organiseringen kunne få uønskede eller ikke-intenderede konsekvenser. Ændringerne har været legitimeret gennem diskursen om behov for ændringer. Ændringerne har således hverken syntes at skulle legitimeres gennem deres grad af veltilrettelagte og velfungerende forandringsprocesser eller gennem deres effekter for patienterne og på den faglige eller organisatoriske kvalitet.

Samtidig har forskning på området hidtil været ikke eksisterende. Dette hænger måske sammen med, at der i Danmark ikke har været den store tradition for at studere fusioner. I perioden 1990 til 1999 udkom der således kun en ph.d. afhandling i Danmark om virksomhedsfusioner (Lönroth Langhoff 1995 i Hellgren & Schriber 2003). Således viser Bo Hellgren og Svante Schriber i deres gennemgang af nordisk litteratur, at 21 ud af 23 ph.d. afhandlinger i perioden om emnet var enten svenske eller finske (Hellgren & Schriber 2003:103).

En forventning ud fra fusionslitteraturen og ud fra såvel integrations- som differentieringsperspektivet inden for organisationskulturstudier (disse perspektiver gennemgås i kapitel 3) ville i tråd hermed være, at der ville opstå 'kulturproblemer' som følge af fusionen mellem afdelinger og hospitaler. Samtidig peger Annette Risberg, Anne Marie Søderberg, Martine Gertsen og Eero Vaara dog på, at selve kulturbegrebet, der arbejdes ud fra i studierne af fusioner, kan være med til at skabe et billede af 'kulturproblemer' (Risberg 2003; Søderberg et al. 2000). De

vurderer nemlig, at hovedparten af studierne bygger på den funktionalistiske integrationstankegang, hvor eksempelvis alle skal være enige for, at der er tale om en fælles kultur.

Eero Vaara, Janne Tienari og Karl-Olof Hammarkvist peger også på, at megen litteratur om fusioner bygger på et oversimplificeret managementperspektiv, hvor det primært handler om at overkomme medarbejdermodstand mod forandringen (Vaara et al. 2003:4). Der har i studier af fusioner således været en tendens til at fastholde et integrationsperspektiv på kultur. Uden for litteraturen om fusioner har studiet af organisationskultur derimod bevæget sig fra at have et primært fokus på integration og enighed på tværs i organisationen til at have fokus på differentiering og enheder i konflikt med hinanden og senest til at have fokus på fragmentering og flertydighed (Martin 1992; Martin 2002; Meyerson & Martin 1987).

Annette Risberg konkluderer, at det ledelses- og kulturperspektiv, der ligger bag megen litteratur om fusionen ligefrem kan være med til at hindre, at fusioner ledes hensigtsmæssigt (Risberg 2003:58). Søderberg, Gertsen og Vaara argumenterer for i stedet at opdyrke social konstruktivistiske studier af fusionsprocesser. I Finland har Eero Vaara således studeret de politiserende elementer i internationale fusioner og opkøb (Vaara 1999; Vaara 2000; Vaara 2003; Vaara et al. 2003). I Danmark har Anne-Marie Søderberg studeret konstruktionen af nationale identiteter og mening i en fusionsproces ud fra en diskursanalyse af fortællinger (Søderberg 2003; Søderberg 2005).

Denne afhandling tilslutter sig udviklingen mod at se fusionsprocesser som sociale konstruktioner, hvor det ”kulturarbejde” der gøres i processen kommer til at spille en væsentlig rolle. Afhandlingen kommer derfor med sit bud på en social konstruktivistisk relationel analyse af kultur- og identitetsarbejde på en sygehusafdeling i en fusionsproces.

1.5 En empirisk undersøgelse af kultur på arbejde!

Empirisk bygger denne afhandling på et feltstudie af tilblivelsen af en ny reumatologisk klinik og sengeafdeling i et nyt medicinsk center på Amager Hospital. Af-

delingen åbnede 1. Maj 1999. Oprettelsen af den ny afdeling, der hed F1 og Reumatologisk Klinik fandt sted i kølvandet på en fusion mellem to Københavnske sygehuse og lukningen af et Københavnsk hospital. Sengeafdelingen, der havde 20 sengepladser (7 reumatologiske, 7 geriatriske og 6 intern medicinske), blev bemanded ved at 'fusionere' medarbejdere og ledere fra tre tidligere hospitaler.

Sengeafdeling F1 kom dermed til at bestå af udflyttede medarbejdere fra det nedlagte Kommunehospital, medarbejdere fra en lukket geriatrisk afdeling på Sønderbro Hospital, der også er en del af Amager Hospital og endelig nogle tilbageblevne medarbejdere fra en tidligere Sankt Elisabeth afdeling. Åbningen af klinikken og afdelingen og dens videre liv frem blev fulgt gennem observationsstudier og interview.

Til introduktionstemadagen den 5. maj 1999 har der nu været kaffepause og centerledelsen er gået efter deres indlæg. Den kommende afdelingssygeplejerske på sengeafsnit F1 Tove Christensen⁷ fra G5, Sønderbro præsenterer sig selv og det kommende gruppearbejde. Der er også en præsentationsrunde, hvor alle siger deres navn, stilling og hvor de kommer fra. Alle bliver derefter inddelt i 5 grupper ved at sige et tal. Afdelingssygeplejerske Tove Christensen har medbragt et skema, hun beder grupperne arbejde efter ved at udfylde rubrikker om medarbejderes, opgavers, strukturers og teknologiers styrker, muligheder og svagheder.

Der er otte personer i gruppe 1. De syv er kvinder. Manden er yngre læge. "Hvilke patienter skal vi have?" er der en der spørger. Ingen ved det. Der tales løst frem og tilbage. De er enige om, at det er vigtigt for dem at vide for at kunne lave en målsætning. Så går de over til at diskutere styrker og svagheder. Diskussionen styres af lægen, der tager ordet, da han sætter sig lidt senere end de andre. Den unge sygeplejerske ved siden af taler også. Ellers kommer kun en anden sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent ind imellem på banen. De andre er stort set hægtet af og flere ser ud til at småkede sig lidt.

En kommenterer, at det er svært at sætte tingene ind i de der kasser for tingene hænger jo sammen. Lægen i gruppen siger, at det i begyndelsen

⁷ Alle navne er fiktive.

er vigtigt, hvad de har med at gøre. ”Kommer der fx patienter med fra KH?”⁸ ”Nej, vist nok ikke”, mener de. Lægeseekretæren i gruppen spørger klinikchefen, der står i nærheden, hvilke patienter de skal have. Han svarer, at det bliver et medicinsk sammenskudsgilde. De mest reumatologiske patienter. Ikke længere de mest ortopædkirurgiske, som de er vant til fra KH. Nu vil det være patienter med bindevævssygdomme, ryg-sygdomme og osteoporose osv. ”Det bliver elastik i metermål”, konkluderer han. De andre ved bordet har hørt efter med et halvt øre. De har ikke helt afbrudt den øvrige kommunikation. Den unge sygeplejerske spørger forventningsfuldt, om det så ikke bliver yngre patienter, end de er vant til – fx med rygpatienterne? (Observationsdata, maj 1999).

Afhandlingen er den lettere fragmenterede fortælling om, hvordan denne sengeafdeling og den reumatologiske klinik blev en del af et medicinsk center. Hvordan dette medførte kultur- og identitetsarbejde og en række bestræbelser på dels at passe ind, dels at differentiere sig og skaffe sig et så autonomt rum som muligt.

1.6 Bidrag og forskningsspørgsmål

Organisationskulturstudier var særlig i 1980'erne og 1990'erne et centralt emne i organisationsstudier. I dag er organisationskulturbegrebet lige som hospitalerne under forandring, og der skrives i stigende grad om identitet sammen med eller i stedet for kultur (Hatch & Schultz 1999; Parker 2000; Ravasi & Schultz 2006; Søndergaard 2000). Så hvorfor beskæftige sig med organisationskultur og sygehuse? Der er fire ting, der har drevet dette arbejde:

- 1) Der tales meget om kultur i sygehusfeltet, hvor kultur ses som en barriere for forandring eller en barriere for at forstå hinanden på tværs af faggrupper, afdelinger osv. Kultur forbindes således i sygehusfeltet ofte med statik – manglende forandringsevne eller vilje – og med konflikt grupper i sygehusorganisationen imellem. I dette perspektiv kan 'kultur' ses som en af sygehusvæsenets største udfordringer overhovedet.
- 2) Der er tale om et understuderet område. Selv om sygehuse og organisationskulturer hver især har været studeret, er sammensætningen af de to et

⁸ KH var den dagligdags betegnelse for det tidligere Kommunehospital.

mindre udforsket område. Det samme gælder studiet af sygehusfusionsprocesser, der hidtil har været ubelyst i dansk sammenhæng.

- 3) Den gængse opfattelse af 'kultur' og 'organisationskultur' i sygehusfeltet og konsekvenserne heraf er efter min mening ikke bare problematisk men også dysfunktionel. I begyndelsen af ph.d. forløbet var jeg på et kursus, hvor der var en medstuderende, der mente, at det ville være en tempofordel i dette studie, at det på forhånd var givet og anerkendt, at der var kulturer på sygehuse. Det var dermed ikke noget, jeg behøvede at bruge en masse energi og skriveplads på at 'bevise' eller argumentere for. Jeg mener dog netop, at dette giver anledning til at bruge energi på at forholde sig til, hvad de forforståelser der er i sygehusfeltet om 'kultur' producerer af konsekvenser. Hvad er det der tages for givet om 'kultur'? Og hvordan forestiller vi os, at 'kultur' virker? Der argumenteres i afhandlingen for, at hospitalsfeltets brug af begrebet kultur risikerer at skabe og fastholde en række problemer. Bruget af begrebet har nemlig en tendens til at skabe og fastholde os i statiske billeder af uforanderlighed og kulturkonflikt.
- 4) Samtidig mangler der et sprog, der kan forklare, hvordan det vi kalder 'kultur' på sygehuset skabes, vedligeholdes og ændres i dagligdagen. At komme med et bud på et sådant sprog er målet med denne afhandling. Det har således drevet arbejdet at åbne et rum for andre måder at tale og tænke 'kultur' på ved at fremkomme med en alternativ måde at studere 'sygehuskulturer' og deres forandring.

Det er således ikke, fordi jeg vil argumentere for, at vi skal holde op med at anvende organisationskulturbegrebet i hospitalssammenhæng. Det, jeg argumenterer for, er, at det anvendes med større forsigtighed, en højere grad af refleksion og empirisk udforskning. Jeg mener, at der er god grund til at argumentere imod, at begrebet anvendes til at udpege 'kulturer' i sundhedsvæsenet fx blandt afdelinger, faggrupper eller hospitaler som værende 'forkerte'. Og jeg mener, at der i stedet er mening i at åbne 'kulturens sorte kasse' for at se nærmere på, hvad det er, der opfattes som forskelligt, anderledes og i konflikt med hinanden. Hvordan og hvorfor konstrueres disse forestillinger om kulturforskelle og kulturkonflikter? Hvilke ressourcer trækkes der i de konkrete situationer på? Kultur studeres derfor ikke som noget de 'har' eller stabilt 'er', men som noget de 'gør' bevidst og ubevidst. Der åbnes således analytisk rum op for at se på det arbejde, der indgår i at 'gøre' kultur og også identitet på sygehuse. Fokus er således på, hvordan medarbejdere og lede-

re arbejder med de ledelsesmæssige ideer om kultur og identitet frem for at beskrive disse ideer som sammenhængende systemer (Krause-Jensen 2005:4). Det er således ikke ideen om et system af fælles symboler og meninger, der undersøges (Smircich 1983), men *deres* arbejde med at definere kulturer og identiteter og konsekvenserne heraf.

I denne afhandling er målet således ikke at vise, hvilken kultur der 'er', eller hvad den 'rigtige' bagvedliggende kultur er. Målet er snarere at tage konsekvensen af, at kultur så at sige er flyttet hjemmefra ved at studere 'deres' kulturarbejde derude i feltet. Fokus er således på, hvordan de gør, når de siger, de 'gør' kultur. Hvad de tænker om kultur og hvordan de iscenesætter kulturer. Og sidst men ikke mindst hvilke konsekvenser deres kulturarbejde får.

Samtidig åbnes der mulighed for at se, at dette arbejde måske også kunne have været gjort på andre måder. Afhandlingen bygger dermed på en mulighedsontologi i og med, at det antages, at kultur kunne have været gjort anderledes (Gergen 1997; Giddens 1983; Giddens 1993; Holstein & Gubrium 2000).

Afhandlingen er et bidrag til en måde at forstå sygehusorganisationskulturer på dels som knyttet til det daglige arbejde (Van Maanen & Barley 1984; Van Maanen & Barley 1985) og den daglige interaktion mellem grupper og individer i sygehusorganisationen (Gubrium & Holstein 2001; Gubrium & Holstein 1997; Gubrium & Holstein 2000; Holstein & Gubrium 2000; Holstein & Gubrium 2003), dels som knyttet til identitetsskabelse (Gergen 1997; Holstein & Gubrium 2000). Kultur- og identitetsarbejde anses således for at være nært sammenhængende. Med udgangspunkt dels i Van Maanen og Barleys teorier om organisationskultur og – identitet, dels i symbolsk interaktionisme og relationel teori som repræsenteret af Gubrium og Holstein og af Gergen er det målet at fremkomme med et alternativ til forståelserne, hvor 'kultur' tages for givet – og sættes uden for diskussion og uden for kontekst. 'Kultur' anskues i stedet som 'noget', der skal ses i sin anvendelse, idet 'kulturer' ikke anses for faste meningsformer, der reproducerer sig selv, således som der er en tendens til at opfatte såkaldte fagkulturer. Det antages i stedet, at det at opretholde en identitet i organisationen er arbejdskrævende (Gergen 1997) og at italesættelsen af identiteter reproduceres og ændres af handlende individer dels i samspil med andre former for aktanter, med omgivelser i og uden for organisationen, dels i takt med indre omfortolkninger og ændring af relationer (Gergen 1997; Holstein & Gubrium 2000). Afhandlingen bygger i tråd hermed på et prin-

cip om at: 'Kultur' er noget, der skal forklares og ikke noget, der skal tages for givet.

På det empiriske plan er afhandlingen et bidrag til en kvalificering af måder, hvorpå 'kultur' og organisationsændringer i relation til det danske sygehusvæsen kan forstås. Empirisk bygger afhandlingen på processer i forbindelse med åbningen af en ny klinik og sengeafdeling i et medicinsk center, hvor iscenesættelse af identitet ses som knyttet an til relationerne afdeling og klinik og center imellem. Der argumenteres for, at der iscenesættes et fællesskab på afdelingsniveau og der analyseres på, hvordan dette fællesskab iscenesættes og hvilke identiteter der her tales frem. Og hvilken betydning arbejdet med patienter får heri.

På det teoretiske plan er afhandlingen et bidrag til diskussionen af organisationskultur- og organisationsidentitetsbegrebernes anvendelighed i relation til studier af sygehusorganisationer og deres organisationsændringer samt et forsøg på at forny *genren*: Det kvalitative studie af organisationskultur ved blandt andet at forstå 'kultur' som tilgængelige *ressourcer* og studere kultur som relationel, situationel og fragmenteret. Afhandlingen er dermed inspireret af udviklingen i organisationskulturteorien væk fra kultur som en underlæggende, determinerende og statisk variabel.

I mange organisationskulturstudier anses medarbejdere for at tilhøre en organisationskultur, fordi de bestrider et bestemt arbejde eller arbejder et bestemt sted (Martin 2002:323), eller er medlemmer af en fagkultur, fordi de er professioner. I denne afhandling er det et mål i sig selv at undersøge, hvordan medarbejdere selv gennem ord og anden handling eventuelt definerer sig som et fællesskab eller gør noget andet. Herunder i hvilke situationer, de eventuelt definerer sig som et fællesskab og i hvilke de eventuelt ikke gør.

Det forudsættes således ikke, at der er tre eller flere kulturer, der mødes, og at det herfra handler om integration eller 'kulturkonflikt'. Følgende forskningsspørgsmål dirigerer derfor afhandlingen:

1. Hvordan iscenesætter medarbejdere kultur og identitet i forbindelse med oprettelsen af en ny sengeafdeling gennem fusion?

Herunder undersøges spørgsmålene:

1a. Hvilke former for tilhørsforhold, forskelle og grænser markeres?

1b. Hvordan gøres dette arbejde i det daglige?

Da den viden der på forhånd er tilgængelig om problemstillingen er begrænset, er spørgsmålene eksplorative i deres karakter (Borum 1990:42 i Andersen et al. 1992). Mats Alvesson har oversat Jürgen Habermas' (1972) opdeling i tre forskningsrationaler og de dertil knyttede videnskonsituerende interesser: *Technical, practical and emancipatory* til kulturstudier, hvor den tekniske interesse typisk kendes i studier, der har enten et *tool view* (kultur som variable) eller et *trap view* (kultur som barriere, der skal ryddes af vejen) på kultur. I *practical (-hermeneutic)* studierne af organisationskultur og symbolisme handler det ikke om at blive klogere på mulighederne for at påvirke kultur i ønskede retninger, men snarere om at forstå den meningsskabelse, der finder sted i organisationer. At blive klogere herpå anses for at være et formål i sig selv. I *emancipatory* drevne studier er det derimod et formål at sætte lys på og refleksion om, hvordan organisationskultur kan bevirke, at nogle grupper fx ledelsen i en organisation dominerer og undertrykker andre, eller fx mænd undertrykker kvindelige værdier i organisationer. Håbet er her, at en sådan refleksion kan være med til at frigøre *human potential* ved at bryde asymmetrien (Alvesson 2002:8-12).

I denne afhandling er forskningsrationalet primært at blive klogere på, hvordan 'kultur' gøres på sygehuse og samtidig at sætte lys på og reflektere over, hvilken 'sygehusvirkelighed' dette producerer og om dette kunne gøres anderledes. Håbet er således, at afhandlingen kan være med til at skabe en platform at tale ud fra, hvad angår konsekvenserne af at fastholde sygehusvæsenet i et billede af fastfrosne kulturforskelle. Håbet er, at der kan blive åbnet et rum for at se, hvordan billederne af kulturforskelle produceres i det daglige – ikke fordi de er "naturgivne" - men fordi de reproduceres af sygehusaktanter i form af mennesker, maskiner, bygninger, teknologier som led i det daglige arbejde. Håbet er også, at det bliver muligt at forstå fusioner som andet end mødet mellem præsisterende kulturer. At det bliver muligt at tale om disse forskelle, som nogle der produceres i selve fusionsprocessen.

1.7 Afhandlingens opbygning

Kapitel 1 introducerede til afhandlingen, dens bidrag og til kulturdebatten i sygehusfeltet samt til de udvalgte forskningsspørgsmål.

Kapitel 2 gennemgår det billede, der i professions- og organisationslitteraturen er skabt af kulturer på sygehuse og deres sammenhæng med forandring. I de empiriske kapitler 6-9 trækkes der på billeder skabt i denne litteratur.

Kapitel 3 diskuterer litteraturens billeder af sygehuskulturer i metateoretisk perspektiv. Det diskuteres, hvad der ofte er kulturstudiets objekt og der arbejdes frem imod, hvilke organisationskulturteoretiske perspektiver der har inspireret afhandlingen. Desuden diskuteres sammenhængen mellem begreberne kultur og identitet.

Kapitel 4 bygger videre på kapitel 3 og præsenterer afhandlingens teoretiske udgangspunkt i relationelle teorier – primært Gubrium og Holsteins og Gergens perspektiver. Kulturer defineres som ressourcer og identiteter som et arbejde, der både er relationelt og situationelt. Kapitlet præsenterer en analyseramme, der både er sensitiv over for at studere, *hvad* kultur bliver gjort til at være, og *hvordan* dette foregår.

Kapitel 5 præsenterer det eksplorative 'feltarbejde' og dets paradigmatisk, metodiske og ontologiske fundament.

Kapitel 6 er en beskrivende analyse af Sengeafdeling F1 og den Reumatologiske Kliniks kontekster som en del af et medicinsk center og Hovedstadens Sygehusfællesskab. Det beskrives, hvilke krav og forventninger disse kontekster bidrager med.

Kapitel 7 beskriver mødet med det medicinske centerprojekt samt henholdsvis plejepersonalets og lægernes reumatologiske projekt(er). Herunder italesættelsen af 'de rigtige' og 'de forkerte patienter'. Det vises, hvordan der trækkes på forskellige ressourcer i dette arbejde. Det diskuteres, hvorfor fællesskabet iscenesættes. At fællesskabet kunne ses som en kulturel og ønskværdig ressource. Kapitlet bidrager til besvarelsen af forskningsspørgsmål 1a: *Hvilke former for forskelle, tilhørsforhold og grænser markeres?*

Kapitel 8 er en beskrivende analyse af, hvordan sengeafdeling F1 blev iscenesat som et fællesskab i den daglige interaktion på afdelingen, og hvordan medarbejderne fra Sankt Elisabeth blev ekskluderet herfra. Kapitlet viser, hvordan persona-

lemøder og fortællinger var med til at konstruere forestillingen om fællesskab og søge narrativ validitet herom. Det diskuteres, at fællesskabet kunne ses som en retorisk konstruktion og at det at opretholde ideen om et fællesskab var et vedblivende narrativt arbejde, hvor der ikke var plads til konkurrerende fortællinger. Kapitlet bidrager til besvarelsen af forskningsspørgsmål 1b: *Hvordan gøres dette arbejde i det daglige?*

Kapitel 9 udfolder analysen af, at hvordan en specialeidentitet søgtes forhandlet i det daglige, hvor patienten blev et "identitetsforhandlingsobjekt". Kapitlet er en beskrivende analyse af, hvordan patienten blev en central "brik" i "afpatruljeringsgen" af fællesskabets ydre grænser og sikringen af autonomi, beskyttelsen af genoptræningsidentiteten og sikringen af gode arbejdsbetingelser ved løbende at forhandle med centret om visitation, indlæggelseslængde og patienternes tilstand ved ankomsten til afdelingen. Det diskuteres, at afdelingen kunne ses som et "space" - et fysisk og mentalt sted at være i modstykke til en omverden, der blev anset for at være rå. Kapitlet bidrager til besvarelsen af forskningsspørgsmål 1b: *Hvordan gøres dette arbejde i det daglige?*

Kapitlerne 6-9 kan sammen læses som empiriske bricolager (Denzin & Lincoln 2000) bundet sammen af teoretiske kategoriseringer og ledetråde, der samlet set siger noget om det arbejde, der indgår i at 'gøre fællesskab'.

Kapitel 10 drager konklusioner og diskuterer afhandlingens resultater. Kapitlet diskuterer dermed også måder at åbne 'kulturs' sorte kasse på for at skabe et alternativ til 'bare at dømme kulturforskelle'. Endvidere diskuteres implikationerne for fremtidig fusionsledelse. Endelig diskuteres på hvilke måder der måske er tale om en opblødning af arketyperne fagbureaukrati.

2. STUDIER AF SYGEHUS- KULTURER OG FORAN- DRING

”Det er karakteristisk for hospitalet, at der er flere fagprofessioner med hver deres værdisystem og hver deres styringslogik”. (Melander 1999).

Ideen om at kultur virker som stabilisering af enheder og faglige grupperinger i organisationer og dermed som en barriere for forandring genfindes i dele af organisationsteorien. Den sociologiske nyinstitutionelle teori har således blandt andet fokus på, hvordan de kognitive-kultur dimensioner af institutioner former mening, handling og rutiner (Scott 2001:57). Begrebet ’kultur’ er således traditionelt blevet forbundet med noget, der producerer stabilitet. Det er jo jf. Gergen netop stabiliseringen, der overhovedet gør det muligt at tale om kulturelle mønstre (Gergen 1997:208).

Der findes en stor mængde af litteratur, der beskæftiger sig med kultur på sygehuse. Hovedparten af denne litteratur er den såkaldte professionslitteratur, om end antropologien også har bidraget væsentligt hertil (Se fx Hansen 1992; Hansen 1994; Hansen 1995; Littlewood 1991a; Littlewood 1991b; Samuelson 1991). Organisationskulturteorien har kun i mindre omfang bidraget til denne litteratur (se dog Parker 2000; Weick & Sutcliffe 2003).

I Danmark har den skandinaviske nyinstitutionelle sygehuslitteratur sammen med primært engelske studier af sygehuskultur i relation til *New Public Management* reformerne haft en betydning for fokus på kultur på sygehusene. Og herunder også en betydning for måder at anskue mulighederne for forandring på sygehuse og for måder at anskue sammenhængen mellem sygehuskulturer og konflikter.

I dette kapitel ses derfor nærmere på, hvilke billeder af professionerne, deres kulturer og deres indbyrdes forhold, der typisk er produceret med disse og andre forskningstilgange. Dels ved at skildre professionsbillederne for sig, dels ved at se på skildringen af de grænsefladeproblematikker og konflikter imellem professionerne, der optræder i den klassiske litteratur om professioner på sygehuse, hvor det generelle billede er, at der i vidt omfang er tale om modsatrettede logikker og kulturer.

2.1 Studiet af organisationskultur på sygehuse

Da studiet af sygehuse er et klassisk genstandsfelt inden for organisationsteorien og organisationssociologien (Borum 1999b:14), har sygehuse siden 1950'erne optrådt i organisationsstudier om end sjældnere i danske organisationsstudier⁹.

Klassiske casestudier af sygehuse udgik fra en forståelse af sygehuse som fagbureaukratier (Ferlie 1997; Mintzberg 1979) og handlede mest om de professionelles adfærd og muligheden for at lede dem (Jespersen 2005b:53). Eksempler på klassiske studier er: (Etzioni 1969; Mintzberg 1979; Parsons 1939; Strauss 1975) og (Georgopoulos ed. 1972, Freidson 1975, Perrow 1965 og Strauss m.fl. 1963 i Jespersen 2005b:53). I Danmark er organisationsstudiet af sygehuset hovedsageligt udviklet i løbet af 1990'erne – specielt med fremkomsten af de nyinstitutionelle sygehusorganisationsstudier (se fx Bentsen 1996; Bentsen et al. 1999; Bentsen 1999; Bentsen 2000; Bentsen & Borum 2001; Borum 2003; Borum & Bentsen 1999b; Jespersen 1999; Jørgensen & Melander 1992; Melander 1999; Vrangbæk 1999). En væsentlig pointe i mange af disse nyinstitutionelle studier er, at sygehuse er svært foranderlige størrelser og at dette hænger sammen med eksistensen af magtfulde fagkulturer.

”Rigshospitalets økonomistyringsforhold skal forstås i lyset af dets politiske og kulturelle struktur. Der er tale om en stærkt professionaliseret og splittet organisation, hvor lægerne udgør det faglige magtcentrum.

⁹ Før midten af 1980'erne er undtagelser Finn Borums phd afhandling om et organisationsforandringsprojekt på et sygehus (Borum 1976) samt (Borum et al. 1981).

[...] Rigshospitalet er ligesom de fleste andre hospitaler opdelt i tre adskilte funktioner eller fagkulturer: lægefunktionen, sygeplejefunktionen og den teknisk-administrative funktion". (Melander 1992).

I det nyinstitutionelle perspektiv er normer, rutiner og Standard Operating Procedures (SOPs) ofte indbegrebet af stabilitet – eller er i det mindste øer af relativ stabilitet. Det sociologiske ny-institutionelle perspektiv bygger bl.a. arbejder af (Brunsson & Olsen 1990; DiMaggio & Powell 1983; DiMaggio & Powell 1991; March 1995; March & Olsen 1989; Meyer & Rowan 1977; Scott 1995; Scott & Christensen 1995).

Som nedenstående citat peger på, forudsættes fagkulturerne i dette perspektiv at formes uden for de enkelte sygehuses ledelsesrum:

"Professioner er robuste kulturer med værdier og verdensanskuelser, der indlæres gennem lange uddannelses- og træningsforløb. Disse ligger uden for det enkelte sygehus kontrol og lader sig ikke ændre gennem styringsindgreb på sygehusniveau." (Borum 1997:278).

I Danmark har professionstilgangen inden for organisationsstudier spillet en central rolle i måden at forstå arbejdet på sygehuse. Disse professioner eller faggrupper anses ofte for at have forskellige kulturer og verdensbilleder, der bevirker, at de forstår ting på forskellige måder og på nogle punkter arbejder ud fra forskellige logikker. Således bygger den nyere skandinaviske fortrinsvis nyinstitutionelle sygehuslitteratur på antagelser om, at professioner udgør homogene og stabilitetskabende størrelser (Borum 1997b:16), der er hjemsted for fortrinsvis reproduktive og status quo bevarende processer. Der er tale om en kognitiv tilgang, hvor professionerne anses for bærere af professionsspecifikke rationaler og fortolkningsrammer.

I 1990'erne igangsattes i Danmark en række nyinstitutionelle organisationsstudier af en række elementer af de igangværende sygehusreformer fx Eva Zeuthen Bentsens ph.d. afhandling om trojkaledelse (Bentsen 1996), analyser af centerbegrebet på sygehuse (Borum 1999a) og centerstrukturen (Borum 1997; Borum & Bentsen 1999a; Borum & Bentsen 1999b), analyser af fremkomsten af funktionsbærende enheder (Borum 2000) samt analyser af anvendte styringsformer og - midler i sygehusfeltet (Jespersen 1996; Jespersen 1999; Jespersen & Sognstrup 1999).

Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige (Bentsen et al. 1999) blev redigeret af Finn

Borum og Eva Zeuthen Bentsen fra Handelshøjskolen i København samt af Kerstin Sahlin-Andersson og Gudbjörg Erlingsdóttir fra Sverige. En bog som samtidig blev startskuddet til det ny danske forskningscenter FLOS – Forskningscenter for ledelse og organisation i sundhedsvæsenet. Bogen er en samling af studier, der har set på, hvad der sker, når styringsideer og modeller udfordrer sygehusfeltets logikker ved at studere, hvordan professioner og - hvad bogens forfattere kalder - *organisatoriske aktører* omsætter ideer og modeller til handling, og hvorledes de samtidig i denne proces modificeres og transformeres (Bentsen et al. 1999:30). Et gennemgående tema i bogen *Når styringsambitioner møder praksis* er, som titlen peger hen imod, at der sker noget, når forandringsmodeller møder praksis. Dette noget kan være en form for modstand iboende praksis i form af fx mødet mellem til tider modsatrettede logikker. Det kan fx være henholdsvis sygeplejerskernes, lægernes og administratorernes styringslogikker (Melander 1999), den professionelle lægefaglige rationalitet og den administrative rationalitet (Jespersen 1999), sygeplejerskernes omsorgslogik, lægernes medicinske logik og den økonomiske logik (Blomgren 1999b; Blomgren 1999c) og henholdsvis det markedsbaserede, det klinisk professionelle og det politisk offentlige styringsrationale (Vrangbæk 1999) og den moderne centraladministrative styringstænkning og den traditionelle professionelle tænkning (Borum & Bentsen 1999a:264).

Siden er i Danmark fulgt andre nyinstitutionelle analyser af centerstrukturen (Lindermann & Nielsen 2000; Nielsen & Lindermann 2000), om *New Public Management* strategien over for de fagprofessionelle rationaler i relation til kontraktstyring, kvalitetssikring og ændrede ledelsesformer (Jespersen 2001), de koordinerende processer, der finder sted mellem sygehuse og almen praksis og mellem sygehuse og hjemmeplejen (Seemann & Antoft 2002) samt ph.d. afhandlingerne om *Patientforløb i praksis* (Scheuer 2003), *Professionelle i afdelingsledelse* (Sognstrup 2003) og *klinisk praksisvariation og kliniske retningslinjer* (Kjellberg 2006).

2.2 Professionerne og 'deres kulturer'

”The professional group is the fundamental social unit within the temporal structure of the hospital”. (Zerubavel 1979:64).

De offentlige sygehuse er traditionelt ikke blevet opfattet som sammenhængende virksomheder eller (som moderne) organisationer, men snarere som tilhørende Mintzbergs konfigurationstype: et *professionelt bureaukrati* (Mintzberg 1979:348). I det professionelle bureaukrati ligger håndværket, viden og magten hos de fagprofessionelle, der udgør den operative kerne. Professionerne på sygehuse anses for at være bærende elementer i sygehusenes produktion. Definitionen af begrebet profession er dog stærkt omstridt inden for professionssociologien (se fx Freidson 1986:30-32, Abbott 1988:3-9). Noget af det der var enighed om inden for store dele af den traditionelle litteratur om professioner var dog, at:

“A profession was an occupational group with some special skill. Usually this was an abstract skill, one that required extensive training. It was not applied in a purely routine fashion, but required revised application case by case. In addition, professions were more or less exclusive”. (Abbott 1988:7).

Tilstedeværelsen af professioner kan i meget grove træk i forskellige tilgange ses enten A) Som en sikring af faglig standard og viden - til glæde for de klienter og det samfund de faglige ydelser gives til (jf funktionalistiske tilgange som fx Parsons'). B) Som en måde at ekskludere andre relaterede faggrupper – og dermed sikre prestige og høj løn (jf. magtbaserede tilgange som Freidson, Berlant og Larson i Abbott 1988). C) Som et resultat af konkurrence om arbejdsområder *jurisdiction* (jf. Abbott 1988). Og D) Som en måde at opretholde faglighed på – i en form der er svær at ændre udefra. Her sikres professionens kognitive legitimitet (jf. Scott 1995). (For en indføring i professionssociologien se fx Dingwall 1983, Freidson 1963, 1983, 1986, Abbott 1988, Strauss 1975, Scott 1995 og Jespersen 2005). Specielt studiet af lægeprofessionen anses sammen med advokatprofessio-

nen for at være eksemplariske inden for professionssociologien (Dingwall et al. 1983; Etzioni 1969). Der er nemlig tale om to professioner, der traditionelt har været præget af specialiseret viden, høj løn og en høj grad af autonomi.

Senere er hospitalet også karakteriseret som *arenaer* for forskellige professioners arbejde (Brunsson & Sahlin-Andersson 1998), som *en samling af arbejdssteder* (Strauss et al. 1997:5) og som udgørende forskellige organisationer i hospitalsorganisationen hver præget af forskellige typer af aktiviteter, organisationsformer og særegne tankegange (Glouberman & Mintzberg 1996).

Hospitaler er således både inden for organisationsstudier og inden for professionssociologien (Dingwall et al. 1983; Etzioni 1969; Freidson 1963; Freidson 1983; Halpern 1992; Hughes 1971) og den medicinske sociologi blevet anset for at være et klassisk eksempel på, hvordan en organisation kan ses som værende stærkt præget af en professionsopdeling, hvor hver profession ikke bare har deres egne domæner, men også har fået status som udgørende selvstændige kulturer med hver deres værdisystem og hver deres styringslogik (Melanders 1999). Det vil eksempelvis sige sygeplejerskernes omsorgslogik, lægernes medicinske logik og den økonomiske logik (Blomgren 1999b; Blomgren 1999c). Hver med deres fælles og homogene værdier, sprog og identiteter (Goode i Brante 1988:122), fælles rationelle værdier (Parsons i Brante 1988:120) og kulturelle værdier (Etzioni 1969:vi).

Den kulturelle sammenhængskraft antages i professionsstudier at bestå i en fælles prægning på et mere strukturelt niveau. Professioner og faggrupper tænkes således at dele symboler og tænkemåder qua deres socialisering og indplacering i et stratifikations- og klassifikationssystem. De kan således tænke mere eller mindre ens på en række områder, uden nogen sinde at have mødt hinanden. Der er tale om grupper, der via deres separate uddannelser, modtager:

”En dybtgående faglig programmering og socialisering af aktører til institutionaliserede roller og funktioner”. (Borum 1999:16).

Den amerikanske sociolog Eviatar Zerubavel har i *Patterns of time in hospital life* (Zerubavel 1979) studeret de forskellige professioners måde at agere i organisationen. Ifølge Zerubavel checker hver profession ind, når de møder på arbejde i hver deres professions- og dermed funktionsopdelte verden præget af bestemte måder at tænke deres arbejde på, og et udvalg af dertil passende rutiner. Hvornår den enkelte professions arbejdsdag begynder og slutter er ikke koordineret mellem professioner, men snarere et udtryk for den enkelte professions særlige kendetegn. Således

færdiggør fx lægerne deres arbejde¹⁰, mens sygeplejerskerne blot giver stafetten videre til den næste (Zerubavel 1979).

Professionerne er dels en kilde til konflikt mellem professioner men også en kilde til stabilitet på sygehusene qua den skoling de modtager i deres teoretiske og praktiske uddannelser:

”Den måske vigtigste kilde til ensretning af sygehusfeltet er det uddannelsessystem, der forsyner feltet med dets nøgleaktører: læger, sygeplejersker og administratorer etc.” (Borum 1999b:20).

Professionstilgangen bygger således på forestillingen om, at der kan være en sammenhængskraft mellem individer, blot fordi de tilhører den samme kategori i form af den samme profession. At de af denne årsag på nogle områder kan tænkes at opfatte forhold ens og dele ’værdier’. De tre mest anvendte kategoriseringer af professioner i sygehusfeltet er: Læger, sygeplejersker og administratorer.

2.2.1 Billedet af lægerne

”The doctor-patient dyad seems to stand by itself, as if it were a part of the natural order of things.” (Littlewood 1991b:149).

Studiet af lægeprofessionen anses inden for professionssociologien for at være eksemplarisk. Der er nemlig tale om en profession, der traditionelt har været præget af specialiseret viden, høj løn og en høj grad af autonomi. Lægers traditionelle autonomi i forhold til fx organisationer betyder blandt andet, at lægegerningen primært har været anset som knyttet til patientarbejdet og lægerne forstået i forhold til patientarbejdet (for klassiske studier af forholdet mellem læge og patient, se fx Parsons 1951, Entralgo 1969 i R. Littlewood 1991). Lægerne anses dog ikke for at være følelsesmæssigt engagerede i deres patienter (Parsons i Brante 1988:121). De karakteriseres ofte som værende præget af en medicinsk logik og værende uden eller med en lav grad af forståelse for andre perspektiver såsom de mere sociale og humanistiske. Lægerne anses således i modsætning til fx sygeplejersker for primært at interessere sig for de medicinske og kirurgiske indgreb, de kan tilbyde.

¹⁰ I Sidsels Vinges afhandling *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse* er det netop en vigtig pointe, at læger ikke længere færdiggør deres arbejde, men også stempler ind og ud (Vinge 2003). En tendens der synes at være forstærket efter 1981 overenskomsten (Flos seminar 5. september 2003). Om følgevirkninger af 1981 overenskomsten se fx ”100 dages rapporten”. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 28. februar 2002.

”At the risk of overgeneralization, certain differences can be noted in the orientations of physicians and nurses in their approaches to patients (Gorden 1997). Medicine is heavily invested in the treatment of disease, especially acute illness, and, perforce, tends to focus on curative interventions (Scott et al. 1995). Nursing, in contrast, is more strongly oriented toward managing the sequelae of the illness (or treatment) and maintaining or enhancing day-to-day function.” (Becknell & Smith 1975, Henderson 1966 og Mauksch 1966 i Aiken og Sloane 1997:207).

Deres professionsideologier (Se Brante 1988) indeholder:

- En tro på moderne og teknologiske fremskridt,
- En tro på akkumuleret viden, *facts*,
- En tro på positivistiske naturvidenskabelige og statistiske metoder,
- En myte om den rationelle lægevidenskab,
- En tro på orden og kontrol (Freidson 1970),
- En tro på at patienter bør ses på som *'cases'* snarere end som mennesker (Lupton 1994:118),
- En opsplitning mellem egen og rationel lægefaglig viden og *'alternativ'* viden,
- En myte om uselvisk, objektiv neutralitet,
- En tro på at det er naturligt, at de bør have en dominerende position i organisationen (Kinnunen 1990:68),
- Og en myte om den vidende og kurerende *'redningsmand'*, der enddog kan have en omnipotent *'god-like'* dimension (Lupton 1994:1).

Lægerne har traditionelt været den mest betydningsfulde og dominerende faggruppe på sygehuset. Lægerne har det behandlingsmæssige ansvar og den tilhørende autoritet, der grunder i deres specialiserede viden og statusmæssige placering i sygehussystemet. De yngre læger er dog på sygehuset langt nede i hierarkiet og lever i dag en normadetilværelse, hvor de kun er kort tid på de enkelte sygehusafdelinger og sygehuse (se Vinge 2003).

Billedet der tegnes af læger er ofte som bedrevidende og arrogante. Respekten for sygeplejen har traditionelt været lav og sygeplejersker er ofte af læger blevet behandlet som nonpersoner (Katz 1969:70). Kirurgerne er blevet betegnet som tyranniske - også i forholdet til anæstesiologerne (Bunker 1972, Coe 1970, Lortie 1949 i Halpern 1992:1014).

Også forholdet til patienter er blevet problematiseret som indeholdende interessekonflikter og en skæv fordeling af magt, hvor det forventes, at patienter er *compliant*, passive og taknemmelige (Turner 1987a:46-47). Se også Lupton 1994, Gerson 1976 og Strong 1979 i Lupton 1994). I den mere Foucault inspirerede udlægning af forholdet og magten mellem læge og patient ses magt som allestedsnærværende og strategisk, men også som diffus og usynlig (Lupton 1994:111). Lægers magt ses her ikke blot som et middel til dominans, men snarere som iboende den sociale organisering og derfor ikke kun repressiv men også produktiv *producing knowledge and subjectivity* og medførende samarbejde mellem læge og patient. (Armstrong 1987b og andre i Lupton 1994:111-113).

Lægerne har ingen særlig tradition for eller uddannelse inden for personaleledelse (Borum 1976:30), men fastholder retten til at lede. Den administrerende overlæge var tidligere en 'postkassefunktion' og de andre overlæger sideordnede. Deres interesser har derimod været bundet op på den faglige udvikling og specialisering. Lægeprofessionen belønnes nemlig ifølge Parsons (Parsons 1964 i Sognstrup 2003) for specialisering, erfaring og forskning (Sognstrup 2003:51). Det er således også finere at være sygehusspeciallæge end praktiserende læge. Lægernes karrieresystem virker fremmede for en *individuel projektkultur*, hvor det individuelle ejerskab over publiceringsresultater er centralt (Fredslund 2002:309).

2.2.2 Billedet af sygeplejerskerne

Det har i professionslitteraturen ikke været entydigt, hvorvidt sygeplejen rent faktisk opfattes som en fuldgyldig profession på lige fod med lægeprofessionen. Sygeplejen er således også blevet betegnet som en semiprofession (Etzioni 1969; Freidson 1983; Petersen 1998) eller ligefrem som en 'would be' profession (Freidson i Aiken & Sloane 1997). Dette skyldes flere forhold, der fx vedrører emner som sygeplejens viden og område og det traditionelle skisma mellem kald og profession (Kupferberg 1999). Der havde i 1998 eksempelvis ifølge Karin Anna Petersen endnu ikke konstitueret sig et selvstændigt felt omkring sygeplejevidenskab" (Petersen 1998:196). Det er således muligt at se sygeplejen som forskellige ting såsom¹¹:

¹¹ Mona Hansen og Birgit Højmann Larsen 1994 i Kupferberg 1999.

1. Omsorg¹²
2. Praktisk medicin
3. Teknologisk praksis
4. Selvstændig praksis disciplin

Hvor kun sidstnævnte ifølge Kupferberg peger i retning af sygeplejen som profession (Kupferberg 1999). Ifølge Anselm Strauss hænger sygeplejerskernes måske manglende status som profession blandt andet sammen med deres hierarkiske indplacering og deres underordningsforhold i relation til lægerne og deres medicinske specialer (Strauss 2001). Man kan under alle omstændigheder hævde, at det ikke er muligt at forstå udviklingen af eksempelvis sygeplejerskeprofessionen uden samtidig at forstå relationer til deres *significant others* såsom fx lægeprofessionen:

”the pair which includes the nurse and which strikes the most powerful resonance in contemporary western medical practice is that of doctor and nurse.” (Littlewood 1991b:149).

Den medicinske sociologi indeholder ligesom professionssociologien og den medicinske antropologi en antagelse om, at der eksisterer et over- og underordningsforhold mellem læger og sygeplejersker (Aiken & Sloane 1997; Blomgren 1999c; Borum 1976; Katz 1969; Muff 1988; Samuelson 1991; Star & Strauss 1999; Strauss 2001). Nogle gange forklaret ud fra forskellen i køn – læger har traditionelt været mænd, sygeplejersker har traditionelt været kvinder (Gamarnikow 1991; Hallam 2002; Littlewood 1991b; Lupton 1994; Muff 1988; Strauss 2001; Wiener 2000), nogle gange som en forskel i arbejdsteknologier – læger er specialiserede og sygeplejersker er generalister (Freidson 1970 og Strauss 1966 i Aiken & Sloane 1997; Halpern 1992) og endelig som en følge af den samtidige udvikling af den stærkere lægeprofession (Wiener 2000:28-29). Ifølge både Tine Rask Eriksen og Torunn Hamran har lægeprofessionens udvikling blandt andet resulteret i, at det er lægeverdenens medicinske rationalitet, der dominerer sygehusverdenen, mens den omsorgsrationalitet, der knytter sig til sygeplejerskernes plejearbejde, er trængt i baggrunden (Eriksen 1986:9-10; Hamran 1887:38-39).

¹² Omsorgsbegrebet er ifølge Kari Martinsen rent sprogligt sammensat af ordene 'om' og 'sorg'. Hvor sorg er beslægtet med det tyske ord 'sorgen', som betyder at bekymre sig for, sørge for. Omsorg forudsætter således to parter, hvor den ene bekymrer sig på vegne af den anden. Når den ene lider vil den anden 'sørge' i betydningen lide sammen med den anden og sørge for at lindre smerten (Eriksen 1992:170).

Sygeplejen har været at betragte som 'det udifferentierede andet' "*the undifferentiated other*" (Bowker & Star 1999:252) – alt det lægerne ikke gør i behandlingen af patienter. Det der får ting til at hænge sammen (Svenningsen 2003:294). På ledelsesområdet er sygeplejeledere ligeledes af Hanne Sognstrup blevet betegnet som "barbapapa" ledere. Det vil sige nogle, der tilpasser sig deres lægelige kolleger og tager de ledelsesopgaver på sig, der bliver til overs (Sognstrup 2003).

Andre undersøgelser beskriver, at sygeplejerskerne selv har svært ved at beskrive præcist, dels hvad der er kerneaktiviteterne i deres arbejde (Muff 1988; Snelgrove & Hughes 2000:662), dels hvori deres særlige viden består (Holm-Petersen et al. 2006a). Forklaringen herpå kan være, at sygeplejerskens opgaver i høj grad handler om at opretholde patienternes dagligdag, hvilket involverer en masse forskellige, undefinerbare arbejdsopgaver (Annandale 1985:132), samt at meget af den viden en sygeplejerske trækker på i sin udførelse af sygeplejegeringen, ikke er sprogliggjort (Muff 1988:216) og dermed fremstår som tavs viden (Hamran 1887:3). Sygeplejen er i tråd hermed traditionelt blevet anset for usynligt arbejde (Blomgren 1999c; Bowker & Star 1999; Star & Strauss 1999). I forlængelse af bl.a. ovenstående, har 'professionsliggørelse' af sygeplejen i en del år været sat på dagsordenen af specielt Dansk Sygeplejeråd. Det har i Danmark som for eksempel i Norge og Sverige medført bestræbelser på at formulere og definere, hvori sygeplejefaget adskiller sig fra andre faggrupper (Eriksen 1986:11; Sahlin-Andersson 1997:233; Samuelson 1991:199-200).

Sygeplejerskerne forbindes også med en kamp om at vinde ligeværdighed over for lægerne og opnå en form af den autonomi lægerne traditionelt har haft. Professionaliseringen af sygeplejen har som noget centralt indeholdt en ligestillingskamp over for lægerne, fx i forhold til ledende stillinger (Sognstrup 2003) og dermed et forsøg på at ændre den historiske tilknytning til lægerne som en servicerende hjælpegruppe. I dag varetages ledelse af sygeplejen i sygehusvæsenet primært af sygeplejersker, om end nye ledelsesmodeller med fokus på entydig ledelse har resulteret i, at sygeplejersker i stigende grad er blevet underordnet den øverste lægelige ledelse (Martinussen 2002 og Pedersen 2002 i Sørensen 2006).

Professionaliseringen har udover en 'territoriekamp' med lægerne og andre plejegrupper også medført bestræbelser i retning af en videnskabeliggørelse af sygeplejerskeuddannelsen¹³, således at der i dag er tale om sygeplejerskestuderende på SU

¹³ Om videnskabeliggørelse af sygeplejen, se i øvrigt Karin Anna Petersens ph.d. afhandling fra 1998, samt Kupferberg 1999.

og ikke elever med elevløn. De nye sygeplejestuderende indgår ikke som før i normeringen og deres uddannelse er langt mere teoretisk med vægten inden for humanvidenskaberne. Dette har medført en nedprioritering af den mere medicinske viden og af sygeplejen som praktisk håndelag (Kupferberg 1999).

Ifølge Kupferberg har professionaliseringen af sygeplejen medført en splittelse mellem de yngre sygeplejersker, der nu bliver professionsbachelorer og deres ældre kolleger, der er uddannet efter det tidligere system. Han vurderer, at disse to grupper har meget forskellige opfattelser af deres fagidentitet (Kupferberg 1999). Samme resultat når Vibeke Andersen, Betina Dybbroe og Ida Bering frem til. De mener, at man kan spore en generationsforskel i sygeplejerskers fortællinger om sygeplejefaglig identitet. At yngre, uerfarne sygeplejersker fokuserer på nogle andre kernebegreber i deres faglige identitet end ældre, mere erfarne sygeplejersker gør (Andersen et al. 2004). Mens de yngre sygeplejersker identificerer sig med de lægefaglige opgaver og ønsker kompetenceudvidelser, identificerer de ældre sygeplejersker sig primært med de mange serviceorienterede opgaver og med rollen som den, der har patientkontakten.

Sygeplejersker forbindes dog ofte med såkaldte feminine værdier som altruisme, omsorg, blidhed og empati (Lupton 1994:123). Samtidig forbindes sygeplejerskerne også med magtesløshed (Armstrong-Stassen & Cameron 2003; Muff 1988) og med kvindelige træk som afhængighed, passivitet og behov for anerkendelse fra andre (Muff 1988:198).

Omsorg er et centralt emne i sygeplejerskers ideal-faglige identitet (Adamsen 2000; Eriksen 1992; Holm-Petersen et al. 2006a; Lomborg 2000:138; Strauss 2001). Flere undersøgelser peger dog på, at netop idéen om, at omsorgen bør fylde i dagligdagen, kan være en kilde til følelsen af utilstrækkelighed. Der findes således studier, der peger på, at omsorg ofte nedprioriteres i det daglige til fordel for de mere behandlingsmæssige og tekniske opgaver (Brooks & MacDonald 2000; Eriksen 1992; Holm-Petersen et al. 2006a; Larsen 1999; Star & Strauss 1999). Der synes i sygeplejen at være et skisma mellem den omsorgs- og behovsorienterede sygepleje og den *”systembestemte sygepleje, som søger at registrere om målene er nået og problemerne løst.”* (Eriksen 1992:17).

Disse modsætninger og kultursammenstød mellem de normative sygeplejeteorier og en naturvidenskabelig teori er ifølge Tine Rask Eriksen at finde i et *”stadigt mere omsorgsfjendtligt system”* (Eriksen 1992:17), hvor arbejdsdeling, intensive-ring og rationalisering har ført til, at store dele af omsorgsarbejdet uddelegeres til

plejehjælpegrupper, mens sygeplejersker i højere grad varetager ledende og kontrollerende opgaver (Eriksen 1992:17;Katz 1969:61). De strukturelle betingelser, der reproduceres i de daglige rutiner, anses heller ikke for at være fremmede for at yde omsorg. Der tegnes derimod et billede af en sygepleje hvor papirarbejde og administration fylder forholdsvis meget (Borum 1976:28; Holm-Petersen et al. 2006a; Larsen 1999) og der er:

'Technical medical-nursing care first, comfort care second' focus.
(Strauss et al. 1997:99).

Hvor de faste rutiner som eksempelvis rapportgivningen synes at legitimere til-sidesættelsen af patienter og andre faggruppers umiddelbare behov (Zerubavel 1979:55). Sygeplejegerningen får her et maskinburekratisk skær:

"Nursing tasks are officially perceived as mechanical, and the responsibility for completing them as quite easily transferable from one nurse to another." (Zerubavel 1979:54).

Selve organiseringen af det moderne hospital og organiseringen af det daglige arbejde på en sygehusafdeling er dermed med til at nedprioritere omsorgsarbejdet (Strauss et al. 1997:104). Samtidig var det i 1999 ifølge sociologen Feiwel Kupferberg¹⁴ stadig udbredt, at de sygeplejestuderende havde et billede af sygepleje som kunne identificeres med Florence Nigthingale, når de begyndte på sygeplejestudiet (Kupferberg 1999:107-108). Ovenstående peger på en række modsætninger mellem især den praktisk-faglige sygeplejeidentitet (dvs. den identitet sygeplejerskerne praktiserer og har mulighed for at praktisere i deres daglige arbejde) og så henholdsvis den generelle fagidentitet og den ideal-faglige identitet (dvs. de professionsspecifikke og de afdelingsspecifikke forestillinger om arbejdet som sygeplejerske).

Samtidig findes der studier, der peger på, at selvom sygeplejersker ofte taler om, at de har for lidt tid til at yde omsorg for patienterne, så er der en tendens til, at når de har tid, så bruger de den ikke på patienterne (Katz 1968 i Kupferberg 1999;

¹⁴ Feiwel Kupferberg har gennemført en biografisk interviewundersøgelse med unge sygeplejersker i Nordjylland. Formålet hermed var at undersøge, hvad der sker, når nye sygeplejersker træder ind i sygeplejefaget. Han undersøger blandt andet, hvad han anser for at være spændingen mellem sygeplejerskolerne og deres syn på faget som en profession og så hospitalerne med deres syn på sygeplejerskerollen som et kald. Forestillingen om arbejdet som et kald mener han er en del af baggrunden for, at sygeplejefaget har dårlige normeringer og arbejdsforhold (Kupferberg 1999).

Hansen 1995; Franssén 1997). Der er således studier der peger på, at sygeplejerskerne selv er tilbageholdende med den nære kontakt med patienterne.

”In practice, the public prizes precisely those contacts which professionals want to escape” (Abbott 1981 i Aiken & Sloane 1997:205).

Den svenske sociolog Agneta Fransséns ph.d afhandling *Omsorg i tanke og handling* beskæftiger sig med spørgsmålet om, hvorfor plejepersonalet vælger rutineopgaver og kaffepauser frem for at skabe de omsorgssituationer, de verbalt tilstræber. Hun peger på, at plejepersonalet prioriterer deres egen familie først, derefter deres kolleger og til sidst patienterne (Franssén 1997). Den danske antropolog og sygeplejerske Helle Ploug Hansen tilbyder også en forklaring på, hvorfor sygeplejersker ikke bruger stille dage til at praktisere den omsorg, de taler om ikke at have tid til på de travle dage (Hansen 1995). Med udgangspunkt i en etnografisk undersøgelse af sygeplejen på en onkologisk afdeling har hun undersøgt, hvordan sygeplejerskerne både verbalt og fysisk signalerer travlhed, og dermed signalerer til patienterne, at de ikke skal dø i deres vagt - fordi det har de for travlt til!¹⁵ Hun mener, at patienterne bliver et spejl for sygeplejerskernes egen frygt for sygdom og død og at forestillingen om ”at have travlt” fungerer som en måde at distancere sig fra visheden om, at sygeplejerskerne selv kan blive ramt af de sygdomme deres patienter har (Hansen 1995:75-76). Ifølge Kupferberg er spejleffekten især udtalt i de tilfælde, hvor sygeplejersken kan identificere sig med patienten i forhold til alder og køn (Kupferberg 1999:153).

For at håndtere de til tider krævende arbejdsopgaver med at passe, pleje, behandle og forholde sig til syge og nogle gange døende mennesker og deres pårørende udvikles der ifølge psykoanalytikerne R. D. Hinshelwood og Wilhelm Skogstad, der har redigeret en bog om organisationskultur, angst og forsvarsmekanismer inden for sundhedsvæsenet (Hinshelwood & Skogstad 2000), tilgængelige mønstre for at *cope* med og *containe* de mere ubehagelige sider af arbejdet. Mønstre der dels kan muliggøre en kanalisering af et begrænset overskud til patientkontakten ind i konkrete arbejdsopgaver, dels gøre oplevelsen af et hårdt arbejde mere tåleligt. I en undersøgelse om organisatoriske, psykologiske forsvarsmekanismer på en engelsk medicinsk afdeling, beskriver Wilhelm Skogstad således, hvordan det i en række undersøgelser er dokumenteret, at pasningen af fysisk syge mennesker udløser modsatrettede følelser hos omsorgsgiveren (Skogstad 2000). Følelser som

¹⁵ Ifølge Helle Ploug Hansen dør de fleste patienter sidst på aftenen eller om morgenen, når der er mest roligt på afdelingen (Hansen 1992:115).

kærlighed, medlidenhed, skyld, ængstelse, had, misundelse og afsky (Menzies' [1959] 1988; Cohn 1994; Fletcher 1983; Roberts 1994 i Skogstad 2000:103). Skogstad formulerer sygeplejerskernes spejling i patienten som et spørgsmål, om at de:

”...are constantly faced with severe and often life threatening physical illness and with death. They have to struggle in themselves, consciously or unconsciously, with their anxieties about illness, death and dying, with their fear of loss and their feelings of guilt. They face anxieties about their capacity to care for others and keep them alive and are often confronted with feelings of helplessness.” (Skogstad 2000:101).

Ifølge Skogstad er det for at kunne klare sig i et sådant arbejde nødvendigt at udvikle nogle *coping* redskaber. Disse kan eksempelvis være at søge tryghed ved kollegerne, en stærk strukturering af dagligdagen for at sikre dels genkendelighed, dels kontrol over udførelsen af arbejdet. Disse coping redskaber kan således medvirke til at holde en afstand mellem sygeplejersker og patienter og bidrage til forklaringen på, hvorfor sygeplejerskerne ikke altid søger de omsorgssituationer, de verbalt tilstræber.

“Individual defences come together to form a culture of defensive techniques that in turn influence the functioning of the individuals in the institution. These social defences are necessary to a degree but can also become so rigid and gross that they impair the ability of the individuals to fulfil the tasks they are there to perform”. (Skogstad 2000:103).

Forholdet mellem patienter og sygeplejersker kan anskues som komplekst, og ovenstående illustrerer, at sygeplejerskens relation til patienterne ikke kun er forbundet med positive oplevelser. Relationen kan også være en kilde til besvær og 'snavset' arbejde (Aiken & Sloane 1997). Patienter kan ses som nogle, der til tider kan behandle sygeplejersker som tjenende ånder (Lupton 1994:121-123; Kupferberg 1999:143) og i nogle tilfælde som seksuelle objekter (Hallam 2002; Lupton 1994:123; Muff 1988). Rollen som sygeplejerske er ikke nødvendigvis nem at udfylde, og relationen til patienten kan være et af de forhold, der kan give anledning til stress og ubehag hos sygeplejersken.

2.2.3 Billedet af administratorene

Administratører eller – management – er ligesom sygeplejerskerne ikke entydigt blevet opfattet som en profession (se fx Llewellyn 2002). Administratorene, djøferne¹⁶ eller *managerne* er den mindst udforskede 'sygehusprofession' af de tre. Sygehusdirektørers arbejde er således et forholdsvis udforsket område. Undtagelser er eksempelvis (Grünberg 1999) samt (Vogel 1989 og Brooks 1994 i Grünberg 1999). Dette hænger sandsynligvis sammen med, at der dårligt kan siges at være tale om en profession. Sygehusadministratører, sygehusøkonomer eller slet og ret djøfere er ikke som udgangspunkt uddannede til at varetage sygehusadministration, de er derimod en del af større populationer, der har med administration og management i mange forskellige sektorer og erhvervstyper at gøre. Som sygehusdjøfer kan man også have mange forskellige uddannelsesretninger bag sig. Der findes således i Danmark en bred vifte af økonomuddannelser med mere eller mindre vægt på faget økonomi.

I forhold til sygehusene, hvor der ikke er foretaget mange og veludbredte studier af administratører, er de karakteristika de tillægges ofte set gennem lægers øjne. Det billede de tillægges er dermed ofte som et modbillede til lægerne. Professionerne på sygehuse anses for at være præget af konflikter mellem management og læger (Bate 2000; Glouberman & Mintzberg 1996; Jespersen 2003; Jespersen 2005a; Jespersen 2005b; Llewellyn 2002:595; Melander 1999; Perrow 1965; Perrow 1986), omend forholdet også kan anskues som en mere fredelig sameksistens (Freidson 1986). Der er imidlertid en antagelse om, at magten på sygehuse primært fordeles og forhandles mellem læger og administratører.

”Administrators’ were first introduced to the hospitals to assist the chief physicians. Gradually they emerged as powers in their own right, taking over official responsibility for the system at large, in the process renaming themselves ‘managers’ (Glouberman & Mintzberg 1996:11).

At tale om 'managere' og 'management' er dog ifølge Glouberman og Mintzberg tildels en illusion, fordi:

”In a sense, they are managers, sitting atop their administrative hierarchies of formal authority, which is their principle of organizing. But

¹⁶. En djøfer er en repræsentant for grupper af specielt jurister og økonomer, der normalt er organiseret under fagforbundet DJØF

from the perspective of the most influential members of the hospital community, the doctors, this hierarchy of office is far less important than their hierarchy of medical treatment.” (Glouberman & Mintzberg 1996:11).

Der hvor managere har mulighed for at udøve ledelse er derfor ifølge Glouberman og Mintzberg hovedsagelig i forhold til de mindst professionaliserede grupper på hospitalet. De ender derfor op med at have kontrol over et patchwork tæppe af mere eller mindre autonome enheder i hospitalsorganisationen (Glouberman og Mintzberg 1996:11). Som resultat heraf konkluderer de, at på trods af mangeartede forandringstiltag, så forholder det sig sådan at:

”Nothing much ever seems to change in what really matters – the direct delivery of service.” (Glouberman & Mintzberg 1996:11).

I forordet til *Semi-Professions and Their Organization* redigeret af Amitai Etzioni findes følgende karakteristik af forskellen på den administrative og professionelle autoritet (Etzioni 1969:x):

”Administration assumes a power hierarchy. Without a clear ordering of higher or lower in rank, in which the higher in rank have more power than the lower in ones and hence can control and coordinate the latter’s activities, the basic principle of administration is violated; the organization ceases to be a coordinated tool.”

Denne administrative autoritet er ifølge Etzioni af en helt anden karakter end den professionelle autoritet, der skal kunne rumme individuelle beslutninger og individuel eksperimenteren og innovation, hvor ansvaret for den ”rigtige” medicinske beslutning ligger hos den enkelte læge:

”He might consult his colleagues before he acts but the decision is his. If he errs, he still will be defended by his peers. The ultimate justification of an administrative act, however, is that it is in line with the organization’s rules and regulations, and that it has been approved – directly or by implication – by a superior rank.” (Etzioni 1969:x-xi).

Etzioni argumenterer derfor blandt andet for, at sygeplejerskeprofessionen passer bedre ind i organisatoriske strukturer, end lægeprofessionen gør, fordi den administrative autoritet ligger nærmere sygeplejens autoritetsformer, der også er baseret på et hierarki, hvor de øverste ikke har mere og måske endda mindre fagprofessio-

nel kompetence (Etzioni 1969:xi). Ifølge Kinnunen ser administratorer inden for sundhedsvæsenet primært sig selv som embedsmænd, der tænker i organisationens opgaver og pligter (Kinnunen 1990:69).

Et dominerende perspektiv på sygehuse er altså, at de består af en række professioner, der i varierende omfang henholdsvis samarbejder og modarbejder hinanden. Disse professioner er traditionelt blevet opfattet som kulturelt homogene enheder, om end der også er studier der peger på interne forskelligheder (Mol 2001).

2.3 Professionsinterne 'subkulturer'

Professionstilgangen i sin rene form opstiller *ikke* forklaringer om interne forskelle og konflikter *inden for* de respektive professioner. I senere studier af professioner anses disse dog ikke længere for at være homogene enheder, men derimod for at bestå af professionsinterne *segmenter* (Bucher & Strauss 1961; Halpern 1992) eller *subkulturer* (Helmreich & Merritt 1998). Disse professionsinterne subgrupperinger anses for at have interesser, kulturer og formelle foreninger (Bucher & Strauss 1961 i Halpern 1992:996). Der har samtidig været en stigende specialisering på sygehusene, hvor lægernes tilknytning til specialerne synes at få en stadig større betydning (Borum 2000; Levay 2003; Scott et al. 2000; Vallgård 1992). Inddelingen i undergrupper foretages i tråd hermed som regel ud fra faglig professionel specialisering. Antagelsen om subkulturer er derfor som regel knyttet op på de lægefaglige specialer og forestillingen om deres forskelligheder:

”In medicine, subcultures tend to develop around specialities”.
(Helmreich & Merritt 1998:40).

Samtidig anses professionsundergrupperne som udgørende kulturer og identiteter:

”Medical specialization involves cultural expressions, since speciality groups take on distinctive values and identities.” (Levay 2003).

Der peges således på forskelle mellem kirurger og anæstesiologer (Halpern 1992; Helmreich & Merritt 1998), kirurger og praktiserende læger, og mellem gynækologer og geriatrikere (Berg & Mol 1998:4) og mellem kirurger og medicinere, børnelæger og voksenlæger (Waks 1999) samt mellem anæstesiologer og neurofyziologer (Levay 2003).

Disse professionsundergrupper eller specialer forbindes ofte med forskellige grader af prestige, hvor kirurgien ofte¹⁷ anses for at være det mest prestigefyldte speciale (Helmreich & Merritt 1998; Stevens 1989). Inden for de enkelte specialer kan der også være statusforskelle knyttet til stillingsstrukturen (Helmreich & Merritt 1998).

Sygeplejersker anses heller ikke for en uniform kategori. En måde at se dem som grupperede på er afdelingstilknytningen, der anses for at være central:

”The cultural unit with which many nurses associate is the ‘ward’.
(Brooks & MacDonald 2000:224).

Dermed adskiller sygeplejerskerne sig fra måden lægerne opfattes på, fordi det i mindre grad er det faglige (specialet) men i højere grad er arbejdsfællesskabet (afdelingen), der anses for at stå i centrum. Ligesom hos lægerne er der samtidig for sygeplejersker forbundet forskellige grader af prestige med, hvilket speciale deres afdeling tilhører. Disse kan ifølge Kupferbergs studie af det at indtræde i sygeplejerskerollen gradueres som følger: Operationssygeplejerske, de tekniske sygeplejersker, almindelige sygeplejersker, dem der har med gamle mennesker at gøre og til sidst dem der har med psykiatriske patienter at gøre (Kupferberg 1999:134).

I litteraturen om subkulturer på sygehusene brydes der med tanken om en homogen lægekultur etc., men det er stadig forestillingen om homogenitet, der produceres i fremstillingen – nu blot inden for subgrupperne.

2.4 Er fagprofessionerne under pres?

I modsætning til det klassiske billede af sygehuset, hvor det er fagprofessionerne – det vil sige specielt lægerne – der regerer, peges der i den skandinaviske nyinstitutionelle litteratur på, at fagprofessionerne er under pres. I Danmark er der således i de senere år kommet øget fokus på forskelle ”sygehusdjøfere” som repræsentanter for det økonomisk-administrative rationale og læger som repræsentanter for et lægefagligt rationale imellem:

¹⁷ I Danmark har en national spørgeskemaundersøgelse blandt medicinstuderende og yngre læger umiddelbart efter deres turnusuddannelse vist, at de vurderer, at medicin er den mest prestigefyldte specialegruppe (Holm-Petersen et al. 2006b).

”I det moderne sygehus er der opstået en konflikt mellem de faglige professioner, især lægerne, og den nye administrative profession, som er præget af økonomisk effektivitetstænkning, der ikke lader sig forene med sundhedsfaglig professionel logik.” (Jespersen 1999:143).

Eva Zeuthen Bentsens case studier af sygehustrojkaledelse, hvor sygehuset ledes af en administrator, læge og sygeplejerske, viser i tråd hermed, at det er svært at etablere et samarbejde på tværs af disse tre personer og:

”at identiteten i ledelsen er bundet til professionen og ikke til den hierarkiske placering og en ny ledelsesstruktur. Ledelsesmedlemmerne er således fastlåste i deres professionsidentitet og har meget vanskeligt ved at omstille sig til en ledelsesmæssig identitet.” (Bentsen 1999:238).

Samtidig har importen af nye modeller og logikker som led i *New Public Management* blandt andet betydet, at der sættes spørgsmålstegn ved sygehusets traditionelle professionsdominans og at den lægefaglige dominans i tråd hermed er vigen-
de (Borum & Bentsen 1999a). Ifølge Eva Zeuthen Bentsen og Finn Borum blev centerstrukturen på Rigshospitalet således fortrinsvis legitimeret ud fra det økonomisk-administrative rationale, medens der skete en nedlukning af det mulige handlerum i forhold til de to andre rationaler, Borum og Bentsen omtaler, som henholdsvis: det lægefaglige og det patientfaglige rationale.

”Kampen” syntes primært at stå mellem det lægefaglige og det økonomisk-administrative rationale. Sygeplejerskerne og andre faggrupper var enten ”sat uden for indflydelse” frivilligt eller ufrivilligt eller udgjorde blot de ”glemte andre”, og patienterne var i vid udstrækning pacificerede og uden virksom repræsentation:

”At centerstrukturen ikke sammenkobles med brugerrationalet – og dermed patientbehandling og –pleje – er imidlertid også en konsekvens af, at der savnes organisatoriske aktører, der som bærere af dette rationale kan arbejde på at relatere det til centerstrukturen. Patienterne optræder fortsat kun som input til sygehusets produktionssystem og uden nogen basis for mere direkte engagement i og indflydelse på sygehusets restrukturering. De tildeles hverken nogen ny organisatorisk position og forankring inden for centerstrukturen eller mulighed for ressourcekontrol, men udsættes fortsat for de samme organisatoriske rutiner og procedure. Brugerrationalet repræsenteres fortsat af politikere, patientorganisationer og medier, der i forhold til de organisatoriske processer er

henvist til at udøve indirekte indflydelse via formulering af krav og forventninger og deltagelse i debatter og ressourceallokeringsprocesser” (Bentsen & Borum 2001:25).

Ifølge Peter Kragh Jespersen er der ikke tale om en konflikt omkring det rationelle, da både læger og administratorer gør krav herpå, men snarere en konflikt om autoritet, om dominans (Jespersen 1996:85). I dag har danske sygehuslæger mistet den uindskrænkede autonomi og har bevæget sig i retning af tilpasning til den økonomiske-administrative og politiske logik (Jespersen 1996:82).

Maria Blomgren har studeret sygeplejefprofessionens håndtering af mødet med den *ekonomiska logikken*. Hun argumenterer for, at sygeplejefprofessionen har to strategier. Den ene er at gå aktivt ind i denne logik og bruge den i sygeplejens professionalisering og i fx argumenter for en udvidelse af sygeplejerskernes jurisdiktion på bekostning af lægerne og hjælpeplejegrupperne. Den anden er at gøre modstand og søge at værne om sygeplejerskernes arbejde og specielt de svage patientgrupper (Blomgren 1999a). Ifølge Rufus Lidman og Konstantin Lampou er sygeplejens værdier endnu ikke ændret som følge af den øgede inkorporering af den økonomiske logik, men de stiller spørgsmålstejn ved, om det er muligt at opretholde denne distance (Lidman & Lampou 1999:63).

Spørgsmålet er også, hvor sigende ændringer i 'værdier' er for, hvorvidt der finder ændringer sted i sygeplejerskernes praksis. Jeg ville argumentere for, at deres handlinger ændrer sig længe før deres såkaldte 'værdier'. Ifølge Ann Swidler er det en grundlæggende misforståelse i megen kulturteori at se værdier som dirigerende for handling. En misforståelse der sneg sig ind med Talcott Parsons funktionalistiske kulturteori (Swidler 1986).

Maria Blomgren konkluderer, at det er forskelligt, hvordan den nye økonomistyring påvirker sygehusafdelinger, men at forringelser for sygeplejersker primært består i forringelser i den daglige sygeplejepspraksis. Sygeplejerskernes professionelle position blev ikke forringet snarere styrket (Blomgren 1999b).

I processen med at gøre sygehuse til mere håndterbare størrelser ændres billedet af sygehuset fra at være organisatorisk komplekse – med fx læger repræsenterende specialer der forhandler direkte med politikere om ressourcer – og fra primært at udgøre et hele i relationen til det omgivende lokalsamfund – sygehuset som institution i lokalområdet til et nyt billede af sygehuset hvor:

”Sygehuset iscenesættes og italesættes som en afgrænselig organisation med en egentlig ledelse (som skal foretage økonomistyring, holdes ansvarlig for økonomien, og som kan fyres)” (Borum & Bentsen 1999a:246).

Der er altså ifølge den skandinaviske nyinstitutionelle litteratur på den ene side tale om en potentiel transformation af sygehuset til en anden og mindre fagdommeret arketype (Borum og Bentsen 1999a:264). På den anden side holder de nye planer og reformer ikke, fordi *de gamle sygehuskulturers adfærdsmønstre fortsætter, og de høje ambitioner bidrager til at skabe krise* (Borum og Bentsen 1999a:264). I det afsluttende kapitel af bogen *Når Styringsambitioner møder praksis* opsummerer Kerstin Sahlin-Andersson derfor således:

”Vi har beskrivit att de ofta starka professionernars betydelse och dominans i sjukvården i delar kvarstår.” (Sahlin-Andersson 1999:310).

Ligesom i den skandinaviske litteratur kredser megen af den angelsaksiske sygehuslitteratur også om betydninger af *New Public Management* reformarbejdet i sygehusfeltet. Den amerikanske organisationsforsker Richard Scott har i et forsker-team studeret, hvad der hovedsageligt kan kaldes makroændringer i San Francisco Bay Area's sygehusfelt. De peger på baggrund af deres studier på massive ændringer på flere forskellige niveauer og områder med fremkomsten af blandt andet nye former for aktører, nye logikker og nye meninger samt nye relationer mellem aktører (Scott et al. 2000). De konkluderer også, at der finder en fragmentering af lægeprofessionen sted og at lægerne som gruppe har mistet noget af deres relative magt. Et resultat af specialiseringen og fragmenteringen er blandt andet, at lægerne står svagere som samlet gruppe og anses for mindre dominant som gruppe over for sygeplejerskerne (Wiener 2000).

Megen af den nyere og interessante angelsaksiske litteratur om sygehusorganisationskulturer og identiteter kommer fra England - se fx (Bate 2000; Brooks & MacDonald 2000; Leonard 2003; Llewellyn 2002; Parker 2000; Thorne 2000; Weick & Sutcliffe 2003), hvor der er en vis tradition for at studere sygehuskulturer:

“anthropologists and qualitative researchers have always been attracted to the sounds and smells of the hospital, and in the UK in particular there is a strong tradition of ethnography research within the NHS”. (Bate 2000:488).

I England er de organisatoriske eftervirkninger af New Public Management reformerne af sygehusvæsenet, der blev igangsat i 1980'erne, således også et emne der har været genstand for en række studier - se fx (Ashburner et al. 1996; Brooks & MacDonald 2000; Ferlie 1997; Glouberman & Mintzberg 1996; Hood 1991; Kitchener 1999; Llewellyn 2002; Pollitt 1995; Thorne 2000). Nogle af disse studier argumenterer for, at der ikke er sket de store ændringer, i andre argumenteres for, at reformerne har haft en betydning for måden, hvorpå fx professionerne relaterer sig til hinanden:

”Change within the NHS can now be seen as far more extensive and multi-layered...there were also evidence of a more mixed picture on the key cultural dimension...the imported culture will not totally supplant the old host culture..but rather...an unanticipated hybrid may emerge..a hybrid NPM style culture throughout the organization. (Ashburner et al. 1996:13-14).

Der argumenteres for, at med *New Public Management* reformerne kom modellen af sygehuse som professionelle bureaukratier under pres i slutningen af 1980'erne og blev i 1990'erne tildels de-institutionaliseret og udskiftet med et billede af en ny sygehus arketype: quasi-marked. Martin Kitchener konkluderer dog blandt andet, at denne ændring af, hvilken model der officielt blev anset for legitim, ikke medførte de store ændringer i de fagprofessionelles værdier og attituder:

”a failure to gain professionals’ support for the intended attitude changes has led to the co-existence of new structures and systems with a hybrid interpretive scheme¹⁸ that maintains established values and attitudes.” (Kitchener 1999:185).

Der opstod i stedet en modstand mod '*shabby commercialism*' fra lægernes side (Kitchener 1999:192) og de ændringer, der fandt sted relaterede sig hovedsagelig til struktur. Der var ikke tegn på fremkomsten af '*corporate clinicians*'¹⁹. Kitchener konkluderer derfor, at arketypen sygehuset som professionelt buraukrati stadig har forklaringskraft i studiet af sygehuse (Kitchener 1999:198). Glouberman og

¹⁸ *Interpretive schemes* er ideas, beliefs and values om structural and system attributes (Hinings & Greenwood 1988:18), der sætter rammer for (a) the appropriate domain of operations, i.e. organizational purposes or mission, (b) the appropriate principles of organizing, and (c) the criteria of evaluation to be used within the organization for assesment of organizational performance. (Hinings & Greenwood 1988:19).

¹⁹ Schulz og Detmer 1977:8 i Kitchener 1999:197.

Mintzberg konkluderede også i midten af 1990'erne, at der ikke var tale om de store forandringer i England. Der var stadig tale om forskellige verdener med tilhørende forskellige perspektiver, hvor:

”Divisions of labour are necessary – the boundaries inevitable – but the disconnections are destructive” (Glouberman & Mintzberg 1996:16).

Harrison, Hunter, Marnoch og Pollitt samt Strong og Robinson konkluderede ligeledes, at lægernes magt på mikroniveauet bestod (Harrison et al. 1992 og Strong & Robinson 1990 i Ferlie 1997). Et andet eksempel er Paul Bate's '*action ethnography*' (Bate 2000), hvor han sammen med en gruppe kolleger blev del af et større kulturændringsprojekt på et engelsk sygehus. Studiet bekræftede, at der ikke var sket de store ændringer i forhold til reformernes målsætning, idet de beskrev sygehuset som værende præget af konservatisme og stabilitet, men også anarkisme, professionsbaserede stammer, der megede deres egne kager både som gruppe og som individer. De konkluderede blandt andet, at specielt forholdet mellem lægerne og den administrative ledelse var:

”so embittered and hostile that the hospital had virtually ceased to operate as an organization.” (Bate 2000:489).

Paul Bates '*action ethnography*' understøtter dermed professionstilgangens fokus på, at det er professionerne, der har primat. Det gør Marie Thorne's studie af læger som '*clinical directors*'²⁰ (Thorne 2000) også på den måde, at hun privilegerer tilstedeværelsen af henholdsvis en management og en lægekultur, og så ser på, hvordan læger i grænsefladestillinger socialiseres til at tænke og tale 'management agtigt'.

Det nye ved Thorne's og også Llewellyns studier er dog, at de peger på fremkomsten af nye hybrididentiteter mellem læger og administratorer. Læger som '*clinical directors*', der har en fod i 'lægekulturen' og en fod i 'managementkulturen' kalder den engelske organisationsforsker Marie Thorne for kulturelle kamæleoner og argumenterer for, at disse læger undergår en forandring, idet deres grundlæggende medicinske antagelser udfordres og ændres i mødet med management kulturen og ikke mindst management sproget (Thorne 2000). Med disse studier kommer der således et brud med den tidligere homogenitetsforståelse.

²⁰ Clinical directorates er management units knyttet enten til et medicinsk speciale, såsom kirurgi eller til en support service såsom laboratorier (Llewellyn 2002:597).

Sue Llewellyn har gennemført en omfattende undersøgelse af læger som *clinical directors*. At udpege læger til ledere i grænsepositioner mellem management og lægeligt arbejde var et skift fra strategien om at sætte 'managere' til at til at kontrollere læger til en ny strategi, hvor udvalgte læger skulle laves om til 'managere' (Llewellyn 2002:598). Strategien byggede på en antagelse om at:

"clinicians will be more likely to respond positively to management agendas set by medical (rather than non-medical) managers. (Llewellyn 2002:598).

Udpegningen af lægelige 'managere' kunne altså se ud som en 'trojansk hest' – et forsøg på at ændre og betvinge lægers autonomi indefra. Davies argumenterer ligeledes for, at formålet med reformerne i 1980'erne dels var at udfordre lægernes magt dels at øge styringen af de økonomiske omkostninger. Sygeplejen blev i denne henseende anset for at være uvæsentlig – blot et spørgsmål om bemanding på afdelingerne (Davies 1995). Ifølge Ewan Ferlie var formålet med reformerne dels at gøre det engelske sygehusvæsen mere omkostningseffektivt og *business like*, dels at styrke ledelse og mindske de fagprofessionelles magt (Ferlie 1997). Graeme Currie lægger op til, at der er tale om en kamp mellem konkurrerende ideologier, hvor den *closure* der ønskes i forhold til at gøre kliniske managere mere management tænkende, endnu ikke er opnået (Currie 1996). Sue Llewellyn har undersøgt, hvordan læger, der beklæder denne nye lægerolle, opfatter deres egen rolle. Hun har interviewet *clinical directors* i tre forskellige *Trusts* og fundet, at lægerne i den ene *Trust* havde slået sig sig op som en ny form for ekspertise *medical management* som et alternativ og modstykke til non-medical management (Llewellyn 2002:612) og at de så at sige havde planer om at ændre hospitalsmanagement indefra.

"From this position, medical managers will become the new 'clinical bosses' of their hospitals (Hunter 1992)." (Llewellyn 2002:617).

Dette ville i givet fald være i overensstemmelse med Perrows hypotese:

"over the long run, an organization will be controlled by those individuals or groups who perform the most difficult and critical tasks" (Perrow 1963:113).

I den anden *Trust* havde lægerne i højere grad taget management tilgangen til sig og i den tredje var begge tendenser til stede (Llewellyn 2002:615). Det er således ikke entydigt:

”which group will be more successful in disseminating its sets of ideas (Hunter 1992, Harrison and Pollitt 1994)” (Llewellyn 2002:616).

Management og læger anses ifølge Llewellyn for at have levet i to selvstændige ’verdener’ eller ’communities of knowing’ (Llewellyn 2002:595), hvor lægerne har forstået deres arbejde ud fra en ’*logic of appropriateness*’²¹, hvor de afsøger de rigtige medicinske beslutninger i forhold til den enkelte patient, hvorimod management har forstået deres arbejde ud fra en ’*logic of consequentiality*’, hvor patienter groft sagt blot repræsenterer elementer som omkostninger, indtjeningsmuligheder og styringsproblemer samt eventuelt risikoen for at blive sagsøgt. Mødet mellem de to grupper og to logikker har ledt til interessekonflikter parterne imellem (Llewellyn 2002:595) og en lav grad af gensidig respekt. Sue Llewellyn har studeret, hvad *clinical directors* mener om *managers* og viser, at der på trods af den nye hybridrolle stadig er mangel på gensidig respekt:

”as clinicians, they believe that they are intellectually superior to managers...Managers are not thought of as possessing abstract, scientific knowledge, and any craft expertise that they have is depicted as being derived from careers that started as ’office boys’ (i.e. outside of core health-care work).” (Llewellyn 2002:605).

Lægerne anser managerernes viden for at være halvsuspekt og som primært hørende hjemme i den private sektor. Dette medfører blandt andet en holdning om, at *Management cannot be trusted to manage healthcare* (Llewellyn 2002:606).

Ian Brooks og Sandra MacDonald argumenterer for, at der også sker ændringer på sygeplejesiden på engelske sygehuse. At sygeplejekulturen generelt er under forandring som følge af ’*managerialism*’, som sygeplejefprofessionen på forskellig vis har taget til sig (Brooks & MacDonald 2000:227). De har studeret sygeplejerske nattevagtskulturen som en sub kultur af sygeplejerskekultur. En nattevagtskultur, der er præget af lav status og omgærdet af fordomme fra andre sygeplejerskers side. Samtidig er nattevagterne præget af mere erfarne sygeplejersker, der arbejder

²¹ Om begreberne *logic of appropriateness* og *logic of consequentiality* se også (March & Olsen 1989) (March & Olsen 1976).

mere autonomt i forhold til fx læger og det hierarkiske ledelsessystem (Brooks & MacDonald 2000:224). Brooks og MacDonald argumenterer for, at dag- og natplejepersonale differentierer sig ud fra udførende henholdsvis fortrinsvis mest klinisk og mest omsorgsarbejde (Brooks & MacDonald 2000:227).

”Caring work which nurses do can be separated from the technical work (Carpenter 1993) and because the caring role is seen as ’largely unproductive’ (ibid, p. 151) it is undervalued.” (Brooks & MacDonald 2000:227).

De anlægger et sociologisk kønsperspektiv på konflikten, hvor natsygeplejekulturen anses for at være den sidste bastion i den traditionelle omsorgsfulde sygepleje:

”We have shown that ’within nursing’ and ’within the hospital’ there are distinct cultures. In the interplay between them the night shift has come to stand for values which are associated with the feminine and these are placed in opposition to the ’masculine’ values of managerialism” (Brooks & MacDonald 2000:227).

Der er altså tale om et eksempel på et studie, hvor billedet af den traditionelle sygeplejekultur - repræsenteret ved natsygeplejen - sættes over for ’*managerialism*’, der anses for at have koloniseret sygeplejen.

Billedet er altså, at der dels er tale om tre selvstændige verdener, dels at disse verdener tørner sammen i et sygehusfelt præget af *New Public Management* reformer.

2.5 Hvor bringer det os hen?

Den generelle organisationsteoretiske sygehusforskning i Danmark understøtter billedet af, at sygehuskulturer udgør en barriere for forandring.

”Meget af den litteratur der vedrører sygehusfeltets omstillingsprocesser, beskæftiger sig med kulturel inertie. Fænomenet beskrives dels som professionsmagt og vedligeholdelse af denne (Freidson 1986), kulturel gruppering i organisationen (Eriksen og Ulrichsen 1991) og strukturel fagbestemt gruppering (Mintzberg 1977)” (Bentsen 1999:238).

Her er der som sagt ikke tale om en styrende sygekulturs kultur – det vil sige organisationskultur i gængs forstand som en fælles kultur for hele sygekultursorganisationen. Det, der derimod ofte er tale om, er forskellige sygekultursprofessioners kulturer og deres indflydelse på sygekultursene.

Der er i teorier om og studier af organisationskultur en tendens til, at professionelle grupper, afdelinger eller organisationer ses som havende hver deres essentielle, unikke, stabile, svært foranderlige kulturer, der ikke ændres afgørende i mødet med 'andre'. De kan højst forstærkes i deres eget selvstændige udtryk. Med mindre magtkonstellationen fører til tilpasning gennem kolonisation, hvorved den ene 'kultur' får mere plads på bekostning af den anden.

Dette har den afledte konsekvens, at det er svært at forstå forandring i et organisationskulturperspektiv. Det har også den afledte konsekvens, at brugen af organisationskulturbegrebet så at sige tenderer mod at sylte os ind i en forståelse af organisationskulturer som fastfrosne størrelser. Dette er i udbredt grad en forståelse, der har haft en afsmittende effekt på måder at tale om kultur på i sygekultursfeltet.

Det samlede resultat bliver, at kulturforståelse så at sige bliver buret inde i nogle klassiske kategoriseringer, der ikke synes at lade meget rum tilbage for dynamiske processer. Forklaringskraften består derimod i at forklare, hvorfor ting som udgangspunkt ikke ændrer sig, eller har svært ved at ændre sig, eller endelig hvorfor de ændrer sig, men alligevel er som de var før.

Iklædt disse måder at anskue sygekulturs på, er potentialet for at forholde sig til fremkomsten af nye former for identiteter og kulturer dog selvsagt begrænset. Heroverfor står et sygekultursvæsen under pres, under massive organisatoriske forandringer (fx fremkomsten af nye organiseringer jf. funktionsbærende enheder, fusioner), i krise (Melander 1997) og i eksperimentering med nye roller (jf. centerledelser).

Samtidig er der brud på dette kulturperspektiv i sygekultursorganisationsstudier. Udover de nævnte ansatser i Sue Llewellyns studie har eksempelvis Pauline Leonard i sin artikel '*Playing doctors and nurses?*' (Leonard 2003) skrevet om konkurrerende diskurser om magt, køn og identitet i det nye omorganiserede engelske sygekultursvæsen ud fra et feministisk poststrukturalistisk perspektiv. Hun konkluderer, at der er mange og skiftende identiteter på spil, der mødes i komplekse forhandlingsprocesser, hvor:

”The result is a multiplicity of subject positions and voices within an organization, as well as a diversity of performative responses – between individuals, yes, but also by the same individual, at different moments in time and space.” (Leonard 2003:233).

Denne kulturforståelse er kongruent med fragmenteringsperspektivet inden for organisationskulturstudier, hvor medarbejdere ikke længere anses for at have en essentiel identitet eller tilhøre en essentiel kultur.

Samtidig har professionstilgangen bidraget til en væsentlig forståelse af betydningen af faglig socialisering og de forskellige roller, der kan knytte sig til de respektive faggrupper i en række sammenhænge på sygehuse. Det, at der er forskellige professioner ansat på et sygehus indgår i sygehusenes kontekst, hvor uddannelses-systemer, specialeråd og fagforeninger væves ind og ud af sygehusorganisationen. At være medlem af en profession betyder også, at den enkelte ansatte i det daglige kan trække på erfaringer og italesætte diskurser, der er en del af professionen.

Der er dog i hospitalsorganisationslitteraturen en tendens til at negligere, at der, ud over de nævnte professioner, desuden er andre faggrupper, der arbejder på sygehuse fx social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter, sygehjælpere, plejere, ergoterapeuter, lægesekretærer, sekretærer, radiografer, jordemødre, rengøringspersonale, portører, laboranter, beskæftigelsesterapeuter, diætister osv. Med det stærke fokus på læger, sygeplejersker og djøfere gøres andre grupper og deres betydning tavse. Undtagelser fra denne tendens er fx Stephen Barleys studie af organisationskulturer og roller i relation til en radiologisk afdeling på et hospital (Barley 1986), Debra Meyersons studie af kulturel flertydighed i relation til socialarbejdere på hospitaler (Meyerson 1994), Lotte Alsterdals studie af blandt andre sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter (Alsterdal 1999), Liz Harts deltagerobservationsstudie af rengøringsassistenter (Hart 1991) og Caroline Waks studie af fysioterapeuters arbejde (Waks 1999; Waks 2003; Waks 2004).

2.6 Studiet af arbejdet på sygehuse

“History tells us that technology, organisation and work co-evolve” (Barley 1996:404). Ikke desto mindre har der i den traditionelle professionssociologi og i megen organisationsteori siden 1960’erne været en tendens til at ‘black boxe’ det

arbejde, der finder sted i organisationer, og herunder også det arbejde, professionerne udfører (Abbott 1988:18). Arbejdets detaljer udviskes dermed i takt med, at beskrivelser af, hvordan folk tænker og handler i organisationer, aggregeres (Van Maanen & Barley 1984:288). Dette betyder, at megen af denne litteratur kun kan give et begrænset indblik i det arbejde, der udføres i det daglige i organisationer (og dermed også det identitets- og kulturarbejde der udføres). Abbott advokerer derfor for i højere grad at se på *'work practices'* (Abbott 1988). De symbolske interaktionister havde det udgangspunkt, at professionelle ikke kunne studeres uden indgående observationsstudier af deres hverdagspraksisser. De gjorde derfor omvendt den traditionelle professionssociologi det, at de studerede hverdagslivet i organisationer. Det vil blandt andet sige dag til dag rutiner, interaktionen mellem de professionelle og interaktionen med andre faggrupper. Herunder hvordan disse interaktioner bidrog til skabelsen af arbejdspraksisser og identiteter (Jespersen 2005b:66). Udgangspunktet var her, at der var tale om en relationel proces, hvor der fandt en gensidig konstituering sted. Freidson betragtede således den arbejdsdeling, der fandt sted på sygehuse som en social interaktionsproces, hvor grænse- dragningerne ikke var givet på forhånd. Men hvor deltagerne kontinuerligt var engagerede i at definere, etablere, opretholde og forny deres arbejdsopgaver og deres relationer til hinanden (Freidson 1994:58 i Waks 2003:23). Abbott viste med sit jurisdiktion begreb, hvordan forskellige professioner blandt andet gennem konkurrence gensidigt påvirker hinandens udvikling (Abbott 1988).

John Van Maanen og Stephen Barley har inden for det heterogene organisationskultur felt også argumenteret for at studere arbejdet, der udføres af professionelle (Barley 1996; Barley & Kunda 2001; Van Maanen & Barley 1984).

I Skandinaviske sygehusstudier er der i de seneste år kommet en nyorientering mod arbejdet, der udføres af de professionelle på sygehusene. Caroline Waks har således i ph.d. afhandlingen *Arbetsorganisering och professionella gränsdragningar. Sjukgymnasters samarbete och arbetets mångfald* skrevet om fysioterapeuters arbejde og deres arbejdsdeling med andre grupper som en kontinuerlig proces (Waks 2003). I Danmark har Sidsel Vinge skrevet ph.d. afhandlingen *Organisering og Reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse* (Vinge 2003), der udover en analyse af de medicinske centre i HS indeholder en beskrivende analyse af infrastrukturen i sygehuslægers daglige arbejde. Sidsel Vinge viser således, hvordan der er i praksis er tale om en arbejdsinfrastruktur, der (re)producerer fragmenteret og maskinbureaukratisk arbejde. Afhandlingen er blandt andet inspireret af

den amerikanske pragmatisme, der var en forløber for den symbolske interaktionisme. Signe Svenningsen skrev samme år i sin ph.d. afhandling *Electronic Patient Records and Medical Practice. Reorganization of Roles, Responsibilities, and Risks* (Svenningsen 2003; Svenningsen 2004) om måder den elektroniske patientjournal indgår i det daglige arbejde på, og hvilke forudsete og uforudsete ændringer, dette medfører.

I Danmark udkom i 2004 ydermere bogen *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet* (Vikkelsø & Vinge 2004). Bogens forfattere argumenterer for at "udforske dagligdagens aktiviteter" og for at gøre dette "konkret, vedholdende og detaljeret" (ibid s. 17) for derigennem at komme videre end til de mere glatte og stereotype billeder af hvem lægen, sygeplejersken osv. er, og hvad de laver, når de er på arbejde på sygehuset. Med disse udgivelser er der dermed kommet et øget fokus på det konkrete arbejde, der udføres på sygehuse.

Stadig er fx det arbejde patienter gør et næsten ustuderet område inden for organisationsstudier i såvel Danmark som i udlandet (en undtagelse er Strauss et al. 1997:191-209). Et andet understuderet område er det arbejde og de koordinerende processer, der finder sted mellem sygehuse og almen praksis og mellem sygehuse og hjemmeplejen. Der findes dog væsentlige undtagelser herfra se fx (Alban et al. 1988; Pedersen 1999; Pedersen 2000; Seemann 1996; Seemann 1997; Seemann 1999; Seemann 2003; Seemann & Antoft 2002).

Denne udvikling mod studiet af det arbejde, der udføres, har været central i arbejdet med denne afhandling, der netop søger at sætte fokus på kultur og identitetsarbejde.

I næste kapitel diskuteres litteraturens billeder af sygehuskulturer i metateoretisk perspektiv. Det diskuteres, hvad der ofte er kulturstudiets objekt og der arbejdes frem imod, hvilke organisationskulturteoretiske perspektiver der har inspireret afhandlingen. Desuden diskuteres sammenhængen mellem begreberne kultur og identitet.

3. KULTURSTUDIETS OBJEKT - EN GRUNDLÆGGENDE UDFORDRING

I forrige kapitel er der blevet præsenteret en række måder at studere 'kultur' i sygehusorganisationer på. Hovedparten af måderne kan ses som udgørende enten et integrationsperspektiv på kultur (de mere funktionalistiske professionsstudier) eller et differentieringsperspektiv på kultur (den nyinstitutionelle litteratur). Dette betyder dog ikke, at det inden for de forskellige perspektiver er de samme 'ting', der studeres på de samme måder.

Første problem med at studere 'organisationskultur' er, at det ikke er muligt at se, røre eller læse sig frem til en såkaldt 'organisationskultur'. Den står ikke på et bord som fx en computer. Den bærer intet navneskilt og den består ikke af ord, ledelsen har skrevet ned. Der er altså tale om et 'fænomen', vi alle tror, vi kender til, men som kræver såvel teoretisk dekodning som empirisk udforskning for at forstå, hvad vi egentligt taler om. Dette leder os dog frem til et andet problem. For der er ikke teoretisk enighed om, hvad organisationskultur 'er', eller hvordan 'det' bør studeres.

Der findes inden for organisationsteorien så mange forskellige definitioner på og fortolkninger af, hvad organisationskultur 'er', og hvordan organisationskultur kan studeres, at der er tale om et *morads* (Archer 1996) og et rent *begrebsligt kaos* (Martin 1992). Martin og Frost skrev i 1996, at der ligefrem var tale om en kulturkrig, hvor der kæmpedes om, hvilket perspektiv, der burde være det dominerende (Martin & Frost 1996). Eero Vaara taler om, at der er en væsentlig demarkation mellem studier med henholdsvis et *realist perspective* og et *social constructionist perspective* (Vaara 2000). For et overblik over begrebet se eksempelvis (Alvesson 2002; Archer 1996; Czarniawska-Joerges 1992; Martin 1992; Martin 2002; Parker 2000; Schultz 1990; Schultz 1995).

Organisationskulturstudiet af i dag har den grundlæggende udfordring, at det ikke er entydigt, hvad det er, der bør være studiets 'objekt'.

"Gone is the belief that we all understand the same 'thing' when talking about organizational culture. Gone is also the belief that cultural management is a 'quick fix' to organizational problems. Whatever exhilaration and enthusiasm is left probably rests on the belief that organizational culture nonetheless is 'real' and somehow has 'real behavioral consequences'." (Kreiner 1989:64).

Organisationskultur er således ikke noget, der entydigt 'er' som et sammenhængende system, eller noget nogle 'har'. Samtidig er der, som citatet antyder, tale om, at 'fænomenet' har virkelige empiriske konsekvenser. Og dermed også i en eller anden forstand må studeres som virkeligt, fordi 'organisationskultur' bliver virkelig i sin anvendelse. Jævnfør Thomas teoremet:

"If men define situations as real, they are real in their consequences"
(Thomas 1931:50) i (Gubrium & Holstein 1997:114).

Den amerikanske organisationskulturforsker Joanne Martin (Martin 2002) har udarbejdet en liste over, hvad det typisk er, der udforskes, når en organisationsforsker hævder at studere 'kultur'. Hun peger på:

- Rituals
- Organizational stories and scripts
- Jargon (technical and emotional)
- Humor
- Physical arrangements: Architecture, decor and dress

Fælles for punkterne på listen er, at de repræsenterer konkretiserede elementer af det daglige liv i en organisation. Elementer der er anderledes end finansiering, regnskab, økonomistyring, ledelsesstruktur og organisationsdiagrammer for at nævne nogle eksempler. På Martins liste indgår hverken begreber som værdier, grundlæggende antagelser eller mening. Det må derfor forudsættes, at der er tale om, hvordan kultur typisk studeres inden for, hvad Schein kaldte de analytisk deskriptive studier (Schein 1991b). Den svenske organisationskulturforsker Mats Alvesson peger på, at begrebet anvendes meget forskelligt fx til studiet af *collectively shared forms of* (Alvesson 2002:3):

- Ideas and cognition
- Symbols and meanings
- Values and ideologies
- Rules and norms
- Emotions and expressiveness
- The collective unconscious
- Behaviour patterns
- Structures and practices

Spørgsmålet om kulturstudier som studiet af mening afgrænser ifølge Mats Alvesson kulturstudier fra studier af social struktur.

”As Geertz (Geertz 1973:145) states, culture is the creation of meaning through which human beings interpret their experiences and guide their actions, while social structure is the form which action takes or the network of social relationships which actually exists. (Alvesson 2002:5).

Alvesson konkluderer heraf:

”This means that culture and social structure represent different abstractions of the same phenomenon. Culture describes social action as depending on the meaning it has for those involved, while social structure describes social action from the point of view of its consequences on the functioning of the social system...Studying the cultural therefore is not the same as studying social structure. A significant problem of much writing under the rubrik of culture is that it lacks sufficient focus and depth in the exploration of meaning and symbolism; instead it drifts to a more 'superficial' study of social patterns: structures, behaviours and relations.” (Alvesson 2002:5).

Sociale mønstre, relationer, strukturer og adfærd er altså centrale at studere for at udlede en organisationskultur, men studiet af sådanne fænomener udgør ikke i sig selv et studie af kultur, da:

”Culture research concentrates on meanings anchored and transmitted in a symbolic form.” (Alvesson 2002:5).

Alvesson advokerer derfor for ikke at bruge begrebet kultur i studier, der blot udleder sociale mønstre – og ikke de meninger og ideer der ligger bag de sociale mønstre. (Alvesson 2002:3). På denne vis kommer hans kulturbegreb tæt på den klassiske antropologiske måde at studere kultur på som en *analytisk implikation*, hvor det også er de underliggende betydninger, der analyseres frem – det der ligger *bag handlinger* (Haugen 1986). Ligesom i antropologien går vejen til de underliggende betydninger gennem studiet af hverdagsliv og events, om end Alvesson bruger anderledes og mere organisationsteoretisk inspirerede begreber såsom management, kontrol og magt. Fokus ligger altså på andre typer af relationer, men målet er det samme: at udlede kulturen, som er de underliggende betydninger. Samtidig *castes* en række andre former for kulturstudier (fx dem der kun studerer diskurser, humor osv.), som blot studerende overfladefænomener.

Begrebet organisationskultur og dets anvendelsesmuligheder spænder således på den ene side vidt og undergår samtidig i disse år en dekonstruktion. En udfordring ved at arbejde ud fra et kulturperspektiv i relation til sygehuse har derfor været, at der på den ene side er meget lidt enighed blandt forskersamfund om, hvad organisationskultur 'er'. På den anden side er der tale om et understuderet område, når man bevæger sig væk fra en tankegang om, at professionerne automatisk udgør organisationskulturer. Problemet med at sætte lighedstegn mellem professioner og kulturer og kultur og organisation er nemlig dels, at der sættes for meget fokus på kulturers stabilitet og unikke karakter og at betydningen af fælles lokaliteter overfortolkes (Martin 2002:319). Dels at 'kulturer' reificeres.

Set i lyset af at kultur i den empiriske hospitalskontekst anses for at være en central barriere, kan det anses for problematisk, at der ikke er klarhed om, hvad kultur er. Ikke desto mindre kan dette anskues anderledes set ud fra et organisationsteoretisk synspunkt. Her er der nemlig heller ikke enighed om, hvordan begrebet organisation bør defineres (Morgan 1997) eller identitet i organisationer (Albert 1998). 'Manglen' på klare definitioner kan dermed ses som en væsentlig præmis for organisationsforskning snarere end som udgørende et problem. De mange forskellige definitioner kan således anses for at bidrage til en forskningsmæssig frugtbarhed (Albert 1998:3). Problemet opstår således først, hvis intentionen er at udlede eller måle en kultur eller en identitet og eventuelt foretage sammenlignelige studier. Ifølge Stuart Albert giver det mest mening at definere disse begreber som et retrospektivt udkomme af den empiriske udforskning (Albert 1998:3) og i stedet lade forskningsprocessen være styret af løsere arbejdsdefinitioner. Det vil si-

ge definitioner, der angiver retning og forskningsstrategisk formål snarere end at angive en helt konkret lokation (Albert 1998:7).

3.1 Kultur som integration, differentiering eller fragmentering?

Ligesom der findes mange måder, hvorpå organisationskultur studeres, findes der også forskellige klassifikationer af kulturstudier. Kultur kan således ses enten som metafor eller som variabel (Smircich 1983), studier af organisationskultur kan være funktionalistiske eller symbolske (Schultz 1990), *realist* eller social konstruktivistiske (Vaara 2000), etnografiske eller kliniske (Czarniawska-Joerges 1992; Schein 1994) og studier kan være kvalitative jf. etnografi samt analytisk deskriptive studier eller de kan være kvantitative jf. Hofsteedes surveystudier se fx (Schein 1991b). De kan være *emic* eller *etic* studier; om forskellen på at studere kultur som *insider* og som *outsider* se fx (Dahler-Larsen 1997) og kulturdefinitioner kan være henholdsvis ostensive eller performative (Czarniawska-Joerges 1991). En distinktion Barbara Czarniawska-Joerges har lånt fra Bruno Latour (Latour 1986 i Czarniawska-Joerges 1991), hvor ostensive definitioner antager, at det i princippet er muligt at afdække kendetegn for en given kultur, om end der kan være problemer forbundet hermed i praksis. Performative definitioner indrømmer derimod, at det i princippet er umuligt at beskrive kendetegnene for en given kultur, om end det i praksis er muligt at beskrive en kultur ved at lægge sig op ad aktørers egne beskrivelser (Czarniawska-Joerges 1991:286).

Forskning i organisationskultur spænder bredt og er varieret. Og det ville derfor ikke være muligt inden for rammerne af denne afhandling at give en udtømmende redegørelse for feltet som sådan – hvis man kan tale om et felt.

I 1987 udkom de amerikanske organisationskulturforskere Debra Meyerson og Joanne Martin med en artikel, hvori de opdelte organisationskulturstudier i tre forskellige perspektiver: Integration, differentiering og flertydighed (Meyerson & Martin 1987). Sidstnævnte perspektiv blev senere omdøbt til fragmentering og Joanne Martin har elaboreret på perspektiverne i to centrale værker inden for organisationskulturforskningen (Martin 1992; Martin 2002). Martin og Meyersons opdeling i tre perspektiver har haft en udbredt betydning inden for organisations-

kultur studier. Flere studier positionerer sig således som tilhørende et af perspektiverne, eller som udgørende et multi framework, hvor flere af de tre perspektiver bringes i spil som supplerende hinanden (Enckell 1998; Frost et al. 1991; Martin 1992; Martin 2002; Sackman 1997; Ybema 1996).

Integration, differentiering og fragmentering kan derudover ses som mulige måder at anskue processer i forbindelse med fusioner på. I det følgende gennemgås de tre perspektiver og deres relevans for studiet af organisationskultur i relation til hospitaler.

3.2 Integrationsperspektivets betydning

En typisk definition af kultur inden for integrationsperspektivet kunne være:

“Culture...is a pattern of beliefs and expectations shared by the organisation’s members. These beliefs and expectations produce norms that powerfully shape the behaviour of individuals and groups in the organisation”. (Schwartz & Davis 1981:33) i (Brown 1998).

Inden for integrationsperspektivet er kultur noget, der knytter sig til en hel organisation. Kultur er noget organisationen *har*. Perspektivet er inspireret af den klassiske antropologi og anser kulturer for at være stabile mønstre, der er unikke for specifikke nationer, organisationer eller til dels subgrupper. Kultur er altså som i den klassiske antropologi noget fælles, afgrænset og homogent (Liep & Olwig 1994:8). Kulturen er så at sige en uskreven grammatik, hvor alle kulturens medlemmer kender reglerne og følgelig, hvilke handlemuligheder de har. Hver en udfoldelse bliver en del af et større mønster, hvor alle dele passer sammen og kan fortolkes i relation til hinanden – *pars pro toto*. Fælles for definitioner på organisationskultur inden for integrationstankegangen er, at det er de fælles klassifikationskemaer individer deler, eller de fælles betydninger (Dahler-Larsen 1993), der er helt centrale. Der er altså tale om noget, der er fælles, og dette relaterer sig til måden at forstå verden på og handle derefter. Organisationskulturen kan modvirke usikkerhed og være med til at skabe en Vi-følelse samt konsensus på tværs af enheder. Inden for integrationsperspektivet ses organisationskulturen som havende

en væsentlig funktion²², idet kulturen udgør den lim, der holder sammen på organisationen og sikrer en form for forudsigelighed og gentagne handlinger over tid. Mere præcist hvad det er, der deles, er der dog varierede bud på. Det fælles kan fx være *beliefs and values* (Davis) eller *shared patterns of meaning, values, beliefs, and expectations* (Siehl & Martin), eller *shared understandings* (Sathe), eller *basic assumptions* (Schein) eller *communication rules* (Schall) (Martin 1992).

Et eksempel herpå er Edgar H. Scheins kulturforståelse, hvor artefakter, værdier og antagelser hænger sammen i en homogen kultur, hvor tre forskellige niveauer samlet set siger noget om et hele. Og hvor de grundlæggende antagelser – som ifølge Schein er uerkendte – ubevidst påvirker en kulturs værdier og artefakter. I denne tankegang er det forskerens (eller konsulentens i det kliniske kulturstudie) opgave at afdække de grundlæggende antagelser – det der ligger under. Med denne afdækning mener Schein, at der kan frembringes erkendelser, der kan være med til at ændre kulturen.

Essensen af perspektivet medfører ifølge Schein, der nok er den mest kendte proponent for perspektivet, at der på områder, hvor der ikke er fælles betydninger og konsensus, ikke er tale om tilstedeværelsen af en kultur (Martin 1992:53):

”What this models says, however, is that only what is shared is, by definition, cultural. It does not make sense, therefore, to think about high or low consensus cultures, or cultures of ambiguity or conflict. If there is no consensus or if there is conflict or if things are ambiguous, then, by definition, that group does not have a culture with regard to those things.”

I integrationsperspektivet er det et mål, at kultur er konsistent og præget af harmoni. Når kultur studeres ud fra et integrationsperspektiv er det som oftest ledelsens værdier og deres påvirkning af kultur, der er i fokus. Netop denne opfattelse af kultur må siges at have haft en gennemslagskraft i mange virksomheder, blandt managementkonsulenter og også i sygehusfeltet. Integrationsperspektivet deler således en række grundlæggende opfattelser om kultur og kultur som ledelsesinstrument med fx management litteratur om virksomhedskultur – også kaldet Corporate Culture.

²² Der er ofte tale om funktionalistiske studier, der antager, at alt i en organisation i princippet har en funktion i forhold til et højere mål.

Samtidig er modellen ifølge mange kritikere for simpel, fordi den dels forudsætter, at kultur skabes af en 'founding father' og at der er en analyserbar og indlysende sammenhæng mellem artefakter, værdier og grundlæggende antagelser, dels ligesom i andre integrationsstudier forudsætter, at kultur er udtryk for et unikt, homogent og stabilt fællesskab. Perspektivet bygger altså på antagelser, der i forhold til studiet af hospitaler kan problematiseres blandt andet fordi:

- Kulturenheder såsom en organisation tages for givet.
- De aktiviteter folk går ind i, deres grundlæggende antagelser, de artefakter de omgiver sig med og de værdier de måtte give udtryk for ikke nødvendigvis udgør et stabilt hele, men snarere peger i mange retninger. (jf Mols diskussion af funktionalisme, Mol 2002:5).
- Hospitaler er i Scheins forstand ikke en kultur. Der er sjældent en 'founding father', som er centralt i Scheins perspektiv (Darmer 2001; Schein 1991a; Schein 1994).
- Hospitaler er alt for komplekse og uhomogene.

Ifølge Juha Kinnunen har de funktionalistiske studier af sygehuse også tabt terræn, fordi de ikke har kunnet forklare, hvorfor nogle organisationer i sundhedsvæsenet er mere effektive end andre og hvorfor det er så svært at ændre organisationerne (Kinnunen 1990:65). Selv har Kinnunen derfor valgt at fusionere Scheins funktionalistiske perspektiv med Hofstedes værdikategorier og subkulturbegrebet. Sygeplejersker, læger og administratorer defineres her som udgørende tre subkulturer. Analysen ligger dog stadig inden for den funktionalistiske del af integrationsperspektivet i og med, at det handler om at afdække, hvilke skjulte normer, værdier og grundlæggende antagelser der ligger bag de på forhånd udpegede subkulturer.

Set med integrationsbriller bliver det kulturelt differentierede sygehus et problem og ifølge den gængse litteratur om sygehuse og deres kulturer, så er der med sygehuse tale om stærkt differentierede og derfor problematiske organisationer.

3.2.1 Integrationsperspektivets betydning for fusioner

Den måde fusioner og sammenlægninger som oftest har været studeret på har dels ligget inden for et integrationsperspektiv og har haft fokus på gennem integrationsprocesser at skabe homogene kulturer (Risberg 2003). I studiet af fusioner er

det således ofte integration eller manglen på samme, der er i fokus. Paul Shrivastava (Shrivastava 1986 i Pedersen 1998) skelner mellem tre former for integration i en fusionssammenhæng:

Proceduremæssig integration af regnskabs- og økonomisystemer, planlægnings- og kontrolsystemer, personale- og kundepolitikker mv.

Fysisk integration af bygninger, produktlinier, teknologier, produktions-faciliteter og udstyr.

Socio-kulturel integration ved overførsel og blanding af ledere og medarbejdere, opbygning af fælles ledelsesstil, fælles identitet, normer og værdier.

Sidstnævnte integration af den menneskelige faktor anser Shrivastava for at være den mest komplicerede og denne form for integration tager ifølge Shrivastava lang tid at opnå – og muligvis finder denne form for integration slet ikke sted, da der ofte kan forekomme massiv modstand mod forandring fra medarbejdernes side (Shrivastava 1986 i Pedersen 1998:62). I denne optik kan differentiering ses som manglen på integration.

Dels har der i hovedparten af litteraturen været et ledelsesperspektiv på fusioner (Barner-Rasmussen et al. 2003; Vaara 2002; Vaara 1999; Vaara et al. 2003:4). Et ledelsesperspektiv der også har været i tråd med integrationsperspektivet.

Centralt i ledelsesperspektivet har blandt andet været ideen om, at det potentielt var muligt at forudse og undgå kulturproblemer ved at afdække og beskrive de kulturforskelle, der var imellem de fusionerede virksomheder (Löwstedt et al. 2003). Dette har således været praksis ved en række fusioner.

3.3 Differentieringsperspektivets betydning

En typisk definition af kultur inden for differentieringsperspektivet kunne være:

“A set of understandings or meanings shared by a group of people. The meanings are largely tacit among members, are clearly relevant to the particular group. The meanings are passed on to new group members.”
(Louis 1980 i Brown 1998).

Ud fra en differentieringsoptik på organisationskultur åbner det op for muligheden af at se kultur i organisationer som noget, der relaterer sig til forskellige grupper med forskellige kulturer. Disse forskellige kulturer kaldes eksempelvis for subkulturer. Inden for differentieringsperspektivet ses kultur nemlig ikke som noget, der deles af en hel organisation, men af grupper inden for organisationen. Disse grupper kan have meget forskellige perspektiver på den samlede organisation og kan både samarbejde med og modarbejde hinanden. De amerikanske organisationsforskere John Van Maanen og Steven Barley er blandt andre eksponenter for tilgangen. Van Maanen og Stephen Barley har således sammen skrevet to centrale tekster inden for differentieringsperspektivet på organisationskultur: "*Occupational Communities: Culture and Control in Organizations*" (Van Maanen & Barley 1984) og "*Cultural Organization. Fragments of a Theory*" (Van Maanen & Barley 1985). Hver for sig har de derudover forfattet en række arbejder om organisationskultur såsom Barley's studie af en røntgen afdeling (Barley 1986), studiet af semiotik i en begravelsesforretning (Barley 1983) og Van Maanen's studie af arbejde i Disneyland (Van Maanen 1991).

I artiklen *Occupational communities. Culture and Control in Organizations* lancerede de en kritik af det traditionelle professionsbegreb inden for professionssociologien (Waks 2003:29). Ud over at advokere for at studere 'arbejde', advokerede de også for at studere *occupational communities* (arbejdsfællesskaber) i stedet for professioner. Van Maanen og Barley mener, at grænserne om et arbejdsfællesskab dels hænger sammen med det arbejde der udføres og arbejdets kontekster, dels defineres grænserne af medlemmerne selv. Ifølge John Van Maanen og Stephen Barley er lakmusprøven for, hvorvidt der er tale om en kultur og en fælles identitet, om der er en "*consciousness of kind*" og en "*consciousness of difference*" tilstede²³. Det vil sige en klar bevidsthed i en gruppe om, at der er en lighed mellem medlemmerne af gruppen og en klar bevidsthed om, at de er anderledes end andre grupper, de sammenholder sig med. Men det er i udgangspunktet gruppen selv, der skal definere sig som en gruppe og skal agere som en gruppe. En vigtig pointe er også her, at det arbejde en gruppe udfører og betingelserne for arbejdet er med til at definere gruppens identitet - hvem gruppen er – og dermed også gruppens kultur. Og at det at dele et territorium, have en ens baggrund, fælles interesser eller tilhøre en profession i sig selv i udgangspunktet ikke er nok til at have en fælles

²³ I forlængelse af arbejder af den klassiske tyske sociolog Max Weber (Weber 1968) og en senere videreudvikling af Gusfield (Gusfield 1975) ser de begreberne "*consciousness of kind*" og "*consciousness of difference*" som værende centrale i denne grænsedragning.

identitet. Van Maanen og Barley læner sig hermed op af Gusfield's kritik af fællesskab begrebet (Gusfield 1975 i van Maanen & Barley 1984), hvori han argumenterer imod at tilskrive fællesskaber på baggrund af synlige kendetegn alene (Van Maanen & Barley 1984:295). Van Maanen og Barley's fællesskabs begreb lægger sig således også op ad selv kategoriseringsteorien som repræsenteret ved Tajfel og Turner²⁴ (se fx Turner 1987b).

”Self-categorization plays an indispensable role in the concept of collective identity...it means...that identity cannot be imposed or determined solely from an external viewpoint.” (Dahler-Larsen 1997:372).

Det er centralt i dette perspektiv, at fornemmelsen af at være anderledes og forskellige fra nogle andre er en del af udviklingen af en fælles identitet. Dette er byggende på Max Weber (Weber 1968:42-43 i Van Maanen & Barley 1984), fordi *consciousness of kind* kun fremkommer strukturelt i sammenhæng med *consciousness of difference* (Van Maanen & Barley 1984:300). At tilskrive kultur forudsætter ikke blot, at medlemmerne deler *common bonds* men også at dette fælles identificeres ved at kontrastere sig i forhold til et eller andre *collective* (Van Maanen & Barley 1985:32). Her bygger Van Maanen og Barley igen på Tajfel og Turners social identity teori og deres begreb: meta-contrast:

“According to social identity theory emergent group formation is hypothesized to follow the meta-contrast principle: That any collection of individuals in a given setting is more likely to categorize themselves as a group (become a psychological group) to the degree that the subjectively perceived differences between them are less than the differences perceived between them and other people (psychologically) present in the setting (i.e., as the ratio of intergroup to intragroup differences increases)” (Turner 1987b:51).

Det antages, at der i den daglige praksis finder en konstituering sted af, hvem man selv/ens gruppe er og hvem ”de andre” er. I Barley og Van Maanens perspektiv defineres en *occupational community* (senere skriver de om *sub-cultures*) (Van

²⁴ “The self-categorization analysis reconceptualizes the social group in predominantly cognitive terms as a ‘collection of individuals who perceive themselves to be members of the same social category’ (Tajfel & Turner 1986:15) individuals who define, describe and evaluate themselves in terms of the social category and apply the ingroup’s norms of conduct to themselves. The group is cognitively represented within the mind of the individual member and in this sense exists as a social identification.” (Turner 1987b:101).

Maanen & Barley 1985) således som et fællesskab baseret på en gruppe, der opfatter sig som udførende den samme type arbejde.

”We define an occupational community as a group of people who consider themselves to be engaged in the same sort of work; whose identity is drawn from the work; who share with one another a set of values, norms and perspectives that apply to but extend beyond work related matters; and whose social relationships meld work and leisure. (Van Maanen & Barley 1984:287).

De ser som beskrevet fremkomsten af forskellige kulturer i organisationer som nært sammenhængende med, hvad folk foretager sig i organisationer, hvem de foretager sig det med og hvor de foretager sig det. Der er tale om et perspektiv, der til dels kan kategoriseres som et praksis perspektiv²⁵ samtidig med at der er fokus på mentalt kategoriseringsarbejde. Van Maanen og Barley beskriver forskellige forhold, der kan være med til, at en gruppe udvikler en særegen identitet. Disse er fx fare, skæve arbejdstider og social interaktion uden for arbejdstiden. Deres force ligger primært i beskrivelsen af arbejdsrelaterede fællesskabers særegne karakteristika og mindre i beskrivelsen af, hvordan sådanne fællesskaber bliver til, reproduceres og ændres. De har dog et bud på årsagen til, at arbejdsfællesskaber bliver til:

”We suggest that the quest for occupational self control provides the special motive for the development of occupational communities...We also suggest that the professions, when appropriately unpacked by speciality and interest, are best viewed as occupational communities and that they differ from other lines of work (and each other) only by virtue of the relative autonomy each is able to sustain.” (Van Maanen & Barley 1984:287).

²⁵ Ifølge Schatzki kan ‘the practice approach’ demarkeres som alle analyser, der enten udvikler en redegørelse af praksisser eller behandler ‘the field of practices’ som stedet at studere ‘the nature and transformation of their subject matter’ (Schatzki 2001:2). Ifølge Lamont og Wuthnow (Lamont & Wuthnow 1990:294) er der inden for den sociologiske kulturtænkning opstået en opsplitning mellem på den ene side studier af kultur som kognitive mønstre i form af klassifikationssystemer og symbolske koder som rationalitetsformer *within formal systems of knowledge*, og på den anden side studier af kultur som udspringende af praksis i form af erfaringsbaseret mening *the lived experience of the individual*. De to forskellige måder at anskue kultur på kan tildels henføres til henholdsvis den europæiske og den amerikanske forskningstradition. Den amerikanske praksistradition har bl.a. rødder i pragmatismen og den symbolske interaktionisme (Lamont & Wuthnow 1990:289).

Kontrol over udførelse af eget arbejde privilegeres her til at være hoveddynamikken bag udviklingen af arbejdssfællesskaber (*occupational communities*).

Idet sygehuset ikke traditionelt er blevet opfattet som organisationer med en organisationskultur, men snarere som et professionelt bureaukrati (jf. Mintzberg 1979) eller som arenaer for forskellige professioners arbejde (Brunsson & Sahlin-Andersson 1998) og dermed professionerne som selvstændige kulturer, kan måden at se professionerne på som underopdelte i subkulturer ses som værende del af en differentieringstankegang eller et differentierings perspektiv på kultur. Således er både læger og sygeplejersker dels set som udgørende subkulturer, dels set som indeholdende subkulturer. I lægernes tilfælde i forhold til deres speciale. Sygeplejersker har også været set som differentierende sig i forhold til deres placering i det temporære system og i forhold til alder, idet professionaliseringer har været set som medførende en splittelse mellem de yngre og ældre sygeplejersker, der ses som havende meget forskellige opfattelser af deres fagidentiteter (Andersen et al. 2004; Kupferberg 1999). Der er også peget på forskelle mellem faste natsygeplejersker og sygeplejersker der primært arbejder om dagen (Brooks & MacDonald 2000; Zerubavel 1979). Morten Knudsen har derudover peget på, at differentiering i sundhedsvæsenet anvendes til at søge at håndtere den stigende kompleksitet (Knudsen 2004:16).

Autonomi og kontrol har specielt været et emne inden for differentieringsperspektivet på organisationskultur. Inden for differentieringsperspektivet er forskelle subkulturer og andre dele af organisationen imellem, deres indbyrdes magtpositioner og interessekonflikter et væsentligt fokus. I modsætning til integrationsperspektivet er det her ikke konsistens, der er i søgelyset, men inkonsistens.

Der er ifølge Joanne Martin specielt fokus på tre former for inkonsistens, henholdsvis den handlingsmæssige, den symbolske og den ideologiske (Martin 1992:85). Handlingsmæssig inkonsistens optræder fx, når der er forskel på redegørelser for, hvordan vi officielt gør her og hvordan praksis viser, vi gør. Symbolsk inkonsistens optræder fx, når der er forskel på en officiel organisationspolitik eller en officiel organisationshistorie og den måde medarbejdergrupper taler om samme politik eller udlægger samme historie på. Endelig optræder der ideologisk inkonsistens, når fx udtrykte værdier kommer til at stå i modstrid med hinanden. For eksempel en værdi om at fremme innovation ved risikovillighed og en værdi om at fremme jobsikkerhed. Ideologiske inkonsistenser kan både være intentionelle – være tiltænkt en rolle som røgslør over tiltag, der for medarbejdere kan virke risi-

kofyldte eller inhumane eller blot være et udtryk for at lederes handlinger indgår i *constrained situations* (Martin 1992:85-88). Samlet set kan studiet af inkonsistenser bringe lys over forhold og modsætninger, der officielt kan virke mørkelagte eller nogle gange ligefrem illegitime i organisationer (se fx Kreiner 1989; Kunda 1992; Van Maanen 1991), men som har en afgørende betydning for måden medarbejdergrupper relaterer sig til deres arbejde på.

”Analysis of inconsistencies in the interpretation of cultural forms, such as stories, rituals, and jargon, often reveals an ‘underbelly’ of conflict that is not acknowledged in managerial rhetoric that stresses teamwork, harmony, egalitarianism, or cooperation.” (Martin 1992:87).

Integrations- og differentieringsperspektiverne ligner ifølge Joanne Martin (Martin 1992) dog hinanden på to væsentlige punkter: Dels anses kultur for noget, der udgør et komplet system, der deles af alle medlemmer, dels indskriver begge perspektiver sig i en *uniqueness* tankegang. Det vil sige, at kulturer anses for at udvikles lokalt og for at afspejle lokale forhold - og i integrationstankegangen også lokale lederes betydning. Selvom differentieringsperspektivet på væsentlige punkter bryder med integrationstankegangen og tilbyder en anderledes og ofte mere medarbejdercentreret måde at studere kultur på (se fx Kunda 1992; Van Maanen 1991), så anses kultur stadig for at være homogene og stabile størrelser.

”Only when members of a group assign similar meanings to facets of their situation can collectives devise, through interaction, unique responses to problems that later take on trappings of the reule, ritual, and value.” (Van Maanen & Barley 1985:34 i Martin 1992).

Begrebet subkultur er også problematisk. For det første, fordi subkulturer logisk må være underkulturer af en anden og mere overordnet kultur. Begrebet indeholder således en antagelse om et entydigt over- og underordningsforhold. I sygehussammenhænge er det problematisk at gå ud fra en antagelse om, at der er tale om en overordnet fælles kultur på sygehusniveau, og det er som tidligere argumenteret problematisk at gå ud fra, at læger, sygeplejersker og administratorer udgør subkulturer og at sygehuse primært skal forstås med udgangspunkt i søjleopdelingen.

3.4 Fragmenteringsperspektivets udfordringer

Fragmenteringsperspektivet er det seneste skud på stammen inden for organisationskulturstudier men inspirationen hertil kommer blandt andet fra en ældre kilde såsom den fænomenologiske interaktionisme. Det vil sige fra fænomenologien som repræsenteret ved Alfred Schütz og den symbolske interaktionisme som blandt andet udsprang af arbejder af Herbert Mead.

Den fænomenologiske interaktionisme har bidraget på to væsentlige punkter. Dels til ideen om, at individer kan have multiple identiteter, som er central inden for den symbolske interaktionisme (Timmermans 1996:769) og som inden for fænomenologien kan ses som fremkomsten af multiple Vi-typificeringer (Dahler-Larsen 1997). Selvet er for Blumer i tråd hermed en proces – ikke en struktur (Harste & Mortensen 2002:218). Dels har denne tradition inden for professionsstudier bidraget til at fokusere på det arbejde professionerne udfører i organisationer. Den symbolske interaktionistiske tilgang til professionerne er repræsenteret af centrale arbejder af sociologer som Everett Hughes, Howard Becker, Eliot Freidson og senere Andrew Abbott (Jespersen 2005b:66).

En definition på kultur inden for fragmenteringsperspektivet kunne være:

”Culture is a loosely structured and incompletely shared system that emerges dynamically as cultural members experience each other, events, and the organization’s contextual features (anonymous reviewer 1987 i Martin 1992).

Med fragmenteringsperspektivets gennembrud kompliceres studiet af organisationskultur betydeligt. Ikke bare inden for fragmenteringsperspektivet på organisationskultur, men også inden for antropologien, som organisationskulturstudier oprindeligt har søgt inspiration indenfor, har opfattelsen af kultur som homogene enheder i stigende grad været i opbrud. Opfattelsen af, at nationer og organisationer har en kultur, er således i vid udstrækning blevet forladt til fordel for en opfattelse af nationer og organisationer som flerkulturelle og komplekse størrelser. Der tales her ikke om kultur, men om *kulturer*.

”Kultur er i antropologisk forstand hverken nationalstatskultur, finkultur eller populærkultur, men et omdiskuteret begreb, der kredser om, hvorledes mennesker (gen) skaber betydning. Samtidig med at politikere, journalister og repræsentanter for indfødte folk i stigende grad anvender kultur som forklaring på problemer eller legitimering af krav, har antropologer opgivet visionen om verden som en samling enestående og adskilte kulturelle enheder. Begrebet ’kultur’ holdes ud i strakt arm, revurderes og dekonstrueres, og det fremgår nu tydeligt, at betydningen af begrebet har spærret for erkendelser i antropologien.” (Hasse 2002:15).

Inden for antropologien kommer kultur bl.a. til at handle om transnationale processer, kulturelle grænse-landskaber (Mattingly 2007) samt krydspunkter, grænsefelter eller *interfaces*, hvor forskellige rationalitets- eller diskursrum mødes i praksis (Liep & Olwig 1994) og inden for organisationskulturfeltet dyrkes begreber som fragmentering og flertydighed (Martin 1992; Martin 2002). Der er altså tale om et markant brud med tidligere opfattelser af kultur både inden for organisationskulturstudier og inden for antropologien.

Lignende bevægelser kan ses inden for psykologien, hvor identitetsbegrebet har været under opbrud (DiMaggio 1997) samt inden for interkulturelle studier. Inden for fragmenteringsperspektivet ses kulturelle former som ustabile, skiftende og tvetydige. Kulturer er dermed ikke komplette systemer af fx værdier og grundlæggende antagelser, der deles af alle medlemmer, men derimod noget der er præget af flux. Studier af flertydighed anses af Joanne Martin for at være en del af et fragmenteringsperspektiv på kultur. Flertydighed kan defineres som følgende:

“Ambiguity occurs when there is no clear interpretation of a phenomenon or set of events. It is different from uncertainty in that it cannot be clarified by gathering more facts.” (Feldman 1989 i Feldman 1991).

Kendetegnende for mange af de organisationsstudier, som kan ses som tilhørende fragmenteringsperspektivet er, at de ikke definerer begrebet kultur (Martin 1992). En af undtagelserne er den engelske organisationskulturforsker Martin Parkers definition:

”organizational cultures should be seen as ’fragmented unities’ in which members identify themselves as collective at some times and divided at others.” (Parker 2000:1).

Italesættelsen af kulturel fælleshed anses i disse sammenhænge for at være ”kontekstuel og situationel” (jf. Barth 1989 i Liep & Olwig 1999:12). Med det kontekstuelle og situationelle menes, at det er muligt at være deltager i italesættelsen af forskellige kulturelle former og identiteter alt efter situation. En læge kan således i en situation optræde som læge repræsenterende den danske lægestand, i en anden som specialist i kardiologi, i en tredje som økonomi- og ledelsesansvarlig klinikchef og i en fjerde som ham der har kontoret lige ved siden af eller som ham der også dyrker maratonløb i sin fritid.

Ifølge Parker må formuleringer om organisationskultur handle om en proces, hvor der gøres krav på multiple medlemskatskategorier – om ‘Os’ og ‘Dem’ (Parker 2000:87). *Consciousness of kind* og *of difference* kan måske i dette lys ses som en måde at drage multiple grænser på – i forskellige situationer og mellem forskellige aktanter.

”A person identifies with different entities and with different levels of society for different purposes” (Anthony Cohen 1994:93 i Parker 2000:87).

Identiteter forhandles i et fragmenteringsperspektiv altid lokalt og i samspil med andre. Der er tale om et kontinuerligt arbejde med skabe, vedligeholde og ændre identiteter. En måde at indfange dette identitetsarbejde på er ved, som Peter Dahler-Larsen foreslog i sin artikel fra 1997, at se på de Vi og De relationer, der skabes i disse identitetsprocesser – eller Vi-typificeringer som Schütz oprindeligt kaldte dem.

Typificering er den østrigsk-amerikanske fænomenolog Alfred Schütz’ begreb for, hvorledes vi fortolker begivenheder og det vi gør ud fra indlærte forestillinger og begreber, hvormed vi udskiller det som forekommer os relevant (Harste & Mortensen 2002:218). Typifikationer er sagt på en lidt anden måde en form for klassifikationer, hvormed vi fx kan identitetsbestemme andre i identitetstyper (jf. Berger & Luckmann 1966).

”The multiplicity and flexibility of we typifications may be a simple observation, but is it not trivial because so far most of the dominant schools of thought have confined organizational culture to ”shared meanings” and assumptions”. (Dahler-Larsen 1997:379).

Peter Dahler-Larsen taler i sit opgør med tanken om en fælles organisationskultur og en fælles identitet i organisationer om organisatoriske mikroidentiteter og organisationsidentitet som en overfyldt (*crowded*) kategori. Han taler også om identitet som et repertoire af diskursive muligheder (Dahler-Larsen 1997:380) og opfordrer til at gøre det til et empirisk spørgsmål, hvornår nogle definerer sig som et Vi.

”In organisations, however, people speak on behalf of others all the time. It is therefore an interesting empirical question of how and under what circumstances members of an organization we accept, refuse, invent, or reinvent particular we typifications that are claimed to stand for organizational identity as such”. (Dahler-Larsen 1997: 373).

Hvordan vi’er eller fællesskaber tales frem af dem vi’erne tilhører. Man kan således ikke på forhånd kalde fx læger for et kulturelt fællesskab, men bør snarere studere på hvilke måder og i hvilke sammenhænge, de selv definerer sig som værende et Vi.

Det fragmenterede består således i, at det ikke på forhånd er muligt at kategorisere efter fx profession og derudfra forudsige handlinger. De relationer medarbejdere indgår i fx ved face-to-face interaktion kan derimod være kendetegnede af at være flygtige og overfladiske. De mange relationer, komplekse problemstillinger og informationer, som den enkelte kun kan forstå ufuldstændigt, giver nemlig medarbejdere et kognitivt overload (Martin 1992). Samlet set bliver verden i organisationen præget af afstand snarere end nærhed, uklarhed snarere end klarhed, uorden snarere end orden og ukontrollerbarhed snarere end forudsigelighed (Martin 1992). Opfattelsen af de traditionelle kulturelle bastioner bliver dermed løsere, idet den enkelte har et mere løst tilknytningsforhold til forskellige former.

”As such, cultural domains have no independent existence as all-encompassing value systems, but identities need to be called upon, acknowledged as legitimate by others participating in interaction.” (Pettingrew 1979:574 i Henriksson 2000:13).

Med dette perspektiv kommer der øget fokus på kulturers flygtighed og det arbejde, der kan være i at få fx grupper til at hænge sammen. Samtidig kan vi ikke længere forstå samarbejdsproblemer blot ud fra devisen, at der er tale om forskellige eller modstridende værdier og grundlæggende antagelser. Det bliver derimod interessant at se på, hvad det er, der udløser iscenesættelsen af forskelle, hvorfor og

hvordan enheder definerer sig som anderledes end nogle andre og hvorfor forskellene fastholdes. Der er her åbnet op for en myriade af forskellige måder at se på kulturformer som ressourcer, der kan trækkes på. Samtidig kan betingelser for kulturer ses som værende:

- Skrøbelige
- Arbejdskrævende
- Skiftende

Det at italesætte en fælles identitet - eller en fælles kultur – er altså en arbejdsopgave, der kræver omhu, hvis en sådan fælleshed anses for at være væsentlig for trivsel eller eventuelt effektivitet. Når verden er løst koblet (Orton & Weick 1990) og flertydig medfører det nemlig et betydeligt sensemaking arbejde, hvor italesættelsen af hvem er vi? bliver særlig betydningsfuld. Man må således præsentere sig som en der ”ved” hvordan den nye situation og det nye Vi skal fortolkes, og man bruger informationer for at vise, at man ”ved” (Feldman og March 1981 i Dahler-Larsen 1993:254). Så frem for at handle om at afdække eller tegne billedet af en kultur eller kulturer kommer kulturstudiet til at handle om, hvordan *sense-making* finder sted i en kontekst af virkeligheder, der både er forvirrende og flygtige (Kreiner & Schultz 1998:69).

I 1990 skrev Majken Schultz, at i modsætning til det funktionalistiske perspektiv, så var det symbolske perspektiv på organisationskultur hverken teoretisk helstøbt eller empirisk gennemprøvet. Samtidig var det vanskeligt at pege på nogle få teoretiske bidrag eller ”kulturguruer”, der tegnede perspektivet (Schultz 1990:69). Det samme kunne i dag siges om fragmenteringsperspektivet. Fragmenteringsperspektivet kan anses for at være nært beslægtet med mange symbolske perspektiver. Det der dog understreges i fragmenteringsperspektivet er, at der ikke er ét mønster, således som nogle symbolske analyser måske kan tendere til at udlede. Ifølge Schultz – refererende til Geertz - har det symbolske perspektiv ligesom det funktionalistiske perspektiv på kultur et udgangspunkt i systemteori, hvor kultur ses som et socialt sammenvævet mønster (Schultz 1990:71). Et mønster der eksempelvis kan udledes noget om ved at studere symboler som ritualer, myter og sagaer.

Om end kultur i det symbolske perspektiv også i princippet kan ses som ’*turtles upon turtles upon turtles*’ (jf. Geertz 1973) kan kultur i Geertz’ symbolske perspektiv samtidig ses som en kontrolmekanisme, der i hobbesk forstand skaber orden i kaos (Rosaldo 1993:98). Ifølge Rosaldo er der således i Geertz’ kulturteori

en uforløst spænding mellem at forstå kulturer som "loosely tied bundles of informal practices" eller som "well-formed systems regulated by control mechanisms" eller som "the interplay of both" (Rosaldo 1993:94). Dette fører blandt andet til sætninger i Geertz' analyser som "The Balinees feel", hvilket må siges at være en stærk generalisering. Rosaldo er derfor så fræk at tale om "thick description, thin conclusion".

Under alle omstændigheder har også fragmenteringsperspektivet det problem, at det bliver meget komplekst at analysere en organisationskultur som flertydig, fragmenteret og skiftende. Det er derfor måske ikke så overraskende, at det er svært at finde eksemplariske studier inden for tilgangen. Hvis der skal peges på studier og organisationskulturforskere inden for fragmenteringsperspektivet må det være Karl Weick (Orton & Weick 1990; Weick 1979; Weick 1995; Weick 2001a; Weick 2001b; Weick 2001c; Weick 2001d; Weick 2001e; Weick 2003; Weick & Sutcliffe 2003), som har ydet et centralt bidrag til den langt mere fragmenterede og komplekse måde at forstå organisationer på.

Ifølge Paul DiMaggio har den sociologiske kulturteori (som jeg mener er sammenvævet med organisationskulturteorier) udviklet sig til at være højt sofistikeret men ikke helt operationel (DiMaggio 1997:263). Og udfordringen består derfor i at operationalisere disse potentielt givende, sofistikerede bud på en ny måde at forstå organisationskultur og forandringsprocesser til studiet af tilblivelsen af en sygehusafdeling.

3.5 Identitet og kultur

"Concepts belong to different intellectual strands. There is not necessarily a connection between them." (Gubrium, ph.d. kursus, København december 2003).

Det begrebslige kaos, der kan anses for at omgive begrebet organisationskultur, bliver ikke mindre af, at begrebet i stigende grad bruges synonymt med eller i sammenhæng med begrebet identitet – også i formen social identitet og organisationsidentitet. Der er ifølge Poul du Gay en nær sammenhæng mellem begreberne kultur og identitet, fordi:

”questions of culture...quite quickly become...questions of identity
(Rosaldo 1993:xi citeret i du Gay 1996:152).

Dette siger noget om, at der antages at være en nær sammenhæng mellem begreberne, men det siger ikke ret meget om, hvori denne sammenhæng består. I mange studier defineres sammenhængen mellem begreberne imidlertid ikke. De anvendes blot mere løst. Måske er dette et resultat af, at begreberne kommer fra hvert deres fagområde. Identitet er således et begreb, der stammer fra psykologien, mens kultur er indoptaget i organisationsstudier fra antropologien. Det er således inden for organisationsteori også en uforløst udfordring, hvordan organisationskultur og identitet defineres i relation til hinanden. Nogle definerer organisationskultur som en kontekst, inden for hvilken forskellige identiteter eksisterer (Fiol & Huff i Hatch & Schultz 1999:10). Andre definerer omvendt kultur som en del af organisationens identitet (Albert & Whetten 1985 i Hatch & Schultz 1999:10). Nogle ser tilstedeværelsen af en medlemsidentitet i forhold til hele organisationen som afgørende for, at der er tale om en organisationskultur (Robbins 1993:602). Fiol, Hatch og Golden-Biddle argumenterer for, at forskellen på begreberne kultur og identitet er et spørgsmål om perspektiv snarere end et spørgsmål om forskellige niveauer i en analyse (Hatch & Schultz 1999:11).

Igen kan der måske være nogle forskningsmæssige fordele i ikke at formulere begreberne som skarpt adskilte fra hinanden. Det er måske netop i overlappet, at de bedste redegørelser er at finde om, hvorfor og hvordan identitet og kultur hænger sammen – jf. Stuart Alberts diskussion af sammenhængen henholdsvis mellem begreberne identitet og identifikation og mellem begreberne identifikation og *commitment* (Albert 1998:5). Stuart Albert tilføjer:

”The search for proper definition is often a utopian search, the search for purity in an impure world, for precision in a world defined by its absence, for stasis amid dynamism”. (Albert 1998:6).

De amerikanske organisationskulturforskere John Van Maanen og Stephen Barley definerer en sammenhæng og kausalitet mellem begreberne ’kultur’ og ’identitet’. Organisationskultur anvender de som noget, der kendetegner en gruppe, der arbejder sammen i det daglige. Identitet som noget gruppen deler. Der er nemlig ifølge Van Maanen og Barleys perspektiv kun tale om en kultur, når en fælles identitet deles (Van Maanen & Barley 1984:298). Det at have en stilling i en organisation udgør potentielt meget mere end bare at have et job. De mener, at stillin-

ger har *identity bestowing characteristics* og dermed kan tilbyde et *rewarding* og *valued "me"* (Van Maanen & Barley 1984:291). Van Maanen og Barley trækker her blandt andet på arbejder af Emile Durkheim, når de siger, at det arbejde, vi gør, determinerer, hvem vi tror, vi er (Van Maanen & Barley 1984:293).

Inspireret af Mead 1930, Herbert Blumer 1969 og John Van Maanen 1979 ser de individer som værende bærere af *social selves*, som hver konstrueres og rekonstrueres i daglig interaktion med andre, efterhånden som individerne lærer at se sig selv gennem de andres øjne. Det følger heraf, at ethvert individ kan have en række 'social selves' fx som forfatter, løber og mor. Ikke desto mindre giver Van Maanen og Barley en privilegeret position til selvet som medlem af et arbejdsfællesskab, idet de citerer Van Maanen 1979:

“Without question, social identities are sensitive to and reflective of the social situations to which an individual is party. But, for members of occupational communities at least, occupational identities are typically presented to others with some pride and are not identities easily discarded for they are central to an individual's self-image.” (Van Maanen & Barley 1984:299).

De forbinder således det selv, der opstår i arbejdsfællesskabet som en positiv identifikation, hvor en høj grad af involvering i arbejdet ses som fremmede for udviklingen af den fælles identitet (Van Maanen & Barley 1984:300). Måden at identificere identiteten på er at studere tilstedeværelsen af en *consciousness of kind* og *consciousness of difference*. Disse markerer kulturens grænser (Van Maanen & Barley 1984).

I denne afhandling privilegeres deltagelse i et arbejdsfællesskab ikke ex ante og den enkeltes tilknytning til fællesskabet anses for at være løsere, end Van Maanen og Barleys analyser lægger op til (se kapitel 4). Afhandlingen ser det således som et empirisk spørgsmål, hvorvidt fællesskab og fælles identitet iscenesættes. Samtidig anses de udviklinger, der er sket inden for studiet af identitet i organisationer, for at være inspirationskilder til en videreudvikling af det at studere kultur *in the making*.

Ifølge Willem Koot og Sierk Ybema er der sandsynligvis kommet så megen fokus på identitet i organisationer, fordi det i stigende grad er blevet uklart ”hvem man er?” og ”hvad man står for?” (Koot & Ybema 2000:134). Fokus på identitet kan således ses som hængende sammen med tabet af substantielle identiteter (Alvesson

1990 i Koot & Ybema 2000:140). Koot og Ybema ser konstant flux og øget disintegration som en følge af det postmoderne samfund, hvor der i stigende grad kommer fokus i organisationer og virksomheder på image frem for på substans og på konstante forandringer og fleksibilitet frem for på stabilitet. Fusioner og opkøb, organisationsændringer og ændrede ledelsesmodeller er i tråd hermed med til at underminere status quo og udvikle organisationer til ustabile net af interaktioner (Koot & Ybema 2000:137).

Identitet bliver her central fordi den kontinuerlige konstruktion af, hvem man er, medvirker til at søge at skabe mening og dermed holde det mere kaotiske stangen. Identitet bliver dermed i det postmoderne samfund og i den postmoderne organisation både til et problem (truende meningsløshed og disintegration) og til en potentiel løsning af problemet, fordi identitetsarbejde både kan være med til at opfylde politiske mål i organisationer og kan være med til at opfylde medarbejderes psykologiske behov for at høre til og være en del af noget meningsfuldt (Cohen 1974 i Koot & Ybema 2000:134).

Samtidig medfører de mange og ofte flertydige krav den enkelte møder, at tilhørsforholdet ikke kommer til at stikke særlig dybt men snarere vil være situationelt præget. Identitet kan således ses som et vedblivende reflektivt projekt, hvor den enkelte kan være en del af forskellige grupper på forskellige tidspunkter og i forskellige anledninger. Identitet bliver dermed også et strategisk redskab med politiske dimensioner. Koot og Ybema argumenterer derfor for, at studier af identitet bør inddrage aspekter som kontekst, magt, strategi og identiteters situerethed (Koot & Ybema 2000:142).

Identiteter bør derfor ikke tages for givet. De bør i stedet argumenteres for og sandsynliggøres gennem studiet af den konkrete interaktion mellem mennesker. Jf. Charles Antaki og Sue Widdicombe et al. 1998 bør studiet af identiteter derfor bygge på principper om, at (Antaki & Widdicombe 1998b:3-6):

A) Identiteter forudsætter *casting* og kategorisering. Dette princip bygger på Harvey Sacks arbejder om kategorisering som ordnings 'devices', hvor det at kategorisere en person som 'havende' en identitet medfører at personen *castes* som tilhørende denne identitet/kategori og tillægges karakteristika knyttet til kategorien. Samtidig kan den omvendte bevægelse gøre sig gældende, at en person tillægges en identitet ud fra karakteristika, der normalt forbindes med en bestemt identitet.

B) Denne *casting* er *indeksikal*²⁶ og *situationsbetingset*. Dette princip bygger også på Harvey Sacks arbejder og betyder, at det at tillægge personer en identitet foregår situationelt. Identiteter kan have forskellige betydninger alt efter tid og rum. Det er den konkrete og lokale kontekst der afgør, hvilke identiteter der gøres relevante og hvordan en identitet kan forstås i denne sammenhæng. I en situation kan det således gøres relevant, at en person er kvinde, i en anden at hun er dansk, eller københavnsk osv. Og det at hun tillægges identiteten københavnsk kan have forskellig betydning alt efter, om hun befinder sig i Århus eller i Roskilde.

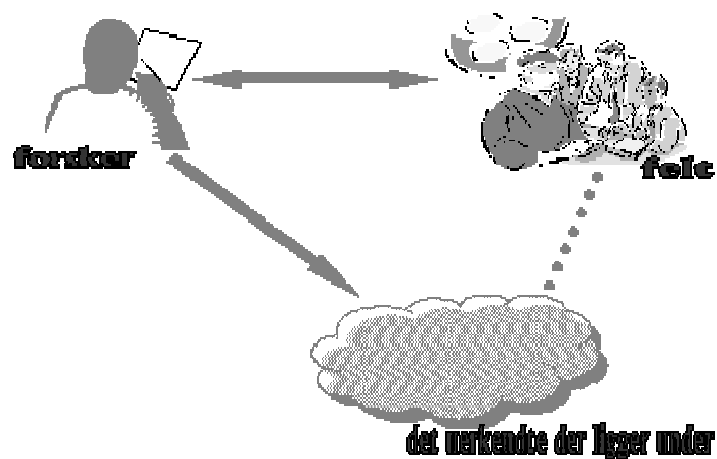
C) *Castingen* foretages af deltagerne i den sociale interaktion ikke af organisationsforskeren. Dette princip, der også bygger på Sacks, er videreudviklet af Schegloff og der argumenteres her for, at identiteter ikke skal ses som eksogene kategorier forskeren kan lægge ned over for at skabe systematisering, men at identiteter kun bør ses som de kategorier folk selv gør relevante eller orienterer sig i mod i den konkrete interaktion.

D) Styrken ved at 'have en identitet' ligger i dens *konsekvensialitet* i interaktionen. Schegloff argumenterer også for, at identiteter kun bør analyseres, når de kategorier folk selv gør relevante også synes at have en konsekvens i interaktionen.

E) *Castingen* af identiteter kan studeres i folks brug af konversationsstrukturer. Konversationsstrukturer er en form for spilleregler for, hvordan man taler med hinanden. Hvor nogle former for udmeldinger lægger op til bestemte former for tilbagemelding fx spørgsmål og svar. Konversationsstrukturer er tilgængelige og kan bringes i brug på forskellige måder.

Dette betyder blandt andet, at det forudsættes at identiteter ændres i takt med at deres eksistensbetingelser ændres. Forskellige identiteter kan således ses som i højere eller lavere grad at være 'retorisk potente' i den konkrete interaktion (Edwards 1998). Der er dermed tale om en afstandstagen til studier, der bygger på fortolkning af, hvad folk siger (jf. hermeneutikken) og til studier der søger at fremanalysere de skjulte kræfter, der ligger bag måden folk udtrykker sig på (jf. dele af psykologien og antropologien). En model der kan billedgøres på følgende måde og i øvrigt også er en grundlæggende del af Edgar Scheins berømte organisationskulturmodel:

²⁶ Blandt andre Garfinkel anvendte begreberne "indeksikalitet" og "indeksikalt udtryk". Begreber der var inspireret af arbejder af Bar-Hillel som var inspireret af Peirce. Peirce fandt på udtrykket "indeksikalt tegn", som refererer til det, at en ting kan have forskellige betydninger i forskellige kontekster (Giddens 1993:42).



Kilde: Modellen er efter egen tilvirkning.

Denne måde at udforske identitet på bekender sig således til et opgør med:

”Psychological accounts of categorization which rely on pre-given, often simply demographic or ‘objective’ categories, and trade in abstractions of categorization as an automatized, interactionally neutral feature of a brain in limbo.” (Antaki & Widdicombe 1998b:11).

I stedet er målet at bygge studier af identitet på en analyse af, *how identity is something that is used in talk* (Antaki & Widdicombe 1998b:1). I det fragmenterede og relationelle studie af identitet eller kultur er formålet således ikke at måle eller udlede identiteter eller kulturerer. Målet er heller ikke at beskrive den samlede mængde af ressourcer, det ville være muligt at trække på. I næste kapitel tages diskussionen om sammenhængen mellem kultur og identitet tages et skridt videre, idet afhandlingens teoretiske udgangspunkt yderligere udfoldes.

4. ET RELATIONELT PERSPEKTIV

“We need a new, hybridized analytics of reality construction at the crossroads of institutions, culture, and social interaction.” (Gubrium & Holstein 2000:496).

I dette kapitel præciseres afhandlingens teoretiske analyseramme. Teoretisk er afhandlingen inspireret af analysestrømme, der sætter fokus dels på konstruktionen af hverdagsliv i organisationer, dels på iscenesættelsen af kultur og identitet i relation hertil. Fra disse analysestrømme konstrueres et relationelt kultur og identitetsperspektiv. Et perspektiv der har fokus på, hvordan identiteter italesættes i interaktioner, hvor kulturelle ressourcer indgår. Afhandlingens relationelle kultur og identitetsperspektiv har tråde tilbage til den symbolske interaktionisme og til etnometodologiens generelle ånd om at studere:

”Social life as the business that people conduct with each other, displayed in their everyday practices.” (Antaki & Widdicombe 1998b:1).

Afhandlingen er inspireret af Jaber Gubrium og James Holsteins fusion af etnometodologi, symbolsk interaktionisme og poststrukturalistisk kulturteori som repræsenteret ved Michel Foucault (Gubrium & Holstein 1997; Gubrium & Holstein 2000; Holstein & Gubrium 2000; Holstein & Gubrium 2003). Samtidig har afhandlingen også en fod i organisationskulturteorien som repræsenteret ved John Van Maanen og Stephen Barleys differentieringsperspektiv på kultur, identitet og arbejde i organisationer samt i tankegodset der kendetegner fragmenteringsperspektivet på kultur og identitet. Herunder arbejder af Kenneth Gergen og hans relationelle og narrative identitetsperspektiv. Afhandlingens analyseramme bygger

således videre på gennemgangen af særligt fragmenteringsperspektivet og teorier om identitet som præsenteret i kapitel 3.

I det følgende vil der blive redegjort for afhandlingens centrale begreber og den sammenhæng, afhandlingen konstruerer og antager. Målet med den analytiske ramme er ikke at fremkomme med endnu en kulturdefinition blandt de mange andre, der allerede findes. Målet er snarere at skabe en analytik, der er sensitiv i forhold til at studere *deres* kultur- og identitetsarbejde i min empiriske setting.

4.1 Distribuering af mening - sensemaking

“In terms of form and function, all cultures are constructed in similar ways and serve sense-making ends.” (Van Maanen & Barley 1985:36).

Der er i hovedparten af teorier om organisationskultur en sammenhæng mellem begreberne mening og kultur. Ofte på den måde at kultur anses for at tilbyde forståelsesrammer der bidrager til mening. Det betyder i nogle teorier, at den mening en gruppe tilskriver en artefakt eller anden form for fænomen har en betydning for den måde, de handler i forhold til tingen eller fænomenet på. Van Maanen og Barley tilbyder en forståelse af udviklingen af organisationskulturer som værende et spørgsmål om at udvikle en fælles referenceramme. En fælles måde at forstå og fortolke, hvad der foregår omkring dem, der definerer sig selv som en gruppe. En fælles måde at forholde sig til, hvad der er vigtigt for gruppen. Deltagere i en kultur tager således hinanden som deres primære referencepersoner (Van Maanen & Barley 1984:303) og udvikler derfor fælles normer og standarder for, hvad der er hensigtsmæssigt at gøre i forskellige situationer. Herunder moralske overvejelser om, hvad der er rigtigt og forkert. Og definitioner af hvad der tæller som rigtige arbejdsopgaver.

Hvor Van Maanen og Barley ser den fælles referenceramme som relativt stabil og unik for medlemmerne af gruppen, ser denne afhandling meningsskabelse (*sense-making*) som et vedblivende og ind imellem også usikkert arbejde. Et arbejde hvor mening ikke er skabt én gang for alle, men hvor sensemaking er en vedblivende

del af *organizing* (Weick 1979; Weick 1995; Weick 2001b). Det vil sige en vedblivende del af, hvad der i det hele taget foregår i organisationer.

”If people share anything, what they share are actions, activities, moments of conversation, and joint tasks” (Weick 1995:188).

Mening skal altså ikke forstås som ’noget’, der deles, men som et væsentligt aspekt af livet i organisationer, at der eksempelvis stræbes efter ’at gøre ting meningsfulde’. Sensemaking kan ses som værende *grounded in identity construction* (Weick 1995:19) og som hængende snævert sammen med den *ongoing* iscenesættelse af identiteter.

”To shift among interactions is to shift among definitions of selv” (Weick 1995:20).

Betydningen af sensemaking kan således ses som særlig fremtrædende og vigtig i en forandringsproces. Forandringsprocesserne der fandt sted i relation til sengeafdeling F1 kunne således ses som en tydelig anledning til sensemaking. Ved lukningen af Kommunehospitalet, lukningen af afdeling G5 på det gamle Sønderbro og lukningen af M4 på Sankt Elisabeth kunne der således anses for at være indtrådt *a disturbing loss of sense*. Ikke fordi medarbejderne og lederne derved mistede en fælles meningsstruktur, men fordi de derved skulle ’opfinde’ nye måder at italesætte sig selv og deres arbejde på.

4.1.1 Inspiration i den symbolske interaktionisme

Symbolsk interaktionisme er en sociologisk retning, der opstod i Amerika i tilknytning til den såkaldte Chicago skole i 1930’erne. Symbolsk interaktionisme er en videreudvikling af ideer, der knytter sig til den tidlige amerikanske pragmatisme repræsenteret ved James, Devey, Peirce og George Herbert Mead. Selve navnet symbolsk interaktionisme stammer fra Herbert Blumer, der videreudviklede Meads arbejder (Blumer 1969).

Den symbolske interaktionisme hviler på et grundprincip om, at mening er central for måden vi forholder os til ting og hinanden på (Blumer 1969:16; Holstein & Gubrium 2003). Men i modsætning til de fleste organisationskulturteorier beskæftiger den symbolske interaktionisme sig indgående med spørgsmålet om, hvordan interaktionen mellem forskellige individer og grupperinger påvirker den mening,

der tilskrives. Hermed bliver meningskonstruktionen en relationel og situeret proces, hvor den mening, mennesker tilskriver fænomener, konstrueres i daglig praksis (Holstein & Gubrium 2000:33). Og hvor interaktion mellem mennesker ses som central:

”Symbolic interactionism does not merely give a ceremonious nod to social interaction. It recognizes social interaction to be of vital importance in its own right. This importance lies in the fact that social interaction is a process that forms human conduct instead of being merely a means or a setting for the expression or release of human conduct.”
(Blumer 1969:8).

Det afgørende fokus skift går fra at ’afdække’ eksisterende kulturer og deres tilknyttede meningsstrukturer til at studere, hvordan folk producerer deres situerede versioner af samfund, organisationer etc. (Lindesmith et al. 1999:18). Eller sagt med Holsteins og Gubriums ord: symbolsk interaktionisme handler om at beskrive, *hvordan* folk former og reviderer, *hvad* der er meningsfuldt for dem (Holstein & Gubrium 2000:33).

Ifølge Blumer bygger den symboliske interaktionisme på tre *simple præmisser* (Blumer 1969:2):

- Human beings act toward things on the basis of the meanings that the things have for them.
- The meanings of things arise out of the process of social interaction.
- Meanings are handled in, and modified through, an interpretative process used by the person in dealing with the things he encounters.

Mening er således af betydning for, hvordan individer handler. Mening formes gennem en fortolkende proces, der involverer self-reflekterende individer, der symbolsk interagerer med hinanden. Gergen ser ligesom de symbolske interaktionister konstruktionen af mening som central i menneskelig interaktion og som relationel i sin karakter. Mening begynder med fælles samordning snarere end med individuel subjektivitet (Gergen 1997:269).

Der er også en nær sammenhæng mellem mening og orden (Gergen 1994:268) *as it is only when interchange develops order so that the range of contingencies is constrained that we move toward meaning*. Hvis der ikke var nogen *interactional order* ville vi ifølge Gergen simpelthen ikke vide, hvordan vi skulle få nogen mening ud af andre menneskers udtalelser og handlinger.

4.2 Fortolkende praksis – 'the whats' og 'the hows'

”Interpretive action as we construe it involves more than the strategic or constitutive work of ‘doing’ social life. It also necessarily includes the local and more distantly related elements of circumstance that are incorporated into and condition that work.” (Gubrium & Holstein 1997:213).

Jaber Gubrium og James Holsteins perspektiv, som de kalder fortolkende praksis (interpretive action), er inspireret af udvalgte teoretiske retninger. Med stærke rødder i den symbolske interaktionisme er det først og fremmest et perspektiv, der lægger op til studiet af praksis ude i 'den virkelige verden' sådan som den skabes af mennesker i interaktion med hinanden. Det er studiet af *the real-in-the-making* (Gubrium & Holstein 1997:115) i hverdagslivet. Det er således studiet af, hvordan ting produceres og gives mening i dagligdagen (Denzin i Gubrium & Holstein 1997:82). Målet er ikke som i den klassiske etnografi en naturalistisk repræsentation af 'deres verden' sådan som de oplever den, at nå frem til den 'sande' fortælling eller det der ligger under. Målet er snarere at synliggøre, hvordan hverdagslivet konstitueres, reproduceres og ændres af 'virkelige' mennesker.

“In analyzing interpretive practice, we do not aim to derive *the* real – “their world” or “their story” as such. Nor do we exclusively seek to discern the methodical or rhetorical contours of the real, or to co-opt innovative representation of the “really” real or the wellsprings of true emotion. Rather, our goal is to make visible how practitioners of everyday life constitute, reproduce, redesign, or specify locally, what the institutional and cultural contexts of their actions make available to them.” (Gubrium & Holstein 1997:115).

Dette studie af praksis lægger sig dog ikke blot op ad etnometodologiens studie af, hvordan 'virkeligheden' konstitueres på en lokalt 'artful' måde (Garfinkel 1967), når mennesker "gør" socialt liv, der samtidig producerer en social orden. Perspektivet lægger op til også at studere, hvilke kulturelle og institutionelle ressourcer, der bidrager til dette arbejde og er med til at betinge, hvilke 'virkeligheder' der mest sandsynligt vil blive konstrueret (Gubrium & Holstein 2000:497).

”While practice is ineluctably local, it is selectively fed by and selectively draws from what is immediately and more broadly available.” (Gubrium & Holstein 1997:122).

På denne vis lægger Gubrium og Holstein en afstand til konversationsanalyse studier, hvor konteksten er ikke eksisterende. De trækker på studier af eksempelvis Foucault, der tilbyder et perspektiv på tilgængelige diskursive former til at trække på ”diskurser i praksis” som supplement til at studere ”diskursiv praksis”, hvordan diskurser anvendes i praksis. Målet er et perspektiv, der både er sensitiv for *the whats* og *the hows* i konstitueringen af ’virkeligheden’, således at samspillet kan analyseres.

”To broaden and enrich ethnomethodology’s analytic scope and repertoire, we have extended its reach into the institutional and cultural *whats* that come into play in social interaction.” (Gubrium & Holstein 2000:497).

Kulturer og sociale strukturer er længe blevet betragtet som kilder til handling (Durkheim 1961 og Parsons 1937 i Gubrium & Holstein 1997:169). I megen traditionel sociologi er kultur ydermere blevet betragtet som en entydig kilde til handling, der ikke behøver tænkende individer til at fortolke og derigennem omsætte til handling. Talcott Parsons perspektiv på handling medfører således, at kulturer internaliseres ’bag om ryggen’ på aktørerne (Giddens 1983). Og at aktørerne bliver, hvad Garfinkel kaldte kulturelle doper (Garfinkel 1967 i Gubrium & Holstein 2000:497). Kultur bliver dermed en *totaliseret* og *determinerende* magtfuld kraft (Gubrium & Holstein 1997:169). Og en kraft der primært skaber stabilitet.

Gubrium og Holsteins analytiske projekt er ikke et forsøg på at løse de store dualismer inden for sociologien som eksempelvis aktør-struktur og forandring-stabilitet (Gubrium, ph.d. kursus i København 2003). Men set med metateoretiske briller kan perspektivet ses som en måde at være sensitiv over for de faldgruber, disse potentielle dualismer rummer.

Mange teorier om kultur og institutioner har traditionelt været stærke på struktur-begrebet i og med, at kulturer og ’institutioner’ konstituerede aktørers handlinger. Aktørers rolle var primært at reproducere de allerede tilgængelige former. Struktur-funktionalismen og de franske strukturalister var således primært fokuserede på de diskursive former, der er tilgængelige, når virkeligheden skulle konstrueres. Aktørbegrebet stod derimod mere uudviklet hen.

Den symbolske interaktionisme udvikledes i sin tid i opposition til både behavioristiske teorier og til teorier, hvor aktører blindt tager meningsstrukturer til sig (som eksempelvis strukturfunktionalistiske teorier). Der sættes i stedet fokus på proces og aktørers aktive fortolkning af mening. Aktører oversætter så at sige meningsstrukturer til handling på en måde, der er både ”skilled” og ”creative” (Giddens 1993:26). I den fænomenologiske interaktionistiske tradition antages aktører at være ’fornuftige’ - ikke i en reduktionistisk *rational choice* betydning - men i den betydning, at de handler i forhold til andre og til ting efter den mening, de tillægger. Struktur og handling mødes således i face-to-face situationer, hvor mennesker og sociale identiteter mødes i den sociale verden af fælles symboler (typifikationer) og mening. Da individer ikke bidrager med noget ’uden for interaktionen’ kan perspektivet forstås som en ”struktureringsproces”, der ophæver dualismene stabilitet og forandring og struktur og aktør (jf. Giddens struktureringsteori Giddens 1983)²⁷. Hvor aktør og struktur er indvævet i hinanden i *ongoing* processer. Men da den symbolske interaktionisme fra Mead til Goffman har manglet et institutionsbegreb og en teori om institutionel forandring (Giddens 1993:27) er perspektivet relativt svagt på struktur og bidrager derfor mest til forståelsen af aktør. Igen er der dog tale om en aktør, der altid er indplaceret i interaktion. Mead mente, at der var en gensidighed mellem ”I” og ”me”, hvor det kun var ”me”, der var socialiseret. Men han elaborerede i sine teorier mest på ”me” – det sociale selv (Giddens 1993:26). I Gubrium og Holsteins metodologi er der ikke et ’jeg’, der ligger uden for det sociale. Identitet er altid et fænomen, der skabes i interaktion. Hjemstedet for forklaringen på menneskets handlinger flyttes således i konstruktivistisk ånd til relationernes sfære (Gergen 1997:78). I det følgende ses på begreberne ’kultur’ og ’identitet’ i afhandlingens relationelle perspektiv.

4.3 Kulturer som ressourcer – the whats

Der findes, som beskrevet i kapitel 3, andre måder at betragte kultur og organisationskultur på end den funktionalistiske. Michel Foucault taler om ”conditions of

²⁷ Anthony Giddens’ projekt med at transcendere den klassiske aktør - struktur problematik eller dualisme indebærer, at struktur tildeles en dualitet. Strukturens dualitet betyder, at agenter handler på baggrund af strukturer, men at de samtidig gennem deres handling konstruerer og vedligeholder strukturer. Denne gensidige påvirkning kalder Giddens en struktureringsproces. Giddens’ og Bourdieus strukturationsteorier kaldes også for konflationsteorier, fordi de ontologisk og analytisk kollapsede struktur ind i aktør (Reed 2003:298).

possibility” for skabelsen af virkelighed (Foucault 1975 i Gubrium & Holstein 1997:169). Kenneth Gergen taler om *culture’s array of sedimented or common-sense understandings* (Gergen 1994: 268), der muliggør en effektiv kommunikation mellem mennesker – eller en kommunikation der anses for at være meningsfuld. Han taler også om “*culture’s repository of symbolic resources*” (Gergen 1994:272). Clifford Geertz pointerer, at kulturel viden altid er lokal viden, der mobiliseres efter konkrete behov (Geertz 1983 i Gubrium & Holstein 1997). Geertz argumenterer for at se kultur som kort, opskrifter eller kataloger som tilbyder måder at forstå os selv og hinanden på (Geertz 1973 i Gubrium & Holstein 1997). Kultur kan således ses som en fortolkningsmæssig ressource (Gubrium & Holstein 1997:169), hvormed vi tilskriver os selv og andre mening.

“Cultural conventions and institutional settings specify possible complexes of meanings and definitions which serve as interpretive resources, promoting some interpretations, impinging upon others, eschewing still others.” (Gubrium & Holstein 1997:114).

Kultur kan ses som knyttet op på ”ongoing interpretive projects” (Gubrium & Holstein 1997:169). Kultur kan i tråd hermed ses som en ressource, der også kan anvendes i strategisk sammenhæng (Bourdieu 1990, Sewell 1992, Swidler 1986 i DiMaggio 1997). Kultur er i dette perspektiv ikke noget en gruppering ’har’ eller ’er’, men snarere en ressource de har mulighed for at trække på. Kultur handler derfor også om erfaringer om, hvordan ’vi tidligere har gjort’ uden at dette dog på nogen enkel måde determinerer, hvad ’vi vil gøre’. Eller som Karl Weick formulerer det:

”Culture...is what we have done around here, not what we do around here.” (Weick 1995:189).

Det er denne måde at forstå kultur og organisationskultur, jeg bygger på i denne afhandling. I dette perspektiv er kultur i organisatorisk sammenhæng ressourcer, der potentielt kan have en nær sammenknytning med en organisation i måden, der trækkes på ressourcerne på. Repertoiret af ressourcer ses dog ikke som afgrænset til selve organisationen. Brugen er i organisationen eller i tilknytning til organisationen men kilderne kan komme fra bredere institutionelle sammenhænge.

Gubrium og Holstein anvender ikke begrebet ‘organisationskultur’. De anvender begrebet kultur i bredere forstand, men beskæftiger sig med kultur og identitet i organisationer. Deres genstandsfelt er ofte iscenesættelsen af identiteter og *social*

worlds i organisatorisk sammenhæng. Social worlds ser de som konstrueret i interaktion (Holstein & Gubrium 2003:21). Gubrium og Holsteins perspektiv kan forstås som et 'fragmenteringsperspektiv' på kultur i og med, at identiteter ikke anses for at udgøre en essens men snarere anses for at være skiftende og multiple. I afhandlingen 'læses' Van Maanen og Barley med samme 'briller'. Denne læsning ligger ikke langt fra Van Maanen og Barleys måde at skrive om kultur på som værende dynamisk:

“[cultural] knowledge [is] continually in flux and...from this standpoint, culture is as much a dynamic, evolving way of thinking and doing as it is a stable set of thoughts and actions.” (Van Maanen & Barley 1984:307).

Men den tager afstand til deres tendens til at se kultur som noget en gruppe “er” (Van Maanen & Barley 1984:307) og som noget der er stabilt over tid, som man kan være medlem af.

Som beskrevet i kapitel 3 anses identitet og identiteter i organisationer for i stigende grad at være under pres i vores postmoderne samfund. I bogen *Institutional Selves. Troubled Identities in a Postmodern World* som er redigeret af Jaber F. Gubrium og James A. Holstein ses identitet som institutionelle ressourcer den enkelte kan trække på og sammensætte i konstruktionen af et selv. Dette ses som en arbejdskrævende proces, der kræver en masse fortolkningsarbejde (Gubrium & Holstein 2001:11), en masse selv konstruktionsprocesser og rummer mange potentielle identiteter. Selvet er blevet en narrativ proces (Holstein & Gubrium 2000). Relationen mellem en konkret stilling og en identitet som udfyldende den stilling er således blevet mindre entydig. Samtidig sættes der fokus på, at en identitet ikke er noget, man bare er, eller noget man kan glide ind i, men at det kræver arbejde at konstruere og opretholde en identitet.

Implikationen af dette perspektiv er blandt andet, at relationer anses for at være mere komplekse og skiftende end det traditionelle medlemskabs begreb inden for organisationskulturlitteraturen lægger op til. Her forlades idéen om stabile og unikke subkulturer, og der fokuseres i stedet på processer, hvorved agenter gør sig til deltagere, ikke-deltagere og eventuelt modstandere. Van Maanen og Barley anvendes med udgangspunkt i deres 'katalog' over *the politics of organizing* i denne analyse.

Man kan indvende at det at se 'kultur' som ressourcer mest af alt kan ses som en metafor. Det vil sige uden et selvstændigt indhold, der rummer klart identificerbare faktorer. Operationaliseringen af begrebet rummer følgelig en udfordring. Afhandlingen håndterer den grundlæggende udfordring, der består i, at kultur ikke længere automatisk kan forudsættes at tilhøre givne grupperinger såsom professioner, afdelinger, køn og organisationer, ved at lade det være op til den empiriske udforskning, hvem der definerer sig som værende en gruppe – og under hvilke omstændigheder (jf. Antaki & Widdicombe 1998a). Grænsedragingsprocesser bliver hermed centrale. Da identiteter aldrig er fuldstændige og klare eller på forhånd givne, er det således en antagelse, at der ligger et kontinuerligt grænsedragingsarbejde i at gøre sig mere lig eller anderledes end andre grupperinger for derefter igennem at definere og potentielt redefinere, hvem gruppen er.

I afhandlingen forstås identitet således som hængende sammen med kulturbegrebet på den måde, at det, vi kalder 'kultur', medfører 'kataloger' over mulige identiteter at trække på. Det vil sige mulige måder at se sig selv og dermed også 'de andre' på. Samtidig anses de identiteter, der fortolkes og iscenesættes for at have en tilbagevirkende betydning for kulturers fremtidige kataloger af muligheder.

4.4 Identitetsarbejde

"Any identity construction happens in relation to "the other", that which is marginalized or excluded" (Søderberg et al. 2000:9).

At udvikle og opretholde en social identitet er et vedblivende arbejde. I dette arbejde foregår der en spejling i, differentiering fra og dermed grænsedragning til andre. Idet identiteter basalt set er relationelle i deres karakter (Antaki & Widdicombe 1998a; Davies & Harré 1990; du Gay 1996; Edwards 1998; Gergen 1991; Gergen 1997; Gioia 1998; Gubrium & Holstein 2001; Hall 1996; Holstein & Gubrium 2000; Holstein & Gubrium 2003; Schegloff 1999; Westenholz 2001; Zimmerman 1998) formes og ændres identiteter i et samspil (interaktion) med omverdensbetingelser og i en stadig forhandling med andre grupperinger. Der er også en nær sammenhæng mellem formationen af identiteter og deres relation til andre identiteter. Og en nær sammenhæng mellem en gruppes Vi definitioner og andre relevante grupperes Vi definitioner. Dette er:

”Because we definitions can be understood as mutual normative instructions only within a relative and interactive space, each we definition, in principle, symbolically bears the trace of other we definitions (Gergen 1992 i Dahler-Larsen 1997).

Dette betyder blandt andet, at det forudsættes, at identiteter skabes i interaktion og ændres i takt med at deres eksistensbetingelser ændres. Identiteter er derfor også situationelle og udgør ressourcer, der kan trækkes på.

”The view of identity illustrated in this book is that identity is available for use: something that people do which is embedded in some other social activity, and not something they ‘are’.” (Widdicombe 1998:191).

Der er tre pointer, som er centrale for denne afhandlings teoretiske udgangspunkt. Den første er, at identiteter i et vist omfang formes og ’forhandles’ lokalt og derfor bør studeres i deres lokale kontekster. Den anden er, at disse formnings- og forhandlingsprocesser kræver vedblivende arbejde og at der heri indgår et ’identitetsarbejde’. Den tredje er, at dette arbejde præger, hvad eller hvem vi mener, Vi og De er.

4.4.1 Arbejdet med at gøre sig anderledes - differentiering

“Begin with the idea that there are boundaries – study them. How are they done? How are they accomplished? Begin with: Where people are. Begin with a point of departure. (Gubrium, ph.d. kursus, København december 2003).

I Van Maanen og Barleys perspektiv er differentiering og det vil også sige grænse-dragning central. Deres arbejder handler i mindre grad om, hvordan grænse-dragning foregår i det daglige og i højere grad om, hvad for grænse-dragninger der foregår. Deres perspektiv handler også om, hvorfor grænse-dragninger foregår. John Van Maanen og Stephen Barley har som beskrevet i foregående kapitel skrevet to centrale tekster inden for differentieringsperspektivet på organisationskultur: *“Occupational Communities: Culture and Control in Organizations”* (Van Maanen & Barley 1984) og *“Cultural Organization. Fragments of a Theory”* (Van

Maanen & Barley 1985). I disse to arbejder udfolder de, hvad der kan læses som et katalog over sandsynlige kulturelle grænsedragninger i organisationer.

Det er som beskrevet i foregående kapitel centralt i dette perspektiv, at fornemmelsen af at være anderledes og forskellige fra nogle andre er en del af udviklingen af en fælles identitet. Dette er byggende på Weber (Weber 1968:42-43), fordi *consciousness of kind* kun fremkommer strukturelt i sammenhæng med *consciousness of difference* (Van Maanen & Barley 1984:300). Det antages, som nævnt i foregående kapitel, at der i den daglige praksis finder en konstituering sted af, hvem man selv/ens gruppe er og hvem "de andre" er. Operationaliseringen af disse begreber betyder, at identiteter ikke bare som standard kan afgrænses ved at se på 1) besiddelse af et fælles territorium eller 2) besiddelse af en fælles uddannelsesmæssig baggrund. Snarere forholder det sig således at:

“More crucial parameters for identifying communities are the social dimensions used by members themselves for recognizing one another, the social limits of such bonds, and situational factors which amplify or diminish the perceived common identity.” (Van Maanen & Barley 1984 refererende Gusfield 1975).

Hvad angår subkulturer peger de på fire områder som værende centrale i skabelsen, vedligeholdelsen og overførelsen af kulturer (Van Maanen & Barley 1985). Disse er 1) Den økologiske kontekst, der blandt andet handler om det fysiske territorium en gruppe bebor. Og hvem der har forventninger og stiller hvilke krav til dem i denne kontekst. Den økologiske kontekst handler også om, hvordan arbejdspladsens aktiviteter er struktureret. 2) Differentiel interaktion, der handler om, hvilke mønstre af interaktioner der er en del af den økologiske kontekst. Hvem har således anledning til at mødes? 3) Når intragruppe bånd er stærke udvikles en fælles forståelse og fælles ritualer og normer. Dette sker særlig når gruppen oplever at dele problemer. 4) At individerne reproducerer den fælles kultur.

I ovenstående fire punkts model lægges der mest op til, at kulturer reproduceres, når de først er produceret. Om end Van Maanen og Barley siger, at de ud over en strukturalistisk intention også har en interaktionistisk intention med modellen (Van Maanen & Barley 1985:35). Van Maanen og Barley taler derudover om seks forskellige slags processer, derkendetegner formationen og den potentielle forandring af subkulturer (Van Maanen & Barley 1985):

- Segmentation

- Importation
- Technological innovation
- Ideological differentiation
- Contracultural movements
- Career filters

Segmentering ser de som resultatet af organisatoriske forsøg på at rationalisere arbejdet gennem funktionsopdeling, specialisering, automatisering, professionalisering, specifikation, og standardisering. Disse er strategier til at opnå effektivitet og produktivitet, men de store organisatoriske niches, der er blevet skabt gennem funktionsopdeling fører til domæne specifikke identiteter, der differentierer medarbejdere efter det område, de arbejder inden for. Specialisering indsnævrer gruppen af mennesker, der kan siges at udføre det samme arbejde. Professionalisering differentierer medarbejdere med ens arbejdsidentiteter og ideologier fra andre medarbejdere. Automatisering differentierer grupper som følge af, hvilke maskiner, de arbejder ved, mens specificering og standardisering fører til *deskilling* af medarbejdere og forøger sandsynligheden for differentiering på baggrund af nærhed og delte arbejdsbetingelser. I takt med at medarbejdere kommer til at anse segmentering for 'naturlig' og passende vil subkulturer opstå. I takt hermed vil de også udvikle og iscenesætte en *consciousness of difference* i deres daglige interaktion med andre, og de vil udvikle en tro på, at kun de bør bestemme over arbejdet på deres område. En konsekvens heraf er, at ledelsen på grund af rationaliseringen af arbejdet i højere grad må anvende *coercive authority* som vil sige magten til at belønne og afstraffe. Dette er nødvendigt for at imødegå de centripetale tendenser.

Import ses, som det der sker, når på forhånd dannede grupper bringes ind i organisationen. Eksempelvis i forbindelse med fusioner og opkøb, hvor en *occupationally specific culture* tilføjes organisationsdiagrammet. Hvis den importede gruppes orden lades intakt, tilføjes deres subkultur. Her anses dannelsen af en ny subkultur i organisation for at ske meget hurtigt. Import adskiller sig dermed fra segmentering, der foregår langsommere som en del af rutinerne. Processen kan minde om kolonisering. Men de koloniseredes magt til at bibeholde deres separate *sense of identity* kan faktisk blive forstærket gennem mødet med den fremmede normative orden. I og med at mødet med den fremmede normative orden kan forstærke fornemmelsen af forskellighed (*consciousness of difference*).

Teknologisk innovation kan også føre til udviklingen af nye subkulturer. Dette er blandt andet, fordi mere avancerede teknologier kan kræve udvikling af nye *skills*.

Nye identiteter kan således emergere omkring brugen af nye maskiner, teknikker etc.

Ideologisk differentiering kan også føre til udviklingen af nye subkulturer inden for en subkultur. Hvor segmentering, import og teknologisk innovation giver strukturelle forandringer, der potentielt ændrer mulighederne for interaktion, kan ideologisk differentiering føre til ændringer den anden vej rundt og føre til strukturelle ændringer. Nye subkulturer kan således opstå ved, at medlemmer udvikler konkurrerende ideologier, hvad angår arbejdets karakter, valget af passende teknikker, den korrekte holdning over for *outsiders*, eller den bedste måde at behandle bestemte klienter eller patienter på. Medlemmer kan således differentiere sig på baggrund af forskellige paradigmer. Disse paradigmer kan enten komme med nye medarbejdere eller ledere eller emergere på basis af et hændelsesforløb.

Modkulturelle bevægelser minder om ideologisk differentiering, men hvor ideologisk differentiering mest sker, når gruppedlemmer repositionerer sig selv i forhold til andre medlemmer af den samme subgruppe, trækker modkulturelle bevægelser medlemmer fra mange subgrupper på den baggrund, at folk føler sig dårligt behandlet. Som medlem af en modkultur er man potentielt i opposition til resten af organisationen. I en modkultur deler medlemmerne en fornemmelse af at være stigmatiseret. Hvis det ikke er muligt at opnå de belønninger, der anses for at være af betydning i organisationen, vil medlemmerne af en modkultur typisk benægte vigtigheden af denne belønning. Blokerede ambitioner, dårlig uddannelse, utilstrækkelig belønning, upersonlig ledelse, utilstrækkelige ressourcer eller udstyr, og urealistiske *performance* standarder er alle betingelser, der nærer udviklingen af modkulturer og de modstandsritualer, der definerer dem.

Karriere filtre er også kilder til subkulturer. Af frygt for at træde ved siden af og på grund af usikkerhed over, hvad der forventes, er der en tendens til, at ledere kopierer hinanden. Dette fører gradvist til mere og mere konformitet jo højere op lederen kommer i organisationshierarkiet og jo flere karrierefiltre, der passerer.

I Van Maanen og Barley's kulturmodel kan lokale ledelsesprincipper således ofte være i konkurrence til arbejdsfællesskabers eller subkulturers ideologier (Van Maanen & Barley 1984:290). Modstandshandlinger vil tilmed kunne forventes, når arbejdsfællesskaber gennem længere tid har udviklet en forståelse for, hvordan de synes, den rigtige måde at gøre arbejdet på er – og at de derfor føler, at dette er måden, de bør gøre det på (Van Maanen & Barley 1984:291). Organisational *deviance* kan følgelig i dette perspektiv ses som proaktivt snarere end reaktivt, da det

afspejler den arbejdspraksis, der er udviklet. Dette betyder, at modstands kulturer vil emergere baseret på opposition til at være i en underordnet position og status i en given organisation (Van Mannen & Barley 1984:308). Dette er sandsynligt, fordi:

“In essence, occupational communities are premised upon the belief that only the membership possesses the proper knowledge, skills, and orientations necessary to make decisions as to how the work is to be performed and evaluated.”(Van Mannen & Barley 1984:309).

Med reference til Karl Weick ser Van Maanen og Barley *occupational communities* som tæt koblede systemer med en potentiel løs kobling til den bredere organisation (Van Maanen & Barley 1984:335). De mener, at mange organisationer på denne vis minder om stammesamfund (Van Maanen & Barley 1984:335). Van Maanen og Barley nævner flere årsager til, at løse koblinger udvikles:

- Når arbejdsfællesskaber er geografisk spredt.
- Den talmæssige styrke af et arbejdsfællesskab.
- Når arbejdsfællesskaber er placeret midt i en kritisk *junction* i arbejdsflowet i organisationen.
- Knaphed på ekspertise som et arbejdsfællesskab har monopol på.

I Van Maanen og Barley's model er der således et element af beskyttelse involveret i grænsedragningsarbejde. Grænser skabes for at skabe kontrol over eget arbejde og egen situation. Grænsedragning er her 'noget', hvis formål det er dels at skabe sammenhold i en selvdefineret enhed, dels at skabe differentiering til andre, enheden ønsker at differentiere sig fra:

“Culture, as invented by various groups of an organization, was found to be a differentiating, rather than an integrating, mechanism.” (Van Maanen & Barley 1985:39).

Der er flere forhold i dette grænsedragningsarbejde, der er centrale for analysen her. A) Grænsedragning anses for at relatere sig til det arbejde, der udføres og de relationer, der her er relevante. B) Grænsedragning anses for at relatere sig til magtkampe om kontrol over arbejdet C) Grænsedragning anses for at relatere sig til identitet og italesættelsen af, hvem vi er.

De metodologiske implikationer heraf er at:

- Specificere konteksten. Hvem gør krav på at bestemme en gruppes praksis?
- Studere interaktionsmønstre. Hvilke former for differentierende interaktion kan observeres?
- Studere hvorvidt mening tilskrives på lignende måde?

I tolkningen af feltstudiet af etableringen af den nye afdeling F1 bygger afhandlingen på Van Maanen og Barleys perspektiv på etableringen af kulturer i organisationer som relateret til grænsedragning. Van Maanen og Barley læses dog som sagt med 'fragmenteringsbriller på'. Det vil her sige, at grænsedragningens mål eller resultatet ikke anses for at være fremkomsten af subkulturer²⁸, der kan ses som unikke og stabile over tid og sted. Grænsedragningsprocesserne anses i stedet i denne 'ny-læsning' at være forbundet med iscenesættelsen af kulturer og identiteter, der er situationelle og potentielt flertydige. Der åbnes op for muligheden for at forstå iscenesættelse af kulturelle grupperinger som skiftende alt efter kontekst, og alt efter deltagernes²⁹ opfattelser af, hvad der er meningsfuldt og hvad der er strategiske mål, der bør følges. I analyserne anvendes iscenesættelse af Vi-gruppe (Vi og De) og iscenesættelsen af en *consciousness of kind* og en *consciousness of difference* synonymt. Begrebet fællesskab anvendes i analyserne som en *casting* (Antaki & Widdicombe 1998b) – noget medarbejdere og ledere anser sig for at have eller for at have haft tidligere. Fællesskab bliver på denne vis en ressource, der kan trækkes på i iscenesættelsen af noget meningsfuldt.

4.4.2 Arbejdet med at gøre sig til noget – projekter

En ny hospitalsafdeling åbner. Potentielt står alle muligheder åbne. Muligheder for at beslutte, hvordan ting skal gøres på afdelingen, muligheder for at italesætte afdelingen og dens mulige fællesskaber på mangfoldige måder. Samtidig er der, som den etnografiske introduktion i kapitel 7 vil vise, ikke tale om en *tabula rasa*. Der

²⁸ Begrebet subkultur er i det hele taget uheldigt - også i Van Maanen og Barleys begrebsramme, fordi det forudsætter, at en given kultur er underordnet en anden kultur. Begrebet subkultur giver derfor bedst mening inden for integrationsperspektivet på kultur, hvor det anses for at være sandsynligt, at en organisation har en fælles organisationskultur.

²⁹ Joanne Martin advokerer for at tale om deltagere frem for medlemmer af en kultur. Dette for at lægge vægt på, at det at deltage i en kultur kræver aktiv handling og ikke blot automatisk passivt medlemskab. Det bliver ifølge Martin på denne vis også nemmere at vise, at folk kan være involverede i en kultur på forskellige måder i forskellige grader (Martin 2002:332).

er en række ressourcer, der indgår i konstruktionen af den kommende 'afdelings-virkelighed' på F1. Hvad afdelingen 'er' eller 'er ved at blive', kan således ses som en proces, hvori en række ressourcer indgår. Nogle af disse ressourcer mobiliseres som projekter af deltagerne i processen. Projekter skal her forstås som hængende sammen med *a process of becoming*³⁰ - vejen mod et ønsket mål. Dette projektbegreb skal således ikke forstås som havende noget med formelle projekter (Kreiner 1992) at gøre. Samtidig signalerer brugen af begrebet projekt bestræbelser på at undlade at reificere 'noget folk er' (jf. Gubrium & Holstein 1990:154).

Da der kan være forskellige projekter i spil, kan der også være forskellige versioner af, hvad afdeling F1s virkelighed består i eller bør bestå i. Van Maanen og Barley taler i tråd hermed om, at der kan være forskellige forventninger og stilles forskellige krav til eksempelvis en afdelings virke. Van Maanen og Barley kalder dette den økologiske kontekst.

“a group’s position can be mapped along physical, temporal and social co-ordinates. A group’s ecological context is therefore, theoretically, the primary catalyst for a culture’s genesis. To specify an ecological context, the attributes of the group’s physical setting, the pertinent historical forces, and most importantly the expectations, demands, and social organization of those who surround the group and who lay claims on the group’s conduct must be identified.” (Van Maanen & Barley 1985).

For at forstå hvilke identiteter og fællesskaber, der måtte blive talt frem i relation til afdeling F1 og hvilke grænser der måtte blive markeret vil det i kapitlerne 6-9 blive undersøgt, hvem der gør krav på at bestemme, hvad der skal ske i afdelingen (jf. Van Maanen & Barley 1985). Hvilke bagager sættes her i spil? Og hvad er meningen med F1 set som knyttet an til forskellige projekter, der iscenesættes? De empiriske kapitler i afhandlingen beskæftiger sig altså blandt andet med, hvordan forskellige grupperinger deltager i konstruktionen af, hvad sengeafdeling F1 'er'. Og hvilke ressourcer og forventninger de dermed bringer med ind i denne proces.

4.4.3 Iscenesættelse

Karl E. Weicks begreb enactment – på dansk oversat af Jan Molin til iscenesættelse (Molin 2002) anvendes i afhandlingen som et væsentligt led i arbejdet med at

³⁰Jaber Gubrium, ph.d. kursus, København december 2003.

caste (Antaki & Widdicombe 1998b) sig selv og andre i identiteter og kulturer. Begrebet indskrives sig i et procesperspektiv (Molin 2002). Det vil sige, at det netop ikke er kulturen som resultat af arbejdet, der er i fokus, men snarere selve arbejdsprocessen med at definere sig som noget i sig selv, der er i fokus. Begrebet anvendes således for at modvirke reificering af, at der skulle være tale om skabelsen af en konkret identitet eller en konkret kultur. Samtidig lægges der med begrebet op til en intentionel proces (Molin 2002). Det vil sige, at der løbende finder en aktiv konstruktion af mening sted.

4.5 Narrativer som en del af identitetsarbejdet

Narrativer eller fortællinger er en del af vores historie, en del af vores hverdag og en central del af vores måder at kommunikere med andre mennesker på. Identiteter konstrueres gennem fortællinger (Holstein & Gubrium 2000). Identitetsarbejde involverer således narrativ praksis. En praksis hvor der trækkes på kulturelle ressourcer, sproglige og strukturelle konventioner. Alt efter den institutionelle setting vil der således være forskellige tilgængelige måder at foretage *casting* på med forskellige temaer og plots (Holstein & Gubrium 2000). Dette fører således til lokalt konstruerede fortællinger, der handler om det selv eller de selv'er, der er en del af den aktuelle praksis (Holstein & Gubrium 2000:103). De lokale konventioner og ressourcer muliggør således på den ene side narrativ praksis, samtidig indeholder de begrænsninger for, hvordan identiteter kan tales frem (Holstein & Gubrium 2000:105). Nogle former for fortællinger har nemlig mere legitimitet i nogle kontekster end i andre. Og nogle former for *casting* har mere legitimitet i nogle kontekster end i andre.

Den amerikanske socialpsykolog Kenneth Gergen mener, at narrative redegørelser såsom eksempelvis selvberetninger er væsentlige dele af den sociale handling, som han som Gubrium og Holstein forstår som en relationel proces. Det vil sige, at beretninger er produkter af sociale samspil, hvor personer er en del af gensidige afhængigheder (Gergen 1997:190). Beretningerne tjener formål som selv-identificering, selv-retfærdiggørelse, selv-kritik og social konsolidering (Gergen 1997:192). Dermed bliver beretningerne et sprogligt instrument, der anvendes i

forhold til andre til at understøtte, øge eller forhindre forskellige former for handling (Gergen 1997:192).

Samtidig anser Gergen narrative redegørelser for at gøre sociale begivenheder synlige og for, at de typisk vil skabe forventninger om fremtidige begivenheder (Gergen 1997:190). I fortællinger om eksempelvis vores liv knyttes begivenheder sammen og bliver gjort forståelige. At forstå en handling er således at placere den i en kontekst af forudgående og efterfølgende begivenheder (Gergen 1997:191). Det er således gennem fortællingen, at tidligere oplevelser og fremtidige handlemuligheder bliver konkrete og gjort nærværende (Molin 2002:143).

Narrativer skal ifølge Gergen forstås som samtalemæssige og kulturelle ressourcer samt som konstruktioner som er åbne for løbende ændringer, efterhånden som interaktionen fortsætter (Gergen 1997:192). Narrativer er således ikke i sig selv stabile men løbende under potentiel forandring. De må dog følge de narrative konventioner for at blive opfattet som meningsfulde eller legitime. Ifølge Gergen betyder dette i vestlige nutidige kulturer, at fortællinger typisk lever op til følgende seks kriterier (Gergen 1997:194-196):

1. *Der skal være en ordentlig slutning.* Det vil sige, at der skal være en pointe med fortællingen. Disse pointer er ofte værdiladede. Det vil sige, at de fortæller om noget, der enten anses for at være ønskværdigt eller ikke ønskværdigt. Fx fortællingen om, at man gik i 20 forskellige butikker men så endelig fandt man den lampe, man søgte.
2. *Der skal udvælges begivenheder, som er relevante for pointen.* I tilfældet med lampen vil dette fx være at nævne besøg i butikker, der næsten havde haft lampen (hvilket bragte en tæt som målet) eller som aldrig havde hørt om den model (hvilket bragte en fjernere målet).
3. *Begivenhederne skal ordnes.* Når pointen er fastlagt og de relevante begivenheder er udvalgte, bliver begivenhederne almindeligvis placeret i en ordnet rækkefølge. Det princip man ordner efter kan ændres i takt med, at fortællingen skrider frem. En måde at ordne på vil være efter kronologisk tid. Først gik jeg ind i den butik, derefter i den butik osv.
4. *Identiteter fremstår som stabile.* Den velformede beretning er typisk en, i hvilken personer (eller objekterne) har en stabil identitet over tid. En given hovedperson er således enten genial eller tåbelig, en helt eller en skurk. I fortællingen med lampen er der fx måske nogle ekspedienter, der er meget

hjælpsomme mens andre er uhøflige eller uvidende. Der er ifølge Gergen undtagelser til denne tendens, men de forekommer ofte, hvor fortællingen søger at forklare netop denne forandring.

5. *Årsagssammenhænge*. Efter nutidens standarder er den ideelle beretning en, som giver en forklaring på udfaldet. Man når typisk frem til forklaringer ved at vælge begivenheder, som efter almindelige normer har en kausal sammenhæng. Endelig fandt jeg lampen, for jeg havde læst i Bo Bedre, at de havde den i netop denne butik.
6. *Demarkationstegn*. I de fleste velformede fortællinger anvendes nogle signaler til at markere begyndelsen og slutningen. ”Der var engang” eller ”Nej, nu skal du bare høre” er eksempelvis velkendte måder at begynde en fortælling på. Ved at anvende sådanne indgange signaleres over for tilhørerne, at nu kommer der en fortælling. Slutningen kan ligeledes signaleres ved en standardformular: ”Så det var så det” eller ”Så der kan man bare se”.

Ved at anvende disse narrative konventioner skaber vi ifølge Gergen en fornemmelse af sammenhæng og retning i vores liv og vi definerer derigennem, hvem vi er. Samtidig kan de narrative konventioner i sig selv måske være med til at fremme forestillingen om stabilitet.

4.5.1 Netværk af gensidige identiteter

Identitet er indlejret i fortløbende interaktionsprocesser. Men ifølge Gergen forstår man ikke blot sig selv i relation til andre, men der finder også en sammenvævning af identiteter sted. Denne sammenvævning er knyttet an til en gensidig afhængighed, hvor den enkeltes identitet er afhængig af bekræftelse fra andre aktører i netværket eller fællesskabet (Gergen 1997:211). Aktører bliver på denne vis vævet ind i hinandens selv - konstruktioner. Dette medfører, at:

”Da man kun kan fastholde sin identitet, så længe de andre spiller deres støtteroller, og da man så til gengæld er påkrævet til at spille støtteroller i deres konstruktioner, så vil det gælde, at i samme øjeblik en deltager vælger at svigte kulør, så bringer den pågældende hele rækken af gensidigt afhængige konstruktioner i fare.” (Gergen 1997:212).

Dermed kan identiteter aldrig være individuelle. De er alle hængt op i en række af tætte gensidige relationer. Netværk af gensidige identiteter er derfor et fundamentalt aspekt af relationer mellem mennesker. Hvor den narrative validitet i høj grad afhænger af andres bekræftelse og deres villighed til at spille støttende biroller. På denne vis kan identitet ses som bidragende til koordineret sproglig handling og ses som et væsentligt i fællesskabsarbejde. Det vil sige arbejde med at definere sig som værende et fællesskab. Samtidig er det ifølge Gergen:

”en uophørlig udfordring at fastholde sin identitet – at bevare narrativ validitet inden for et fællesskab” (Gergen 1997:211).

Den narrative validitet om tilstedeværelsen af en identitet, der er fælles, kræver jo netop, at der kontinuerligt spilles støtteroller i netværket af de gensidige identiteter. Dermed er der tale om et vedblivende identitetsarbejde. Denne pointe må anses for at være central i en fusionssammenhæng, hvor det således ikke blot bliver et spørgsmål om at definere en ny eller nye identiteter, men at det også bliver et spørgsmål om, at identitet er et vedblivende narrativt arbejde.

I næste kapitel redegøres for afhandlingens metodiske fundament. Det vil her sige, hvordan afhandlingens perspektiv blev omsat til det empiriske studie af en sengeafdeling på Amager Hospital og dennes kontekst.

5. ANALYSEDESIGN OG METODOLOGI

“Establishing definitions of situations and the working identities of the people in them is important interactional work. Situations don’t appear to us objectively meaningful, as if, like clothing they came labelled for brand recognition. Nor can we automatically match available definitions with our observations. We always engage in interpretation in order to understand what things mean. This too, involves talk and interaction.” (Holstein & Gubrium 2003:21).

Den analytiske ramme om denne afhandling er blevet til i en kobling mellem teori og centrale træk i afhandlingens empiriske grundlag. Data er således ikke genereret ud fra en på forhånd fastlagt teoretisk ramme. Der har snarere været tale om en samtidig udvikling og produktion af empiri og analyseramme. Forskningsprocessen er dermed foregået på en interaktiv måde (Denzin & Lincoln 2000). Formålet hermed har blandt andet været at give rum for den empiriske analyses kundskabs-genererende potentialer (jf. Søndergaard 2000:30). Samtidig med at undersøgelsen har haft en eksplorativ karakter har der fundet en sideløbende søgning på teorier sted, der kunne forklare de processer, der blev studeret. Dette har ført til en rejse rundt i et organisationskulturteoretisk landskab, hvor jagten på teorier til at indgå i den emergende analyseramme rummede lige så mange problemer som løsninger. Dette skyldtes dels organisationskulturteoriens generelle problem med at forklare forandringer, der ikke er ledelsesinitierede, dels organisationskulturteoriens udvikling ind i et teoretisk spændende men meget lidt operationelt landskab. Et landskab hvor drager tilmed lurere (Martin 2002).

I dette kapitel redegøres for de metodiske implikationer af afhandlingens teoretiske fundament og der redegøres for anvendte metoder.

5.1 Et eksplorativt feltstudie

”Feltet er et felt, der ved symbolsk interaktion tilskriver ting og fænomener mening i et refleksivt fællesskab. Et mikrokosmos i sin egen ret, hvor mennesker forholder sig praktisk til fænomener, der muligvis overlapper de teoretiske fænomener, der har forskerens interesse. Forskeren kan følgelig lære meget mere ved at betragte feltets forståelseskæbelse på lige fod med sin egen end ved at anskue feltet som underleverandør af data.” (Andersen et al. 1992:156).

Afhandlingen bygger overordnet set på en induktiv tilgang i et organisationsetnografisk eksplorativt feltstudie. Eksplorativt i den betydning, at feltstudiet og afhandlingen har haft til formål at kvalificere begrebsliggørelsen af et hidtil utilstrækkeligt beskrevet fænomen – organisationskulturer på sygehuse – og fremme nye forståelser heraf. Der var således i udgangspunktet tale om en tilgang i overensstemmelse med principperne bag Glaser og Strauss’ *grounded theory*. Grounded theory stod i fronten af den “kvalitative revolution” med Barney G. Glaser og Anselm L. Strauss’s værk *The Discovery of Grounded Theory* fra 1967 (Denzin og Lincoln 1994 i Charmaz 2000:509).

At arbejde ud fra en åben tilgang gav således nogle muligheder for at ’lade feltet udgøre en inspirationskilde’, men tilgangen medførte også dilemmaer og det blev undervejs indlysende, at *grounded theory* ikke løste disse dilemmaer. Grounded theory – ideen om at kategorier kan vokse ud af empirien – var en metode med et indbygget paradoks for:

”How can theoretical categories be induced or derived from observation...if the process of identifying observational attributes itself relies on one’s possession of categories?” (Gergen 1985:266 i Søndergaard 2000:36).

I grounded theory er der således en forestilling om, at kategorier og teori emergerer som Fugl Phønix, nærmest autonomt i dialog med forskeren” (Molin 2002:257). Denne forestilling var ikke i tråd med min emergerende ontologiske forståelse, hvor analytiske valg har en betydning for, hvilke spørgsmål vi stiller, hvad vi fokuserer på og hvorledes den empiriske verden ender med at blive *framet* i analysen. Valg der så at sige bliver betydningsfulde for, hvordan ’virkeligheden

taler' til forskeren (Gubrium & Holstein 1997:97). Hver forskningsmæssig praksis gør således verden synlig på forskellige måder (Denzin & Lincoln 2000:4).

Det var ikke nogen hjælp at se på, hvordan eksemplariske kulturforskere havde grebet dette spørgsmål an. Netop på dette punkt syntes der nemlig at være tale om et blindt punkt. Når Martin Parker (Parker 2000) fx skal skrive sine kulturdata frem, importerer han samtidig tilsyneladende ureflekteret traditionelle sociologiske kategoriseringer såsom: køn, alder, profession og geografiske afstande. Faktisk bliver netop kategoriseringen af forskellige professioner, der tillægges forskellige måder at se verden på – i hans analyse af fx læger og administratorer – til en central 'hjælpemotor' i analysen. Debra Meyerson (Meyerson 1994) ordner sine omfattende kulturdata i sit flertydighedsstudie i henholdsvis to forskellige paradigmer, der på denne vis får primat. Og paradoksalt nok giver hendes flertydighedsstudie et meget ordnet præg, hvor tilhørsforholdet til de to paradigmer er entydigt. At formulere kritik af eksisterende kulturforskning og at tegne konturerne til et nyt perspektiv – og derefter realisere det nye perspektiv i en kulturanalyse – er ingen triviell sag. Kategoriseringer syntes her at spille en central rolle, fordi kategoriseringer samtidig indeholder afsløringer af den, der kategoriseres antagelser.

”Det er antagelser (socialt konstruerede), der afgrænser og ordner forestillingen om et genstandsfelt – som sætter rammerne for privilegeringen af figurer – og dermed aspektblindheden overfor konkurrerende alternativer...” (Molin 2002:258).

Ethvert forskningsprojekt bygger implicit - og nogle gange også eksplicit - på en række antagelser. Disse antagelser tilhører en form for tavs viden og er derfor ikke nødvendigvis særlig bevidste. Derfor kan de også være svære at redegøre for og reflektere over. Mange af disse antagelser knytter sig dog til teoretiske retninger. Der findes ikke et teori neutralt sprog. Til hvert et teoretisk perspektiv knytter der sig en genkendelig sprogbrug. Sproget rummer antagelser og kategoriseringer; samtidig vil brugen af bestemte kategoriseringer, udtryk og begreber lede den teoretisk indlæste læser til at kategorisere en tekst i henhold til kendte teoriperspektiver. Der findes heller ikke teorineutrale metoder, da metoder hænger snævert sammen med metateoretiske perspektiver (Søndergaard 2000:53). Selv beskrivelse er nødvendigvis analytisk i sin karakter (Emerson 2001:28). Der findes således ikke en teoriløs empirisk fortælling.

I afhandlingen omtales det, der traditionelt inden for organisationsstudier er blevet kaldt 'dataindsamling' for konstruktionen af data og datagenerering. Afhandlingen bygger i tråd med dens interaktionistiske teoretiske perspektiv (Gubrium & Holstein 1997; Gubrium & Holstein 2000; Holstein & Gubrium 2000) på en forståelse af det vi kalder 'data' som 'noget', der konstrueres i et samspil mellem forskeren, dennes teoretiske blikke og de og det studerede. Den 'viden' der genereres i feltstudiet genereres således i en co-produktion mellem forskellige erfarende subjekter (Abu-Lughod 1993 i Tedlock 2000:467). I dette perspektiv er der således ikke tale om en subjekt – objekt relation, hvor data ligger 'derude' og venter på at blive samlet ind. Der er derimod tale om et møde mellem en fortolkende forsker – en *bricoleur* (Denzin & Lincoln 2000:6) – og dennes historie, sociale og teoretiske bagager og så de mennesker, der er en del af *settingen*.

I begyndelsen, hvor hovedparten af det empiriske arbejde fandt sted gennem observation, samtaler og interview på Amager Hospital, var det en væsentlig pointe, at bestemte prædefinerede teoretiske kategorier ikke skulle være dirigerende for den måde, hvorpå jeg co-konstruerede data. Jeg ville således ikke specifikt lede efter teoretiske kategorier som fx værdier, grundlæggende antagelser, fortællinger, fælles betydninger osv. Målet var en større åbenhed over for at prøve at forstå feltet på dets egne præmisser og først senere - i samspil med de empiriske erfaringer - at kategorisere empirien. Samtidig havde jeg dog løbende skrevet problemformuleringer og beskrevet projektets teoretiske ramme i diverse projektbeskrivelser. Disse var ikke nødvendigvis udtømmende som en beskrivelse af den måde, jeg tænkte om projektet og agerede på, men udgjorde alligevel retningslinier og repræsenterede i et vist omfang mine teoretiske forforståelser samt mine arbejdsdefinitioner (Albert 1998). Samtidig betød designet, at væsentlige valg om fokus måtte udskydes til senere, hvor valgene måske nok var mere informerede men på ingen måde nemme at træffe. Den eksplorative tilgang er ikke at betragte som en *nem* tilgang. Forskningen bliver på denne vis:

”en risikobetonet aktivitet – i modsætning til hvad Argyris (1970) har benævnt mekanistisk forskning.” (Andersen et al. 1992).

Det krævende i denne tilgang blev meget synligt, da det var tid til at skrive sammen på empirien. Her var kategorier nemlig nødvendige for at formidle de mange feltoplevelser. Og da jeg ikke på forhånd havde opstillet kategorier, begyndte de mere implicite teoretiske forforståelser (og måske også hverdagsteoretiske antagelser jf. (Søndergaard 2000:30) at dukke op i transformationen af feltarbejdet til

tekst. Dette var utilfredstillende, fordi jeg dermed importerede teoretisk inspirerede antagelser om fx, hvordan mennesker integrerer og differentierer sig. Antagelser der dels havde en tendens til at forfladige min oplevelse af empirien, dels ikke stod mål med de nyere kulturperspektiver jeg på dette tidspunkt var blevet inspireret af, men endnu ikke havde helt ”under huden”.

5.1.1 'Hjemmeperspektiver'

Joanne Martin kalder det perspektiv, en forsker primært arbejder indenfor, et hjemmeperspektiv (Martin 2002). Det betyder, det perspektiv en forsker primært vil drage sine tolkninger fra og gør sine antagelser ud fra. I tråd med mit teoretiske og ontologiske udgangspunkt mener jeg ikke, at jeg har ét hjemmeperspektiv. Men jeg har reflekteret over en bevægelse i min teoretisk inspirerede kategoriseringer og erkendelsesinteresse. Inspireret af de empiriske erfaringer og det videnskabelige miljø, jeg var en del, har min erkendelsesmæssige interesse bevæget sig fra mere statiske beskrivelser (fx inden for de nyinstitutionelle perspektiver) over til en mere dynamisk relation mellem dynamik og statik i beskrivelsen af komplekse relationer. Målet var blandt andet at fremkomme med en analyse, der skulle være langt mere relationelt inspireret end de tidlige problemformuleringer ville have tilladt³¹: Disse erkendelser udvikledes langsomt, og har været en løbende kilde til frustration og paradokser i min måde at tænke afhandlingen på i forhold til spillet mellem teori og empiri. Hvor jeg kunne følge Bennett M. Bergers udsagn:

”I delayed writing this book for several years because I couldn’t find an interpretive frame to put around the social life I observed.” (Berger 1981).

Resultatet af kategoriseringsfrustrationerne blev, at jeg valgte kategorier ud fra, dels hvad jeg havde interesseret mig mest for i datagenereringsprocessen, dels ud fra det emergende relationelle perspektiv. Kategorierne i de empiriske analyser er således ’emergeret’ ud af et samspil mellem empirien og den teoretiske proces. Man kan med en lettere omskrivning af både Kierkegaard og Weick sige, at forskningsprocessen på sin vis blev levet forlæns og forstået baglæns. Man kan også inspireret af Gubrium og Holstein se processen som et spørgsmål om *ongoing* fortolkning, hvor observationer og kategoriseringer så at sige møder hinanden og

³¹ Projektbeskrivelse nr. 3. Oktober 1999.

præger hinanden (Holstein & Gubrium 2003:21). Samtidig valgte jeg at 'bruge' det, at det var svært at få hold på entydige udlægninger af data til at understøtte mit relationelle flertydighedsperspektiv ved at skrive data frem i form af flertydighed og tilstedeværelsen af flere samtidige fortællinger, der peger i forskellige retninger. Dette øger utvivlsomt den tekstmæssige kompleksitet, fordi vi som læsere er vant til, at 'ting' så at sige er et mere begrænset antal ting. At det fx er mere entydigt, om der er et fællesskab eller ej. Og at det eksempelvis er mere entydigt, hvem der er heltene, og hvem der er skurkene (Gergen 1997). Samtidig understøtter den flertydige form bevægelsen væk fra essentialistiske perspektiver.

Resultatet blev en fusion mellem et differentierings- og et fragmenteringsperspektiv. At bibeholde et differentieringsperspektiv var tildels en konsekvens af, at det ikke er nemt at have *hjemmeperspektiv* i fragmenteringsperspektivet forstået på den måde, at det både er uvant inden for de fleste teoretiske paradigmer ikke at ordne data i mere eller mindre entydige kasser, og at der er nogle meget tydeligt indbyggede uafklaretheder og paradokser i perspektivet. Hvilken status har fx stabilitet? Det er næppe meningsfuldt blot at afløse parolen om, at 'kultur' er stabilitet med parolen om, at 'kultur' er forandring. Jeg antager, at relationen er langt mere dualitetspræget frem for dualistisk i sin karakter (jf. Giddens 1983) og et spørgsmål, der konkret er op til empirisk udforskning. Jeg søger dog at forstå differentieringsprocesser som et arbejde, der foregår i en mere fragmenteret verden. På denne vis læses differentieringsperspektivet med fragmenteringsbriller på. Dette betyder blandt andet, at resultatet af differentiering ikke anses for at være velafgrænsede kulturer med en selvstændig substans.

5.2 Metodiske implikationer

De metodiske implikationer af såvel Gubrium og Holsteins fortolkende praksis perspektiv og Blumers symbolske interaktionisme er, at menneskers 'sociale selv' og iscenesættelsen af deres identiteter skal studeres i social interaktion med andre (Holstein & Gubrium 2000:33). Den eneste oplagte metode er her observationsstudier, fordi disse er den eneste måde at studere "*social selves*" i deres "*natural environment*". Interview er som selvstændig metode mindre anvendelig, fordi andenhånds beretninger og fortolkninger samt distancerede og idealiserede repræsentationer ikke siger nok om dagligdagen (Holstein & Gubrium 2000:33).

Blumer's tredje præmis, at mening håndteres og formgives gennem en fortolkende proces, peger på at studere fortolkningsprocesser. Disse processer har to distinkte trin (Blumer 1969:5): 1) *The actor indicates to himself the things toward which he is acting. This means pointing out to himself the things that have meaning. The actor does this in interaction and communication with himself and* 2) *by virtue of this process of communicating with himself interpretation becomes a matter of handling meanings.* Blumer ser dette som en formativ proces gennem hvilken mening anvendes og revideres som instrumenter i valget af handling og ikke blot som en automatisk anvendelse af præetableret mening (Blumer 1969:5).

Holstein og Gubrium ser således Blumer's tredje præmis som rummende en opfordring til forsigtighed om ikke at tage etablerede meninger for givne (Holstein & Gubrium 2000:33). Der bør i stedet være en åbenhed for at se mening som del i en kontinuerlig proces en "ongoing" fortolkning. Dette har den metodiske implikation, at der ikke bør anvendes metoder i co-konstruktionen af data, der er så strukturerede, at de ikke tillader den kontinuerlige fortolkende proces at skinne igennem (Holstein & Gubrium 2000:33). Den metodiske implikation er her også at dokumentere artikulationen og fremkomsten af mening i så rig en detalje, som den udfoldes. Ikke i livløse analytiske kategorier og statistiske tabeller (Holstein & Gubrium 2000:33).

Anvendelsen af interview er i dette interaktionistiske perspektiv ikke en "søg og afdæk mission" men en metode i hvilken interviewer selv aktivt påvirker den fortælling, der skabes (Holstein & Gubrium 1997 i Mik-Meyer & Järvinen 2005).

5.3 Den etnografiske metode

"What we call our data are really our own construction of other people's constructions of what they and their compatriots are up to." (Geertz 1973).

Hvad er etnografi? Kort sagt betyder etno folk, grafi betyder beskrivelse. Der er altså tale om en beskrivelse af folk. Etnografi er i denne sammenhæng et begreb organisationsstudier har lånt fra antropologien, der har arbejdet med denne metode siden 1800 tallet (Tedlock 2000:456). Siden hen er etnografien optaget i sociologien og i organisationsstudier. Jones et al. (1988) taler ligefrem om organisations-

etnografi. Etnografi defineres nogle gange bredt som værende et eksplorativt studie involverende observation (jf Silverman 1985). Andre gange som længerevarende feltarbejde, hvor forskeren får et dybdegående indblik i et samfund, en organisation eller gruppe; og hvor studiet fokuserer på områder med relevans for kultur (jf. Alvesson 1999:5). Etnografi kan også ses som udgørende henholdsvis (Inspireret af Bate 1997:1151):

1. *En metode eller speciel form for feltarbejde, hvor forskeren ved hjælp af deltagerobservation, dybdegående interview og indsamling af diverse skriftlige kilder får en 'native like' fornemmelse for den lokale verden, der studeres. I modsætning til andre former for sociologisk forskning lægges der særlig vægt på det eksplorative, åbne studie, hvor de vigtigste remedier er en notesbog og en kuglepen.*
2. *Et paradigme eller en form for intellektuelt arbejde, hvor måden, hvorpå forskeren tænker det at studere kultur, spiller en væsentlig rolle. I det moderne og kritiske etnografiske paradigme ses kultur som et fænomen, der skal studeres i flertal. En organisation har således ikke en kultur, der kreeres af ledelsen, men flere kulturer.*
3. *En narrativ skriveform, hvor der lægges vægt på en levende fremstilling, der giver læseren en fornemmelse for det studerede felt.*

Den 'native like' fornemmelse, hvor formålet er at fremskrive en præsentation af 'deres verden' også kaldet den naturalistiske tilgang (Gubrium & Holstein 1997) bygger på en antagelse om, at 'deres verden' er en del af den sociale verden, der ligger derude og venter på at blive analyseret. Dette mål: to grasp the "native's point of view" blev i sin tid slået fast som genre af den klassiske antropolog Malinowski (Tedlock 2000:457). Et eksempel på et eksemplarisk studie inden for denne tradition men inden for sociologien er William Whyte's Street Corner Society (Whyte 1946), der var med til at inspirere sociologer til at komme ud i den 'virkelige verden blandt rigtige mennesker'. I denne tilgang er det ikke nok bare at være der i deres verden, forskeren skal i en vis forstand også blive en del af deres verden for rigtig at forstå den 'indefra' (Gubrium & Holstein 1997:24). Den fremstillingsform der knytter sig hertil er den "realistiske fortælling" (realist tale) (Van Maanen 1988).

I afhandlingen er det etnografiske både en overordnet metode, et paradigme og en skriveform, der anvendes i de mere empiri nære kapitler. Det er i afhandlingen ik-

ke metode i betydningen 'køgebog', der nærmere præciserer, hvordan 'data' konstrueres. Der er tale om et mere paradigmatiske udgangspunkt. Antropologen Clifford Geertz lægger på samme vis afstand til at forstå etnografi som bestående af konkrete værktøjer og metodeanvisninger, idet han svarer på spørgsmålet, hvad etnografi er, på følgende vis:

"This, it must immediately be said, is not a matter of methods. From one point of view, that of the textbook, doing ethnography is establishing rapport, selecting informants, transcribing texts, taking genealogies, mapping fields, keeping a diary, and so on. But it is not these things, techniques and received procedures, that define the enterprise. What defines it is the kind of intellectual effort it is: an elaborative venture in, to borrow a notion from Gilbert Ryle, "thick description"." (Geertz 1973:6).

Geertz skelner mellem "*thin description*" som han anser for at være en forskers kulturbeskrivelse baseret udelukkende på rådata. Det vil sige, feltnotater kulturforskeren har ført i sin feltdagbog under observationsperioden, og en "*thick description*", der opstår, når de magre data fortolkes ved, at handlinger tillægges signifikans. En "thick description" er således en sammenskrevet kombination af rådata og de betydninger, der gennem fortolkninger kan tillægges.

"the point is that between...the "thin description" ...and the "thick description"...lies the object of ethnography: a stratified hierarchy of meaningful structures in terms of which... [different types of action, min tilføjelse] are produced, perceived, and interpreted". (Geertz 1973:7).

Etnografiske beskrivelser har ifølge Geertz fire karakteristika: 1) De er fortolkende 2) De fortolker sociale diskursers flow 3) I denne fortolkning søger de at redde "det sagte" ved at fastholde det på skrift og endelig 4) Deres fokus er mikroskopisk (Geertz 1973:20-21).

"The ethnographer inscribes social discourse; he writes it down. In so doing he turns it from a passing event, which exists only in its own moment of occurrence, into an account, which exists in its inscriptions and can be reconsulted." (Geertz 1973:19).

Formålet er ifølge Geertz at nå frem til Actor-oriented descriptions (Geertz 1973:15) af "*the informal logic of actual life*" (Geertz 1973:17). Kulturbeskrivel-

ser der formår at sortere ”*winks from twitches and real winks from mimicked ones*” (Geertz 1973:16). Dette er ifølge Geertz måden, hvorpå en god etnografi kan kendes. Dette betyder også i interviewsammenhæng, at feltforskeren er nødt til at vurdere data (Robson & Foster 1989:88-89) og at lægge en afstand til den mere journalistiske fremstilling, hvor udsagn tælles op:

“The researcher’s attention should be drawn more to the relationships within the data rather than the number of people who expressed a certain viewpoint.” (Robson & Foster 1989:89).

Feltforskeren bør ikke sætte lighedstegn mellem interviewpersoners repræsentationer og det, de hævder at beskrive. Dette er blandt andet, fordi interessepolitik, perspektiv og hukommelse sætter deres præg men også af mere psykologiske årsager fordi:

”Defence mechanisms related to repression, splitting and projection are fundamental characteristics of human personality and they are important because they ward off anxiety and unpleasant feelings. Under normal circumstances people use them as a way of maintaining their mental balance.” (Schlackman 1989:62).

Med det postmodernistiske indtog i samfundsvidenskaberne fulgte repræsentationens krise og den ’*native like*’ fornemmelse blev aldrig den samme (Denzin & Lincoln 2000; Gubrium & Holstein 1997; Tedlock 2000). Norman Denzin sammenligner det at lede efter ’deres historie’ ved at ’være der’ med det mål at kunne præsentere ’deres verden’ med en situation, hvor målet er at lede efter ’det virkelige’ i et rum fuld af spejle (Denzin 1991 i Gubrium & Holstein 1997:81). Der er inden for etnografien og kvalitative studier eksperimenteret med forskellige postmodernistisk inspirerede fremstillingsformer jf. fx *cinematic ethnography* (Denzin 1991), *confessional tales* og *impressionist tales* ”(Van Maanen 1988) samt quiltarbejder, montage og bricolage (Denzin & Lincoln 2000).

Gubrium og Holsteins råd er dog ikke at smide barnet ud med badevandet. De appellerer i stedet til en ”forsigtig” og ”selvbevidst” naturalisme, som adresserer den praktiske og situerede produktion af hverdagsliv (Gubrium 1993 i Gubrium & Holstein 2000:497). Gubriums råd (givet på ph.d. kursus i København 2003) er i tråd hermed at skrive i den genre John Van Maanen kalder en ”*realist tale*” (Van Maanen 1988). Dette dels for at fastholde et fokus på ’den sociale verden’ og sam-

tidig holde sig uden for den postmodernistiske nihilistiske fælde, dels fordi genren er bredt anerkendt og retorisk potent.

De empiriske kapitler i afhandlingen bygger således til dels på denne fremstillingsform, hvor feltforskeren er usynlig i repræsentation og dermed med Van Maanens ord er *casted* som en gennemsigtig se-og-høre-maskine (Van Maanen 1988:56). Autoriteten i denne type tekst ligger i at have været der og dermed blive i stand til at komme med en fortælling om, hvordan der 'er' – som kom fortællingen fra 'de lokales' mund selv (Van Maanen 1988:66). Den kommer dog ikke fra de lokales mund men fra en co-konstruktion mellem feltforsker og det og de 'lokale'. Denne erkendelse indgår i denne afhandling i vurderingen af data og analysen men ikke som synligt element i repræsentationen. Samtidig er der dog ikke tale om en kronologisk fremadskridende, sammenhængende fortælling fra feltet. Brudsstykker fra observationsdata og interviewdata blandes med fortællinger, der sammen kan ses som en bricolage over forskellige elementer og perspektiver på identitets- og kulturarbejde.

5.4 Fra deltager observation til observation af deltagelse

Deltager observation som metode blev oprindeligt udviklet med det mål at studere små relativt homogene samfund (Tedlock 2000:465). Der ligger i modstillingen deltager og observation, at forskeren på den ene side indlever sig i de studeredes univers og på den anden side har en observerende objektiv distance hertil (Tedlock 2000:465). En distance der gør ham eller hende i stand til at beskrive det, de andre "the natives" måske tager for givet. Med det postmodernistiske afkald på at forestille sig, at det handler om objektivt at repræsentere "the natives' story" bliver det mere relevant at tale om observation af deltagelse (Tedlock 2000:465). Det signaleres her, at der ikke er tale om at være en deltager i et defineret samfund, eller i en prædefineret kultur, men at vi alle – forsker såvel som felt – indgår i deltagelse på en langt mere flertydig måde.

Iført kuglepen, en A5 notesbog og en hvid kittel observerede jeg ved at følge aktører og aktiviteter i Medicinsk Center. Hovedparten af studiet blev gennemført på den nyåbnede reumatologiske kliniks sengeafsnit F1. Andre dele af observations-

studiet blev gennemført i den reumatologiske kliniks sekretariat og ved centrale begivenheder i det medicinske center (se evt. metodebilag).

Observationsstudiet bestod først i en periode (maj – december 1999), hvor udgangspunktet primært var observation af centrale møder, steder og begivenheder samt medarbejderen og lederes hele arbejdsdage – ind i mellem med samtaler med 'de observerede'. I denne fase af observationsstudierne blev alle observationer løbende skrevet ned i en A5 notesbog. Ved observationsstudierne af de kliniske arbejdsdage var jeg iført en sygeplejerskekittel. Den hvide kittel jeg bar gav mig i nogle sammenhænge en identitet som en del af arbejdet på afdelingen. Denne *casting* trådte frem, når jeg fx hentede saftvand til patienter, viste patienter hvor toilettet lå og kørte journalvognen. At bære en kittel betød dels at jeg i mindre grad lignede et fremmedlegeme såvel for dem jeg gik blandt på F1, som blandt de løsarbejdere i form af tilsynsgående læger, laboranter, socialrådgivere osv., der kom på afdelingen og ikke kunne have vidst, om jeg var pårørende eller andet, dels at det derfor var okay at tale, som man vil gøre blandt kolleger. Kitlen gav iøvrigt den fordel, at jeg fysisk var dækket ind af en uniform. Når afdelingen forlades, tages kitlen af, smides eventuelt til vask. Man går som man kom i sit eget tøj, der på det fysiske plan har været beskyttet mod diverse faktorer som bakterier, blod og urin. På det symbolske plan består beskyttelsen af, at kitlen i princippet efterlades sammen med de indtryk, man ikke ønsker at tage med sig, når man går. Typen af kittel jeg bar var en sygeplejerskekittel – eller plejepersonalekittel. Dette kunne ses som signalerende en samhørighed med plejepersonalet. På trods af, at jeg bar skilt med navn og Handelshøjskolen var det nogle gange svært for patienter at se, at jeg ikke var en del af personalet. Dette var dog ikke noget egentligt problem. Det medførte blot, at jeg blev bedt om at hente saftvand osv.

Senere bestod observationsstudierne i en periode (januar - marts 2000), hvor interview var det primære, men hvor der også fandt observation af deltagelse i hverdagen sted. Denne gang ikke ved at følge de observerede i et helt dagarbejde men ved at følge hændelser, samtaler gennem hang around observation. Ved den sidstnævnte observationsform blev observationerne efterfølgende skrevet ned i felt-dagbogen. Dertil kommer diverse rundvisninger og møder. I anden fase var det primære formål med min tilstedeværelse at gennemføre interview, men i forbindelse hermed opstod der aktiviteter, hvor jeg observerede og efterfølgende skrev observationerne og refleksionerne ned. Samlet set er det medicinske center i fase 1

og 2 observeret i en periode, der strakte sig over 11 måneder. Observationerne er nedfældet i 144 computerskrevne sider.

Interviewundersøgelsen bestod af 21 semistrukturerede individuelle interview med ledere og medarbejdere fra forskellige faggrupper og forskellige oprindelige afdelinger (se evt. metodebilag). Et interview blev gennemført som et topersoners interview (interviewet med omsorgsmedarbejder og rengøringsassistent). I de gennemførte interview blev en åben dialogform tilstræbt, hvor relevante samtaleemner dukkede op undervejs, samtidig med at der var en række temaer og konkrete spørgsmål, der blev taget op. Disse spørgsmål har været nedfældet i en interviewguide³². Der er anvendt fire forskellige interviewguides. Én interviewguide til interviewene med den medicinske centerledelse³³, én til interviewene med den reumatologiske klinikledelse, én til interviewene med medarbejdere i den reumatologiske klinik og én til medarbejdere fra Sankt Elisabeth, der på interviewtidspunktet arbejdede på AMA. Der er en række overlap i spørgsmålene i de fire interviewguides, men også forskelle, idet de forskellige informanter repræsenterede forskellige hierarkiske og afdelingsmæssige positioner i det medicinske center, og at der netop var forskellige spørgsmål, der trængte sig på alt efter position. Interviewene er optaget på bånd og skrevet ud i deres fulde længde. De fylder mellem 5 og 33 A4 sider. Den typiske interviewlængde er ca. 20 sider. Et interview er ikke optaget på bånd men noteret ned undervejs.

5.4.1 Adgang til datagenerering

”The practice of field research is the art of the possible. It is necessary to exploit the opportunities offered in the circumstances.” (Buchanan et al. 1988:55).

Som feltforsker er man afhængig af adgang til feltet. Ingen adgang – ingen data. Det er derfor vigtigt, at det på alle relevante niveauer i organisationen anses for legitimt at være der. Det var som en del af FLOS stipendiet en bunden opgave at studiet skulle finde sted i det medicinske center på Amager Hospital og at det

³² En interviewguide består af nedskrevne præfabrikerede spørgsmål, der fungerer som ledetråd for interviewet (Patton 1990; Yin 1991).

³³ Den medicinske centerledelse er også klinikledelse for AMA. De blev dog primært interviewet som centerledelse.

skulle have et kulturperspektiv på forandringsprocesser. På hvilken måde dette skulle ske, og med fokus på hvilke processer hvor i det medicinske center, var dog et åbent spørgsmål. Selve konstruktionen betød dog, at adgang på forhånd havde centerledelsens accept. Dette var betydningsfuldt, fordi jeg dermed undgik at bruge tid og ressourcer på at skaffe adgang til en organisation.

Den reumatologiske afdelings deltagelse i studiet var frivillig forstået på den måde, at klinikledelsen af centerledelsen var blevet spurgt, om de ville have noget imod, at der kom en studerende med til deres introduktionsdag i maj 1999. Siden aftalte jeg selv med klinikledelsen og afdelingssygeplejersken, at jeg gerne ville følge deres afdeling nærmere. Så kan man spørge, om det var et sammenfald af omstændigheder – en *carbage can* – der gjorde, at Reumatologisk Klinik blev valgt. Centerchefen var den der oprindeligt foreslog, at jeg tog med til introduktionsdagen, hvor jeg første gang mødte afdelingen. Havde ledelsen en bagtanke hermed? Virkede det for dem hensigtsmæssigt at sætte fokus på mennesker, der ifølge centerlederens udsagn trængte til lidt ekstra efter alt, hvad de havde været igennem med lukningen af deres tidligere arbejdssted? Eller så ledelsen heri en anledning til en udredning af eventuelle u hensigtsmæssige kulturer importeret fra Kommunehospitalet? Kommunehospitalet havde på daværende tidspunkt ikke ry for at være specielt produktivt. En *casting* der blev talt om som værende med til at legitimere lukningen af hospitalet.

5.4.2 Interaktionen med feltet

”Our identities are always being locally negotiated – and this is as true for researcher and researched as it is for any other situation.” (Parker 2000:238).

Interaktionen med ”de studerede” er aldrig givet på forhånd, fordi den lokale forhandling af opfattelser af, hvem man er som forsker, hvorfor man er der, og hvad det er, man studerer, bl.a. medfører, at man kan have flere samtidige identiteter i omgangen med feltet (Parker 2000). Adgangen via centerledelsen betød adgang til i princippet alt, bare det ikke havde med konkrete personsager at gøre. Denne adgang kunne have betydet at jeg ville blive opfattet som ledelsens ”mand” i organisationen. *Castingen* som mulig ’spion’ registrerede jeg, når jeg blev spurgt, hvad det var jeg skrev ned. Dette er et spørgsmål, det kan være svært at svare på. Mine

svar var ofte noget i retning af: Alt, hvad jeg overhovedet kan nå at skrive ned om alt, eller så meget som muligt. Når jeg blev spurgt, hvad jeg skrev ned, var dette måske udtryk for en blanding af nysgerrighed og utryghed. Sådan ville jeg også selv have haft det, hvis én fulgte i hælene på mig og konstant skribede en masse ned i et hæfte. Når dette ikke udviklede sig til et problem, hang det måske sammen med, at der er tale om et system, der er vant til at have folk under uddannelse rennende rundt. Egentlig forbløffede det mig, hvor lille en rolle identiteten som mulig 'spion' på F1 blev anset for at have i forhold til, at adgangen oprindeligt var faciliteret af den medicinske centerledelse. Relationen kom i stedet til at være præget af åbenhed og en forventning om, at jeg ville være i stand til at forstå 'deres vanskelige vilkår' i den reumatologiske klinik. Ligesom centerledelsen også syntes at have en forventning om, at jeg ville være i stand til at forstå 'deres vanskelige ledelsesopgave'.

Det var under interviewene markant, at det havde en betydning, at jeg havde været en del af afdelingens liv forud for interviewene og derfor på forhånd havde interageret med dem, jeg senere interviewede. Dette gav en helt anden åbenhed og dybde i interviewene end jeg tidligere har oplevet i interviewsituationer, hvor man ofte kommer 'ind fra gaden'. For første gang oplevede jeg også i forbindelse med interview at få direkte og spontan positiv respons. Såvel fra ledere:

"Det har nærmest været som at være til psykolog. Har givet mig mulighed for at reflektere."

"Det har været godt. Har fået mulighed for at fortælle en hel masse, jeg ikke kan tale med min familie eller andre om. Det har været godt at sætte ord på tingene. Vi er alle meget glade for at du er her - og det har været godt du har været med helt fra starten og har interesseret dig. Der er ingen andre der har spurgt mig, hvad jeg lavede før, da jeg kom herud. Og det har jeg haft behov for at fortælle om."

"Det er sjældent, at der er så megen fokus på mig. Det har været spændende."

Som fra medarbejdere:

"Det har været godt at kunne fortælle en om det hele. Det kan jeg ikke rigtig med andre. De forstår det ikke, når de ikke kender til det at være her. Jeg taler ikke med min mand om det."

”Det har været sjovt. Det har givet mig anledning til at reflektere. Du stiller nogle gode spørgsmål, du er god til det.”

”Det har været psykisk hårdt at være med i det her interview. Jeg er blevet tvunget af dig til at sætte ord på ting, der optager mig.”

Medarbejdere har derudover jævnligt givet udtryk for, at de glædede sig til at se ”mit resultat”. Jeg tolker det sådan, at disse reaktioner også i høj grad har handlet om, at ledere og medarbejdere havde været igennem en langstrakt og hård proces. En proces hvor der ikke havde været et egentligt ledelsesmæssigt fokus på håndteringen af det, der var svært. Dermed var der en masse ting, der ikke tidligere var blevet talt systematisk om.

5.5 Sekvenser i tid og rum

Empirien består af datakonstruktioner fra forskellige tidsmæssige sekvenser og fra forskellige organisatoriske dele af og fysiske lokaliteter på Amager Hospital. Jeg har således deltaget i ledelsesgruppemøder i det medicinske center, der afholdtes i to forskellige mødelokaler på Italiensvej, et ledergruppemøde for alle ledere på Amager Hospital, der også afholdtes i et mødelokale på Italiensvej, en temadag for medicinsk centers samarbejdsudvalg, der blev afholdt i mødelokaler på et hotel inde i byen, et økonomimøde mellem centerledelsen og den reumatologiske klinikledelse, der fandt sted på centerlederens kontor på Italiensvej, et møde mellem de yngre reumatologiske læger, kardiologisk klinikchef og den medicinske centerchef, der også fandt sted på centerlederens kontor på Italiensvej. Foretaget interview med centerledelsen på deres respektive kontorer, interviewet medarbejdere på den Akutte Modtage Klinik (AMA) i et tomt patientopholdsrum. Jeg har derudover tilbragt en del tid ved forskellige lejligheder i den reumatologisk kliniks sekretariat.

Hoveddelene af samlet observationstid er dog anvendt på sengeafdeling F1 fra de første måneder i afdelingens liv, sommeren 1999, og fra begyndelsen af det efterfølgende år, januar-marts 2000, da jeg gennemførte interview og i tilknytning her til diverse ”hang around” aktiviteter. Derudover har jeg løbende telefonisk og ved enkelte besøg været i kontakt med aktører på og omkring F1. Samlet set er der i

forhold til F1 tale om indblik i to perioder i afdelingens liv samt periodevis indblik i andre tidsmæssige sekvenser.

Denne form for datakonstruktion har givet mulighed for at følge afdelingen over tid og ikke blot have en kort tidsmæssig sekvens at forholde sig til. Det bliver dermed muligt at se handlinger og relationer over et længere forløb. Dette rummer afgjort en række fordele. Omvendt giver formen anledning til en række spørgsmål: Er det muligt at sammenligne over tid? Rummer hver tidsmæssige sekvens ikke så kompleks en contexture, at det kan være svært at se på tværs? Hvilken status kan man tillægge ændringer i fysisk kontekst? Udskiftning af medarbejdere osv.? Disse spørgsmål ville i særdeleshed være centrale, hvis jeg havde valgt at skrive F1s detaljerede udviklingshistorie. En faseopdeling ville også have været relevant, hvis jeg havde skrevet om de fysiske rammer og de ændringer der skete heri med de flytninger afdelingen gennemgik. Jeg mener dog i denne sammenhæng – i de analyser jeg har valgt at skrive, at der snarere er tale om en berigelse end et problem. Fokus i analyserne er nemlig på de første fem måneder af afdelingens virke. Data fra andre tidsmæssige sekvenser er blot med til at uddybe og perspektivere og giver mulighed for at se på ændringer og gentagelsesmønstre i udvalgte relationer og fortællinger og se F1 som en *'going concern'* (Holstein & Gubrium 2000; Hughes 1971). På denne vis ser jeg tid og rum som bundet kontinuerligt sammen. Det vil blandt andet sige, at enhver interaktion binder nutid, fortid og fremtid sammen. Når medarbejdere og ledere taler om sig selv og deres afdeling binder de således erfaringer fra fortiden, deres nuværende situation og ønsker for fremtiden sammen.

5.6 Afgrænsninger

Med udgangspunkt i det eksplorative design fravalgte jeg for det første at foretage en egentlig vurdering og evaluering af dels det medicinske center som *'kulturinterventionsprojekt'* med opstilling af mål og effekter. En genre der er velbeskrevet inden for organisationsstudier, men hvor resultatet er forudsigeligt: De ønskede ændringer finder ikke sted i ønsket omfang. Dels fravalgte jeg at foretage en egentlig vurdering og evaluering af skabelsen af afdeling F1 som et fusionsprojekt med en definerbar begyndelse, midte og afslutning. Denne afgrænsning hang både sammen med behovet for at begrænse mængden af mulige data og med afhandlin-

gens ontologiske udgangspunkt. 'Fusionen' af medarbejdere ses i afhandlingen som en kontinuerlig proces – en *going concern* - hvor det ikke er relevant at udpege demarkationslinjer mellem forskellige 'udviklingsfaser'. En sådan udpegning ville ses som en reificering af forestillingen om, at sådanne faser 'findes'. Afhandlingen forholder sig heller ikke til beslutningsprocesserne, der førte frem mod fusionen mellem Sundby Hospital og Sankt Elisabeth Hospital, lukningen af Kommunehospitalet, afdeling G5 på Sønderbro og afdeling M4 på Sankt Elisabeth.

For det tredje fravalgte jeg at gå ind i patienternes perspektiver og deres personlige interaktioner med sygehus'systemet'. Dette fravalg var hovedsagelig en konsekvens af begrænsninger i ressourcer og nødvendigheden af at fokusere. Patienter er en væsentlig del af sygehusorganisationen – omend de ofte spiller deres største roller som kroppe og diagnoser. Patienter og pårørende har nemlig svært ved at opnå legitimitet i en position med direkte indflydelse (Bentsen & Borum 2001). Den passive patientrolle var tydelig på sengeafdeling F1, hvor mange af de indlagte patienter var ældre, apatiske eller immobile på grund af deres sygdom og/eller konfuse/senile. De yngre patienter var ofte misbrugere af alkohol eller andre former for stimulerende midler og dette påvirkede deres patientrolle og omgang med andre mennesker. Forhold der gjorde at patientinterview ville være en ekstra udfordring. Når dette er sagt, skal det dog også tilføjes, at der i den eksisterende forskning og viden om sygehuse synes at være et gevaldigt gab, hvad angår patientens arbejde i sygehusorganisationer. Det er jo langt fra alle patienter og pårørende, der er passive under en indlæggelse. De roller patienter og deres pårørende påtager sig som fx koordinerende person, beslutningstager og kontrollant på korrekt medicingivning og betydninger heraf er stærkt underbelyste. Der er i vid udstrækning tale om usynligt arbejde og i nogle tilfælde også arbejde, der af de ansatte opfattes som illegitimt (se Strauss et al. (1997) [1985] kapitel 8 *the Work of Patients*).

I studiet knyttet til det medicinske center på Amager Hospital er der sket en gradvis indsnævring af fokus. Den første indsnævring fandt sted med valget af den reumatologiske klinik som primært genstandsfelt. Tidspunktet for feltstudiet var sammenfaldende med tidspunktet for åbningen af en ny klinik og tilhørende sengeafsnit i det medicinske center. Da jeg anså begyndelsen på en ny afdeling, der var sammensat af medarbejdere og ledere fra Kommunehospitalet, det tidligere Sønderbro og det tidligere Sankt Elisabeth for at være en god anledning til at studere brudflader og grænsedragningsprocesser, valgte jeg, at denne klinik og mere

konkret denne afdeling skulle være afhandlingens primære empiriske område. Valget var til dels tilfældigt, idet det tidsmæssige sammenfald mellem begyndelsen af mit feltarbejde og begyndelsen af den reumatologiske klinik ikke på forhånd var planlagt. Der var tale om en lejlighed der bød sig – et tidsvindue var så at sige åbent.

Næste indsnævring fandt sted med valget om primært at interesse sig for relationer mellem aktører på sengeafsnit F1 i Reumatologisk Klinik i måden de udspillede sig omkring iscenesættelse af fællesskab og F1s relationer til omverden som ikke tilhørende dette fællesskab. At reificere sengeafdelingen til at udgøre en enhed var et pragmatisk valg, der betød, at fokus primært var på en form for socialt 'rum', der var organisatorisk genkendeligt og delvist afgrænset. Delvist fordi det ikke i alle situationer er helt indlysende, hvem der er en del af afdelingen (er fysio- og ergoterapeuter en del af afdelingen?, er rengøringspersonalet? er klinikledelsen?).

Der kunne have været valgt at fokusere på andre relationer og mange andre fænomener end fællesskabsrelationer i Reumatologisk Klinik, men valget skete efter en klar fornemmelse af at: A) Netop på dette område var der megen aktivitet og dermed megen empiri at stå i relation til – jf. *begin where people are* (Smith 1987, Smith 1990 i Gubrium & Holstein 2000:500). B) Vi - De relationer udgør en central problematik i sygehussektoren. C) jeg fandt problemstillingen teoretisk interessant, idet den gav mulighed for at diskutere et mere relationelt kulturperspektiv over for andre kulturperspektiver. Primært valgte jeg altså ud fra, hvad jeg fandt mest interessant på basis af dels mødet med feltet og den gensidige konstruktion af data, dette møde indebar, dels af mødet med forskningsmiljøet på Institut for Organisation og Arbejdssociologi (IOA).

5.6.1 Temaer

Efter at jeg mødte den reumatologiske klinik og medarbejdere og ledere på sengeafsnit F1 skrev jeg en beskrivelse af det studie, jeg ville gennemføre på afdelingen/i klinikken. På dette tidspunkt var medarbejdere og ledere fra det tidligere Sankt Elisabeth Hospital, medarbejdere og ledere fra det tidligere Kommunehospital og medarbejdere og ledere fra G5 på Sønderbro afdelingen af Amager Hospital netop sat i en situation, hvor de sammen skulle 'bebo en afdeling' - finde frem til rutiner og samarbejdsformer på afdelingen og skabe og eller videreføre samar-

bejdsrelationer med andre afdelinger og med den medicinske centerledelse. Det blev på dette tidspunkt planlagt, at jeg ville studere følgende:

- Arbejdsprocesser/operative rutiner (videreførelse og skabelse)*
- Reorienteringsprocesser (relateret til det ny)*
- Sociale processer (videreførelse og skabelse)*
- Events*

Der var under arbejdsprocesser fokus på rutiner, såsom fx tavlemøder, servering af mad, patientbadning og hjælp til personlig pleje, medicinophældning, stuegang, kardeklæsning, patienttræning og arbejdstider. Der har under reorienteringsprocesser fx været fokus på skabelsen af nye rutiner og relationer mellem medarbejdergrupper fra Sankt Elisabeth, Sønderbro og Kommunehospitalet. Under sociale processer var der fokus på fx fælles frokost og kaffepauser. Der har været særligt fokus på sygeplejerskers og andet plejepersonales (social- og sundhedsassistenter og sygehjælperes) arbejdsprocesser.

Der er co- konstrueret data om:

- Konversation
- Og andre handlinger,
- Herunder kropssprog
- Og ikke-handlinger
- Påklædning
- Fysiske rammer³⁴

Herudaf er der primært udledt inklusions- og eksklusions mekanismer i form af fx Vi - De kategoriseringer. Da jeg senere betragtede, hvad jeg egentlig havde interesseret mig mest for, stod det klart, at jeg havde interesseret mig mindre for de operative rutiner og ændringer heri og mere for, hvordan relationer udspillede sig. Jeg har i analysen privilegeret følgende relationer:

- Relationer mellem medarbejdere fra henholdsvis Sankt Elisabeth og Kommunehospitalet og Sønderbro
- Relationer mellem medarbejdere fra henholdsvis Kommunehospitalet og Sønderbro

³⁴ Udover at studere de fysiske rammer relateret til F1, besøgte jeg i maj 1999 en af de gamle reumatologiske sen-

- Relationer mellem faggrupper på sengeafsnittet
- Relationer mellem sengeafsnit og klinikledelse
- Relationer mellem sengeafsnit og medicinsk modtage center
- Relationer mellem sengeafsnit og medicinsk center
- Relationer mellem den reumatologiske klinik og det medicinske center.

5.6.2 Nedefra-op, udefra-ind

Det ligger i den etnografiske metode primært at interessere sig for arbejdet knyttet til en gruppe. Det ville fx være umuligt at følge alles arbejde på et sygehus. Derfor er det et oplagt valg som udgangspunkt at fokusere på en mere eller mindre afgrænset enhed. Her faldt valget på den reumatologiske klinik og dens tilhørende sengeafdeling. Med dette valg truffet i den etnografiske og etnometodologiske ånd var det sådan set givet, at afdelingen og klinikken ikke skulle 'forstås' i forhold til et ledelsesperspektiv på, hvordan en afdeling bør 'opføre sig' og om afdelingen levede op til de af ledelsen besluttede drifts- og kvalitetsmål. Sådanne spørgsmål tilhører andre genrer som fx produktivitets- og effektivitetstudier, evalueringer og ledelseslitteratur.

Samtidig rummer nedefra og op perspektivet også dilemmaer. På den ene side risikerer analysen at blive for etnocentrisk, fordi den primært tager udgangspunkt i sengeafdeling F1's univers - set indefra og ud. På den anden side er det netop en væsentlig pointe at fordybe sig i netop dette univers. Samtidig bliver repræsentationen i afhandlingen i sig selv til et dilemma: Hvilke grupperes interesser fremmer afhandlingen? Dette er et spørgsmål, det kan være svært at svare på, fordi de kontekster og dagsordener, en afhandling indgår i, kan være komplekse og uforudsigelige. Aktuelt kunne det dog i denne afhandling blive et problem at 'vise', hvordan den reumatologiske klinik på nogle områder kunne ses som løst koblet og i modstrid til politikker i det medicinske center.

I løbet af interview og observationer fremgik det, at der var meget forskellige interesser på spil i det medicinske center. Ledere og medarbejdere i den reumatologiske klinik lagde aldrig skjul på dette. Jeg blev ofte og i stigende grad mødt med

fortrolighed af både ledere og medarbejdere. En fortrolighed der sandsynligvis blev mig til del, fordi jeg både var tilstede og samtidig var en udenforstående uden tilknytning til hospitalets hierarkiske struktur. I nogle tilfælde indebar fortroligheden, at personer tillod sig at problematisere deres forhold til andre, de anså sig for at være en del af et fællesskab med, og på denne vis kom sprækker i ideen om fællesskab til syne, men som oftest udtaltes der mest kritik om ”fjernledelser”. Det vil sige ledelsespersoner, der sad langt væk i fx den medicinske centerledelse eller i hospitalsdirektionen. Ved flere lejligheder lå det også personer på sinde at fremhæve, hvor godt forholdet var til de andre i det nære og dermed også udglatte de forskelle der var. Det, at jeg var et kendt og fortroligt ansigt ved interviewene, betød, at denne form for formaliserede samtaler i de fleste tilfælde kom til at forløbe anderledes end de ville have gjort, hvis jeg var kommet direkte udefra. Den åbenhed jeg blev vist i mange af disse samtaler og de følelser interviewpersoner tillod at komme til syne såsom fx i flere tilfælde gråd, var med sikkerhed en konsekvens af, at vi ikke var helt fremmede over for hinanden og at der var en gensidig tillid tilstede. De forventede øjensynligt, at jeg ville kunne forstå problematikken set fra deres synspunkt. Samtidig anså de det for hemmeligt, hvad de egentlig mente om at være med i det medicinske center og vurderede, at konsekvenserne af en afsløring af, hvad de mente, ville kunne få fatal betydning for deres arbejdsforhold. Dette forhold gjorde det svært at skrive den empiriske fortælling frem. Og det var på den vis en stor lettelse for mig, at Reumatologisk Klinik lukkede i 2003.

Den medicinske centerledelse mødte mig også med relativ åbenhed om end med en højere grad af påpasselighed om, hvordan de udtalte sig om andre og om konflikter i centret. Der var åbenhed i forhold til, at jeg bare kunne deltage i de aktiviteter, jeg ønskede. Og få de fx statistiske materialer om produktion, jeg ønskede. Der var ingen hemmeligheder. Samtidig bemærkede de ved flere lejligheder ved ledelsesmøder, at dette skulle jeg ikke skrive ned, eller bringe videre, når emnet faldt på konkrete sager, der kunne opfattes som pinlige for hospitalet. Selvfølgelig kan man skelne mellem konkrete sager, der er pinlige for et hospitals omdømme og så en organisationsanalyse af mønstre i organisationen. De ”pinlige historier” er derfor udeladt. Men der opstår uværgerligt emner, der for nogle parter kan komme til at synes pinsomme. Efter at have været næsten lammet af etiske og praktiske overvejelser om, hvad og hvordan jeg skulle skrive om dem, jeg havde studeret, gik det efter at have været til et ledelsesmøde på Amager Hospital op for mig, at formidlingsproblemet tildels hang sammen med det misforhold, der var mellem på den ene side: Værdier; åbenhed og vi er alle lige. Og så hvad de alle

godt ved og opererer efter: Vi er i et hierarkisk system præget af lukkethed og straf, hvor man ikke åbent kritiserer hinanden (*det skriver du ikke ned det her vel!*). Den bombe, der kunne ligge i at afsløre meningsforskelle mellem den reumatologiske klinik og den medicinske centerledelse, detoneredes dog kraftigt ved, at medicinsk centerledelse besluttede at lukke den reumatologiske klinik.

I princippet er afhandlingen et udefra-ind perspektiv. Jeg har aldrig været ansat på hverken Amager Hospital eller på Kommunehospitalet og jeg har ikke nogen uddannelse der retfærdiggør, at jeg skulle kunne arbejde på en hospitalssegeafdeling. Nogen *total stranger* er jeg dog ikke i forhold til hospitalsarbejde. Jeg har således en fortid dels som udviklings- og planlægningsmedarbejder på et centralsygehus, dels som ansat på et sygehussektorforskningsinstitut. Endelig blev jeg under arbejdet med denne afhandling uventet del i livet på en hospitalsafdeling, da jeg samlet set har tilbragt syv måneder på fem forskellige sengeafdelinger på Rigshospitalet som patient og medindlagt forælder. Disse syv måneders '(u)frivilligt feltarbejde' satte selvfølgelig deres spor på det efterfølgende analyse- og skrivearbejde. Havde jeg haft de erfaringer, jeg indsamlede i løbet af de syv måneder, før jeg genererede data på Amager Hospital, havde studiet sandsynligvis set anderledes ud. Der havde fx nok været mere fokus på interaktionen mellem patienter og ansatte og herunder på det usynlige arbejde patienter og pårørende udfører (Se fx Strauss et al. 1997).

6. I KONTEKSTEN: CENTER-FORANDRINGSPROJEKT

”Det er vist ikke for meget sagt, at der i dag er tegn på, at hospitalsvæsenet er i splid med sig selv med frustreret personale til følge. Der er uenighed om, hvorvidt politikere, administratorer eller fagfolk skal bestemme. Der er usikkerhed om, hvem der har ansvaret for opgaven på tværs af sektorer, imellem hospitaler, afdelinger, specialer, personalegrupper og mellem kolleger. Hvem har ansvaret for behandlingen af patienterne, og hvilke ressourcer skal der være knyttet til løsning af opgaven?” (Medicinsk centerledelse 1998).

”Organizations are tools in the hands of their leaders, but they are imperfect, not completely controlled, tools, and it is a struggle to maintain control over them”. (Perrow 1986:134).

I dette kapitel beskrives det medicinske center projekt og de krav og forventninger dette stillede til sengeafdeling F1 i den reumatologiske klinik. Det medicinske center ses således som en del af den økologiske kontekst (Van Maanen & Barley 1985) og som udgørende et projekt (Gubrium & Holstein 1990) med daglig relevans for sengeafdeling F1 i den reumatologiske klinik. Samtidig ses det medicinske center på Amager Hospital som en del af en bredere H:S kontekst og som en del af et H:S projekt.

Der argumenteres i kapitlet for, at det medicinske centers projekt producerede en række krav og forventninger til den reumatologiske klinik og sengeafdeling F1. Kapitlet viser således, hvordan det medicinske centers projekt med driftsprincipper og forventninger om fx korte indlæggelsestider involverede en rolle det forventedes, at F1 skulle udfylde. Samtidig gav denne rolle på afdeling F1, som næste

kapitel vil vise, anledning til diskussioner og usikkerheder. Var en patient fx klar til udskrivning, når han eller hun kunne stå selv, eller var det først der, man rigtig kunne komme i gang med genoptræningen? Hvor tunge ville afdelingens patienter blive fremover? Der argumenteres også i kapitlet for, at det medicinske center projekt kunne ses som et kulturprojekt.

6.1 De medicinske centre som HS projekt

Det medicinske center projekt kan ikke forstås uden at se på den kontekst centret indgik i som en del af sygehusproduktionen i Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) blev etableret 1. januar 1995 efter lov nr. 1132 af december 1994 om Hovedstadens Sygehusfællesskab og eksisterede indtil januar 2007, hvor Region Hovedstaden etableredes. H:S var en offentlig servicevirksomhed (H:S Direktionen 1999:19), der indtil Kommunehospitalets lukning udgjorde 11 institutioner, herunder syv hospitaler. Samtidig var der tale om et brud med den traditionelle sygehusforvaltningsmodel, hvor sygehusenes ledelser refererede til den amtslige forvaltning. H:S havde nemlig en direktion og en bestyrelse. Dermed mindede konstruktionen om en model, der i højere grad er kendt fra det private erhvervsliv. Og dermed signaleredes et fokus på sygehusdrift som virksomhedsdrift.

Med dannelsen af Hovedstadens Sygehusfællesskab i 1995 fulgte en række omfattende ændringer af hovedstadens sygehuse. Det blev med Sygehusplan H:S 2000 besluttet at lukke Kommunehospitalet for på denne vis at nedbringe det samlede antal somatiske sengepladser med 650 senge³⁵. I alt skønnedes behovet for senge i H:S reduceret med 700 sengepladser, hvilket svarede til ca. 14 % af sengene (H:S Direktionen 1995:7). Der blev også lagt op til en personale reduktion, der fortrinsvis skulle ske ved naturlig afgang (H:S Direktionen 1996b:10)³⁶. Dette skulle føre til besparelser i driftsudgiftsniveauet på 435 mio. kr. årligt fra år 2000 (H:S Direk-

³⁵ Det pointeredes i Sygehusplan H:S 2000, at Kommunehospitalet intet optageområde, ingen skadestue, ingen akutte funktioner og ingen komplicerede og kostbare tekniske installationer havde (H:S Direktionen 1996b:9). Kommunehospitalet var i perioden 1990-1995 blevet istandsat for 90 millioner kr.

³⁶ Personaleforbruget blev i perioden 1995-1997 reduceret med ca. 800 årsværk (H:S Direktionen 1999:28).

tionen 1996b:10). Sygehusplanen medførte ændringer på alle hospitaler i HS med samling af funktioner gennem en række fusioner af afdelinger. De første flytninger fandt sted i begyndelsen af 1996. Herefter der i en periode på 15 måneder blev gennemført 150 større og mindre projekter. Heraf 22 sammenlægninger af afdelinger (H:S Direktionen 1997:7).

Der var altså i H:S et rimeligt højt fokus på økonomi og på ønsket om at holde driftsudgifterne nede. Samtidig var der en bevidsthed om, at dette ikke altid er befordrende for motivation i arbejdet:

”Rammereduktioner i H:S i en tid hvor andre sygehusvæsener øger udgifterne lægger et stort pres på personalet i H:S.” (H:S Direktionen 1999).

”Det er en generel frustration på både ledelsesniveau og hos medarbejdere at så stor en del af diskussionen, både internt i H:S og eksternt i forhold til samarbejdspartnere og i medierne, er tvunget til at handle om økonomi.” (H:S Direktionen 1999:35).

Som et led i Sygehusplan H:S 2000 skulle de specialiserede funktioner primært samles på Rigshospitalet. De resterende hospitaler skulle så i overvejende grad koncentrere sig om de såkaldt mere basale opgaver. Dette skulle medføre en ændring af det medicinske område, så det i højere grad var rettet mod basisbehandling af den ’almindelige medicinske patient’, som ifølge H:S udgjorde ca. 85-90 % af patienterne på de medicinske afdelinger (H:S Direktionen 1999). Et bærende element i denne ændring var oprettelsen af medicinske centre. Disse blev oprettet i 1998 på Hvidovre, Bispebjerg, Frederiksberg og Amager Hospital. Rigshospitalet havde allerede indført en centerstruktur i 1994 (Borum & Bentsen 1999b). Målet med de medicinske centre var:

- At optimere patientbehandlingen
- At optimere ressourceanvendelsen
- At tilpasse hospitalernes specialiseringsgrad til den store andel af patienter, som lider af almindelige medicinske sygdomme (H:S Direktionen 1996b:44).

Det vil ’oversat’ sige (min fortolkning af Sygehusplan H:S 2000), at de medicinske centre overordnet set skulle opfylde tre mål: A) Bedre forløb for patienter med ’almindelige medicinske lidelser’ blandt andre en række kroniske patienter med en

høj genindlæggelsesfrekvens. B) Denne indsats skulle foregå så omkostningseffektivt som muligt blandt andet ved nedbringelse af liggetider og ændringer i vagtberedskaber og C) Lægernes arbejde³⁷ på de fire 'almindelige' hospitaler skulle være mindre specialiseret og mere generaliseret rettet mod det almindelige. Eksempelvis skulle specialiserede funktioner som landsdelsfunktioner ikke varetages i centrene (H:S Direktionen 1996b:44). Derimod lagde H:S Direktionens Grovskitse op til en oprustning af indsatsen over for de almindelige lidelser. Hvilket blandt andet ville sige geriatri, genoptræning, apopleksi, psykiatri og skadestuefunktionen (H:S Direktionen 1995:19).

Der var ifølge H:S tale om et forsøg på at gøre op med lægernes og de medicinske specialers tendens til at tænke i specialepatienter:

”I debatter om sygehusvæsenet, i prioritering af indsatsen og i organiseringen lægges oftest forholdsvis mindre vægt på de almindelige, men ofte langvarige og belastende lidelser end på de sygdomme, som kræver højt specialiseret udredning og behandling. I denne Sygehusplan er der gjort op med den holdning.”(H:S Direktionen 1996b:33).

Med de medicinske centre skulle der foretages en helt ny og mere tværgående koordinering af arbejdet på de medicinske afdelinger. Centerstrukturen blev således også i Rigshospitalets handlingsplan lanceret som et brud med den lægefaglige specialisering som sygehusets overordnede struktureringskriterium (Borum & Bentsen 1999a:262). Grovskitsen iscenesatte et opgør med ideen om andenrangshospitaler (H:S Direktionen 1995:19) og ideen om at det højt specialiserede var det fine på sygehusene (H:S Direktionen 1995:19). Fokus skulle ikke længere være på de enkelte afdelingers specialiserede behandling men på at få helheden til at fungere. Værktøjer hertil var på de medicinske centre etableringen af centerledelser, etableringen af en fælles center økonomi, centerdefinerede retningslinjer for visitation, en fælles akut modtageafdeling, som centerledelserne også er klinikledelse for og etableringen af fællesvagt for lægerne i centrene³⁸. Med andre ord var der lagt op til et gennemgribende opgør med det at orientere det lægelige arbejde mod specialepatienter – blandt andet gennem ændringer i de beslutningskompetencer afdelingsledelser før havde haft inden for de medicinske områder.

³⁷ Når der her står 'lægernes arbejde', så hænger dette sammen med, at H:S primært sætter fokus på behandling og udredning, som på sygehusene er lægernes kompetenceområde.

³⁸ Se Sidsel Vinges afhandling om det lægelige arbejde i de medicinske centre for en gennemgang af 'projekt medicinske centre' i H:S (Vinge 2003).

'Projekt medicinske centre' kan således ses som et styringsværktøj, der skulle producere en økonomisk effektiv produktion af 'basispatienter'.

En effektiv produktion af patienter i de medicinske centre forudsætter, at der er 'aftagere' i den anden ende. Internt i centret betød dette, at de andre klinikker skulle aftage patienter fra den akutte modtage klinik (AMA). I relation til centrets omverden betød dette, at de kommunale ordninger vedrørende hjemmepleje og hjemmehjælp skulle kunne tage over i det videre forløb. Ligesom eksempelvis patienternes praktiserende læger skulle kunne gå ind i en videre tolkning af de undersøgelser, der var blevet gennemført under indlæggelsen. Hvor sidstnævnte primært koordineredes gennem udsendelsen af en epikrise, krævede førstnævnte kontakt via telefon, fax³⁹ og i nogle tilfælde en hjemmeplejekonference. En væsentlig aftager var derudover plejehjemmene tilknyttet optageområdet. Således skriver H:S Direktionen i Sygehusplan H:S 2000, at det er vigtigt af hensyn til borgerne at sikre, at så få som muligt opholder sig på hospitalerne, efter at behovet for sygehusbehandling er ophørt (H:S Direktionen 1996b:75). Her fokuserer H:S Direktionen på hensynet til de patienter, der ligger og venter på en plejehjemsplads. I det produktionsmæssige perspektiv er patienter der blot 'ligger og venter' dog et problem, idet disse patienter ikke 'aftages', sådan som det ville være hensigtsmæssigt set ud fra effektiv centerproduktion.

6.2 F1 som del af 'projekt medicinsk center'

Etableringen af Amager Hospital ved fusionen mellem Sundby Hospital og Sankt Elisabeth Hospital var også et element i Sygehusplan H:S 2000 som et fællesskab mellem H:S og Københavns Amt (H:S Direktionen 1999:25). Indtil da havde de to hospitaler, der hørte under hver sit amt, delt Amagers borgere imellem sig. Sankt Elisabeth Hospital på Hans Bogbinders Alle på Amager åbnede i 1905 og blev drevet af den katolske nonneorden Sankt Elisabeth Søstrene⁴⁰. Hospitalet var siden

³⁹ Heraf udtrykket: 'Patienten er færdigfaxet'.

⁴⁰ Sankt Elisabeth Søstrene er i dag et ud af 18 kvindelige ordenssamfund under den katolske kirke i Danmark. Kilde: www.katolsk.dk 9. oktober 2006.

kommunalreformen i 1970 blevet drevet som et almindeligt offentligt sygehus indtil det i 1997 blev lagt sammen med Sundby Hospital på Italiensvej.

På Amager Hospital blev Medicinsk Center åbnet den 1.8. 1998 knap et år før den reumatologiske klinik og sengeafdeling F1 åbnede. Den medicinske centerledelse havde deres kontorer på anden sal på Italiensvej. Centerledelsen bestod af centerchefen, der var læge og en centerchefsysteplejerske. Centerledelsen var samtidig klinikledelse på Akut Modtageklinik (AMA), der lå nedenunder, hvorigennem hovedparten af patienter i medicinsk center blev indlagt. Afdeling F1 modtog næsten udelukkende sine patienter fra AMA.

Centerchefen og centerchefsysteplejersken havde kendt hinanden i mange år. De havde tidligere været afdelingsledelse sammen på Sundby Hospital. De gav udtryk for at dele visionen om at skabe en ny måde at organisere det medicinske område på. I denne vision var Afdeling F1 en blandt andre afdelinger i det medicinske center.

”Jeg har altid syntes, at det at lave noget bredt og stort, som favnede alle patienterne, det manglede, og det passede. Det er det, jeg synes præcist, at centret gør. At der kan man samle det antal specialister, man skal bruge, for at kunne hele spektret.” (Interview med centerchefsysteplejerske, februar 2000).

Ifølge Centerledelsen faldt oprettelsen af det medicinske center på Amager Hospital i høj grad i tråd med deres egen tankegang om en ny og hensigtsmæssig måde at organisere sig på. De gav udtryk for som daværende administrerende overlæge og oversysteplejerske at være blevet hørt i processen. Senere fik de stillingerne som centerchef og centerchefsysteplejerske⁴¹. Centerledelsen var således ikke blot orienteret mod at skabe et medicinsk center på Amager Hospital men også orienteret mod at fremme væsentlige elementer i centertankegangen i det bredere sygehusfelt.

⁴¹ Interview med centerchefsysteplejersken, februar 2000.

6.2.1 Pres på sengene og behovet for planlægning

”Det er jo betroede midler i sundhedsvæsenet. Vi skal bruge dem, så godt vi kan. Det er vores mantra.” (Interview med centerchefsygeplejerske, februar 2000).

I perioden 1989-1999 faldt antallet af sengepladser på medicinske afdelinger i hele landet med 6,1 %. Samtidig steg antallet af udskrivninger med 2,1 %. De medicinske afdelinger havde således gradvist flere patienter indlagt på færre sengepladser (Sundhedsstyrelsen 2001). Patienterne lå dog i kortere tid, således at der i perioden var et samlet fald i antallet af sengedage på 3,2 %. Den gennemsnitlige liggetid faldt 5,3 % (Sundhedsstyrelsen 2001).

Det medicinske center på Amager Hospital havde et optageområde, der dækkede Amager og Christianshavn. Det vil sige ca. 155.000 personer⁴². På trods af, at Amager kunne karakteriseres som udgørende et socialt og dermed også sygdomsbelastet område i København, havde det medicinske center ifølge centerledelsen færre senge pr. 100.000 indbyggere end de andre sygehuse, de sammenlignede sig med⁴³. Samtidig havde intern medicinsk afdeling i det medicinske center i 1999 ifølge en analyse publiceret i Ugeskrift for Læger landets korteste liggetid blandt medicinske afdelinger (Madsen et al. 2002). Det vil sige ca. 3,5 dage mod et landsgennemsnit på ca. 6 dage for medicinske afdelinger med akutmodtagelse (Madsen et al. 2002). Med andre ord var der tale om et medicinsk center med et højt patientflow og et stort pres på sengene.

For medicinsk centerledelse handlede presset på sengene og ressourcerne primært om at sikre en mere hensigtsmæssig planlægning.

”Planlægning kan modvirke ligegyldighed. Planlægning af patientforløb stiller, ligesom visitation, store faglige krav.” (Medicinsk centerledelse 1998:9).

”Gang på gang ser jeg, at det, der går galt, det skyldes dårlig planlægning og ikke manglende ressourcer. Og det er altid det, de råber på: Vi

⁴² Interview med centerchefsygeplejersken, februar 2000.

⁴³ Interview med centerchefsygeplejersken, februar 2000. Generelt er der en relativt høj sygelighed og overdødelighed blandt H:S borgere (H:S Direktionen 1999:32). Dette fører sammen med en stigning i antallet af indlagte patienter som venter på en plejehjemsplads til et relativt overforbrug af sengedage i H:S.

mangler ressourcer – vi må have noget mere. Det er det, folk siger. Men det, der kunne løse det, var i virkeligheden bedre planlægning. Selv om man bliver flere, så hvis du ikke er blevet bedre til at planlægge, så vil man stadigvæk stå i den situation.” (Interview med centerchefspsygeplejerske, februar 2000).

Denne planlægning havde centerledelsen arbejdet med siden 1992, hvor de som nyudnævnt afdelingsledelse på den daværende medicinske afdeling på Sundby igangsatte et projekt, der lancerede en ny udskrivningspolitik. En politik der via en kortere men mere effektiv indlæggelse skulle løse problemet med konstant overbelægning (Kjærgaard 1994). I det medicinske center blev denne indsats blandt andet omsat i udarbejdelsen af en række tværfaglige mål og driftsprincipper, hvis formål det var at sikre effektive og korte indlæggelsesforløb. (Præsentation af Medicinsk Center, Centerledelsen 1998):

- Alle patienter skal have tildelt plads på en sygestue senest kl. 12.00.
- Der skal foreligge en plan for det samlede indlæggelsesforløb senest 24 timer efter indlæggelsen med angivelse af foreløbig udskrivningsdato.
- Alle patienter skal inden for 24 timer kunne modtages til ambulant kontrol.
- Af hensyn til sikkerhed i patientbehandlingen færdiggøres alt patientrelateret arbejde dag for dag.
- Patienter skal medgives epikrise (udskrivelsesbrev) ved udskrivelse

Disse driftsprincipper var ifølge centerchefen et kardinalpunkt i visionen for måden at drive det medicinske center på:

”Jeg gør meget ud af at sige, at vi har fælles driftsprincipper for centret. Der er ikke nogen mening i, at vi har et center med mindre vi har fælles driftsprincipper og bliver fælles om nogle ting, og det betyder, at frihedsgraderne bliver mindre end før, at man klart forstår, at man er nødt til at tilpasse sig i forhold til hinanden, når man er i en centerstruktur. Det er idéen med det.” (Interview med centerchef, marts 2000).

Samtidig blev der indført tavlemøder. Disse tavlemøder blev set som et væsentligt værktøj til gennemførelse af målene. Ved tavlemøderne var det meningen, at planer for alle indlagte patienter skulle gennemgås. På AMA var tavlemødet endvidere en anledning til at visitere patienter til andre klinikker og dermed presse på for

udskrivelse af de patienter, der kunne udskrives. Tavlemøder var med til at strukturere hverdagen, ikke kun fordi de lagde op til en bestemt tværfaglig måde at mødes på, hvor der lagdes planer for, hvad der skulle ske med patienterne den og de kommende dage, men også fordi det var blevet besluttet i centret og diskuteret i ledelsesgruppen⁴⁴, at tavlemødet skulle finde sted kl. 8.30 hver dag på alle sengeafdelinger. På det strukturelle plan gav tavlemøderne derfor en ensartethed i hele det medicinske center. Den medicinske centerledelse opfordrede også deres klinikledelser til at deltage dagligt i tavlemøderne for at bruge dem som et aktivt ledelsesværktøj i sikringen af korte og effektive indlæggelsesforløb:

”Foruden at vi taler om patienten, så kan du der som leder til stadighed fremhæve de principper, som klinikken skal gennemføre ligesom centret skal gennemføre. Det er noget med at snakke om, om tingene er planlagt, at fjerne spildtid, at vi skal tage os af de opgaver, vi er sat til at tage os af på hospitalet. Det vil sige ekspertydelse på højt niveau mens primærsektoren tager sig af deres.” (Interview med centerchef, marts 2000).

6.3 Den almindelige medicinske ’ikke spændende’ patient

”95 % af vore patienter er basispatienter og 5 % er ekspertpatienter – nu sætter jeg det meget på spidsen - og så interesserer lægerne sig ofte for de 5 %. Der er det, jeg siger: Kan vi ikke prøve at blive enige om i hvilken retning, vi skal gå for de 95 %. Det kunne være interessant at beskæftige sig med og få organisationen til at fungere omkring de 95 %”. (Interview med centerchef, marts 2000).

”Det er i forvejen et problem, det jeg taler om, at læger fokuserer for meget på deres grenspeciale. De taler om, at der er patienter, der er spændende, og det er dem, der rigtigt drejer sig om deres grenspeciale. Derfor er det for mig at se afgørende, at vi påvirker lægers holdning de

⁴⁴ Da nogle klinikker, blandt andet den Reumatologiske, havde indvendinger mod, at tavlemødet skulle finde sted kl. 8.30 havde der været mange diskussioner herom.

kommende år til hvad der er vigtigt at beskæftige sig med. Og det er det brede for alle patienter, den almindelige interne medicinske ”ikke spændende” patient og hvis Speciallægekommisionen går i retning af at nedlægge grundspecialet, jamen så vil det styrke lægernes fokusering på deres hovedinteresseområde, og derefter vil der være endnu flere patienter, der ”sætter sig imellem stolene”. Det er jeg faktisk stærkt bekymret for. (Interview med centerchef, marts 2000).

Formålet med det medicinske center på Amager Hospital var ifølge centerledelsen - og i tråd med Syghusplan H:S 2000 - blandt andet at få en ”stærk basisbehandling” og nogle ”smidigere patientforløb”⁴⁵. Hvor lægerne frem for at tænke i eget speciale også havde fokus på at tænke på tværs:

”Det er meget vigtigt for livet i de medicinske centre, for at de kan løse deres opgave, at man tænker på tværs af grenspecialet. Fordi en meget stor del af vores patienter er gamle, kroniske syge med flere sygdomme samtidig. Dem kan du ikke bare anbringe i et grenspeciale, fx hjertesygdomme, for de har muligvis også noget sukkersyge og så har de dårlige lunger. Og derfor kan du heller ikke anbringe dem i lungespecialet eller et speciale, der har med sukkersyge at gøre. Og hvis man som læge kun fokuserer på sit grenspeciale, så kommer patienterne ikke til at passe ind i kasserne. (Interview med centerchefen, marts 2000).

Centerledelsen så således centerkonstruktionen som en måde at gøre op med billedet af den traditionelle overlæge, der selv bestyrer sin tid og planlægger sit eget arbejdsindhold:

”Der findes ikke sådan små niches, man kan sidde og gemme sig i og sidde og studere et eller andet. Man er med på vognen og man skal komme med sin ekspertviden til præcis de patienter, der har behov for en og man skal faktisk være på hver dag. Man er ikke bare sådan en, der kan hidkaldes en gang imellem, når det passer én. [...] Jeg vil ikke sige, at det ikke kunne lade sig gøre uden at lave centre, men det befordrer det i hvert fald ganske meget. Fordi det bliver meget mere synligt, hvem der er ansat, hvad vi laver og hvorfor vi gør det.” (Interview med centerchefs sygeplejerske, februar 2000).

⁴⁵ Interview med centerchefen, marts 2000.

”Hvis man ser overordnet og samlet på det, så har det givet flere mande-år. Og frem for alt så vil patienterne opleve de læger, som har forstand på lige præcis dem, de er tilstede der. De dukker op og er med. Jeg er jo fra en tid, hvor jeg kan huske, hvordan man skrev en henvisning og så i løbet af en uges tid, så kom den der patient, man havde bedt om at blive kigget på, igennem specialet. Fordi det var fra en anden afdeling og de havde ikke tid.” (Interview med centerchefsygeplejerske, februar 2000).

Centret skulle således gøre op med lægeprofessionens traditionelle autonomi, magt og kontrol over eget arbejde (jf. beskrivelsen i kapitel 2) og i stedet fremme fokus på en hurtig, koordineret, fælles lægefaglig indsats omkring patienterne.

6.3.1 Økonomi og drift – de forbundne kar

”Det er vigtigt, at den enkelte medarbejder har indsigt i de økonomiske betingelser, der gælder for drift af en hospitalsafdeling. Kendskab til pris på præparater, diagnostiske undersøgelser, linned, mad osv. er grundlag for et ansvarligt ressourceforbrug. Opgaven skal løses inden for den givne økonomiske ramme. Det nytter ikke, at man ved behandling af den enkelte patient optræder som om, man har flere ressourcer til rådighed, end man rent faktisk har. Dette kræver prioritering på alle niveauer. Pengene kan kun bruges en gang.” (Medicinsk centerledelse 1998:11).

Af præsentation af Medicinsk Center fremgik det, at det medicinske center med det antal indlæggelser, der var og det antal senge, der var til rådighed kun havde mulighed for i gennemsnit at tilbyde den enkelte patient ca. 6,8 dages indlæggelse. Samtidig fremgik det, at det var op til alle medarbejdere at prioritere. Det ville blandt andet sige, at ved løsningen af den enkelte patients problemer, så måtte man stadig bevare helhedssynet og erkende ansvaret for alle patienterne i centret (Medicinsk centerledelse 1998:11). Hvis en medarbejder havde brugt for mange ressourcer, så måtte en anden bruge færre. Dette betød også, at hvis der blev indlagt 25 akutte patienter, så skulle der også udskrives 25 patienter. Hvis et afsnit således kun udskrev få patienter, ville andre afsnit skulle udskrive flere (Medicinsk centerledelse 1998:11). Samtidig skrev centerledelsen, at effektivisering og det

øgede arbejdstempo ville føre til større krav til sundhedspersonalets optræden overfor patienter og pårørende og at:

”Effektivitet må ikke føre til, at patienter og pårørende opfatter kontakten til sundhedsvæsenet som rå og lemfældig.” (Medicinsk centerledelse 1998:13).

Det fremgik endvidere af præsentationen, at centerledelsen månedligt ville orientere om de enkelte sengeafsnits indlæggelsestal og gennemsnitlige liggetid. Dette med henblik på at foretage en sammenligning og diskutere driften og ressourcefordeling i centret (Medicinsk centerledelse 1998:11). Dette foregik blandt andet ved et månedligt møde mellem hver enkelt klinikledelse og den medicinske centerledelse og centrets kontroller. En væsentlig del af relationen mellem center og klinik bestod i tråd hermed i løbende overvågning af og dialog om overholdelse af klinik budgettet. Hver måned fik klinikledelserne en oversigt over deres forbrug af ressourcer, såsom antallet af indlagte, liggetider og eventuelt brug af vikarer. Denne feedback blev iscenesat som en sikring af ansvarlighed og som gørende en rationel diskussion af brugen af ressourcer mulig. Hver anden tirsdag formiddag mødtes centerledelsen derudover med samtlige klinikledelser i Medicinsk Center til *ledergruppemøder*. Møderne fandt sted i centerledelsens mødelokale på Italiensvej, og centerledelsens sekretær tog referat. Ledergruppemøderne kunne blandt andet ses som havende det formål, at alle centrets klinikledelser skulle gøres til medansvarlige for centrets samlede udvikling. Her søgte centerledelsen at præge klinikledelsernes holdninger og uoverenstemmelser søgtes stemt af. Centerchefen sagde herom:

”Jeg betragter det selv som meget vigtigt for at sikre, at ledergruppen er velinformeret og for at få udviklet nogle principper, som vi hver især synes, vi skal arbejde med. Vi kan i meget høj grad præge ledergruppen. Jeg ønsker, ledere skal præge videre.” (Interview med centerchef, marts 2000).

Ledergruppen mødtes derudover til udvalgte temaarrangementer. Og deltog også i ledelsesmøder på hospitals niveau hver 14. dag, hvor sygehusdirektionen også deltog.

6.4 Ønskede og uønskede kulturer i centret

Medicinsk center havde udviklet et værdigrundlag. Værdigrundlaget var blevet til på en temadag, hvor klinikledelserne var inviterede. Værdigrundlaget bestod af fire formulerede værdier som både ”gælder i forhold til patienter og i forhold til samarbejdet mellem kolleger” (Medicinsk centerledelse 1998). De fire værdier var:

- Ansvarlighed for helheden
- Engagement
- Professionalisme
- Hjælpsomhed

Til hver af de fire værdier knyttede der sig nogle uddybende linier. I præsentation af Medicinsk Center havde centerledelsen skrevet, at værdierne var ment som nogle grundlæggende principper for, hvordan det daglige arbejde skulle varetages. Principper medarbejdere kunne støtte sig til i en hverdag, der var præget af et stort arbejdspress samtidig med, at samfundets krav til hospitaler øgedes (Medicinsk centerledelse 1998:2). Fx skrev centerledelsen i forbindelse med konsekvenserne af effektiviseringen, at patienter har et stort behov for at medarbejdere lever op til centrets værdigrundlag (Medicinsk centerledelse 1998:13). Og det forventedes, at personalet også i pressede situationer optræder professionelt og bevarer ro og værdighed (Medicinsk centerledelse 1998:13).

Det var således op til den enkelte medarbejder at oversætte driftsprincipperne og værdigrundlaget til egen praksis, således at medarbejderen på den ene side arbejdede effektivt, ressourcebevist og dermed sikrede korte indlæggelser, på den anden side var det også op til medarbejderen at sikre, at patienten oplevede at blive behandlet ordentligt.

Set i lyset af det medicinske centers mål og fokus på driften kunne Centrets værdigrundlag ses som et ønske om at skabe en ’tværgående kultur’, hvor de enkelte medarbejdere orienterede sig mod at få centerhelheden til at fungere. Ved rekruttering af eksempelvis overlæger tænkte centerledelsen derfor også i, hvem der bedst kunne fremme den ønskede kultur:

”Jeg synes, det er ekstremt vigtigt at få nogle kulturbærende personer. Kulturbærende – ha’ et kontinuum, hvilket især er vigtigt, når der er så stor udskiftning i den yngre del af lægegruppen. Så synes jeg, det er enormt vigtigt, at der er nogle, der kender centret, ved hvordan centret arbejder, og hvad det er, vi lægger vægt på. For det kan være langt vigtigere, end at vi hver gang satser på at få nyt blod ind.” (Interview med Centerchef, marts 2000).

Ifølge centerchefen talte dette således for at rekruttere indefra. Ifølge centerledelsen var det medicinske center ikke nogen homogen gruppe. Ifølge centerchefsyrgeplejersken var der store forskelle på klinikkerne i det medicinske center. Dem fra Sønderbro lå geografisk lidt afsides og havde traditionelt syntes, at de ikke havde så megen indflydelse. Dem fra Kommunehospitalet var også anderledes. Dem i akutfunktionerne syntes typisk de skulle trække en stor del af læsset. Samtidig mente centerchefsyrgeplejersken, at der er et generelt skel mellem sygeplejersker i det akutte og det ikke akutte arbejde:

”Skadestuesyrgeplejersker, modtagesyrgeplejersker og intensivsygeplejersker, de har – hvis man gik ind og lavede en profil på dem – en helt anden indstilling til mange ting end fx dem, der går i de geriatri-ske afdelinger, som har nogle helt andre værdier – altså dybe værdier.” (Interview med centerchefsyrgeplejersken, februar 2000).

Der var ifølge den medicinske centerledelse også kulturer i det medicinske center, der var uønskede. Kulturer der repræsenterede: ”Hvordan vi gjorde og tænkte før i tiden”. Disse ansås i bedste fald for en udfordring, i værste fald for en trussel mod centerledelsens projekt om at skabe en fælles kultur.

”Jeg er nervøs for, at der sidder folk med kultur fra deres gamle arbejdsplads i vores organisation. Det er i virkeligheden det, jeg talte om før, når vi snakker om, at der er nogle klinikker, som ikke er så glade for at være i centret. Det er i virkeligheden fordi, der sidder nogle gamle kulturer, der ikke vil integreres, for de kan ikke se perspektivet i at integreres.” (Interview med Centerchef, marts 2000).

Ifølge centerledelsen hang disse kulturer således sammen med et ønske om at opretholde en autonomi frem for at lade sig integrere. Den medicinske centerledelse gav udtryk for løbende at mærke klinikers forsøg på at opretholde autonomi fx ved:

”Det mærker jeg ved, at de ikke er tilstrækkeligt i stand til at tænke overordnet over de ting, der foregår og forstå essensen i det, men søger tilbage i de mønstre, der var tidligere. Altså søger forståelse fra eget fag ved at det var nemmere dengang, fordi da gjorde vi det, der passede os selv i stedet for at forstå, hvad perspektivet er med at få alle grenspecialerne til at fungere godt sammen, og være med om patienten fra starten af indlæggelsen.” (Interview med Centerchef, marts 2000).

Disse kulturer ansås også for at modvirke centereffektiviteten ved igennem ”fedtspil” at begrænse den set fra centrets side mest optimale placering af patienter:

”Man kunne fx tænke sig, at en læge siger, at den der patient tager jeg mig i særlig grad af og den patient vil jeg gerne have indlagt i min klinik, hvor vi overordnet den dag kan have den situation senere, at vi i utrolig høj grad mangler sengeplads. Er det en patient, der passer godt ind – dem lægen fra gamle dage gerne vil arbejde med, så vi har patienter liggende på gangene, når vi er færdige med arbejdet.” (Interview med Centerchef, marts 2000).

Den manglende ”fællesforståelse” af, hvilke patienter skulle ligge hvor, betød således, at der var klinikker, der stadig tænkte i, hvem der burde være **deres** patienter. Og at der var klinikker, der var utilfredse med at skulle modtage patienter, de ikke syntes var deres.

”Udviklingsperspektivet er fx, at man fortsat skal gøre meget for at fjerne spildtid og sikre, at der umiddelbart tages stilling til, hvad der skal ske med patienterne. At der bliver en større fællesforståelse af, hvilke patienter, der skal ligge hvor – altså det er institutionsdiskussionen. Vi har jo klinikker, der synes, at de får de patienter, andre ikke vil have, og så længe det er sådan, så har vi i hvert fald væsentlige problemer at arbejde med.” (Interview med Centerchef, marts 2000).

Den medicinske centerledelse havde forud for introduktionsmødet for medarbejderne fra Kommunehospitalet (se kapitel 7) tænkt over, at der nu kom en gruppe medarbejdere og ledere fra Kommunehospitalet. De tænkte, at her kommer der en gruppe, der har haft det svært. Samtidig var de også bange for, at der med gruppen skulle importeres en uønsket kultur jf. (Van Maanen & Barley 1985). De havde nemlig hørt om en hel afdeling, der flyttede ud fra Kommunehospitalet til et andet

hospital, hvor de på en række områder blev ved med at opføre sig som om, de var en afdeling på Kommunehospitalet.

”Da Kommunehospitalet holdt op med at være akutsygehus [...] flyttede den ortopædkirurgiske afdeling som en samlet enhed. Og det tog i hvert fald 5 år inden de holdt op med at sige KH. Der var intet brudt overhovedet på deres kultur, alt var lige som det havde været på KH. Det var kun spørgsmål om geografi. [...] For mig at se gav det store problemer, for de blev ikke integreret. Det tog lang tid, og inden de blev skiftet ud stille og roligt, der gik der mange sår og skår i det samarbejde, fordi der blev lidt krig imellem kulturerne. Der var ingen, der satte spørgsmålstegn ved det. De skulle ikke spredes, de skulle bare flytte. Det synes jeg, vi har lært af og sagt, at det skal vi prøve at tage højde for. At få det blandet lidt og få blandede kulturer, så man i hvert fald ikke har sådan jernring omkring det, man kommer med. For det går ikke.” (Interview med centerchefsygeplejersken, februar 2000).

Centerledelsen anså således på forhånd medarbejderne og lederne fra Kommunehospitalet som udgørende en anden kultur og det var på forhånd vigtigt at sikre sig, at denne ’kultur’ ikke kom til at fylde for meget. Og det var derfor anset for et mål at fusionere de udflyttede medarbejdere med medarbejdere fra andre afdelinger for at ’fortynde’ eller ændre den importerede uønskede kultur.

6.5 Diskussion: Om fusionsledelse og det medicinske center projekt

”Situationen er sådan, at huset vel generelt lige knap nok har senge nok til den patientmasse, der egentlig er. Så kunsten er ikke at komme til at skændes indbyrdes, og finde ud af, at det er en fælles opgave at få løst det her så rimeligt, som vi kan. Det er det, der er kunsten.” (Interview med ledende overfysioterapeut, tidl. Sundby, januar 2000).

Organisatorisk var Reumatologisk Klinik placeret som en del af et medicinsk center. Ledelsesmæssigt og budgetmæssigt hørte klinikken dermed under den medicinske centerledelse. Som det er fremgået af beskrivelsen af det medicinske center

projekt på Amager Hospital stillede Medicinsk Center krav om formeringen af en ny tværgående og samarbejdende medicinsk kultur og fælles center identitet. Ska-belsen af en centertankegang hvor projektet var fælles. Målene og værdierne var fælles. Et center hvor der ikke var forkerte og uønskede kulturer importeret fra andre hospitaler. Det var en del af centerledelsens intention at fremme en fælles centerkultur og modvirke dannelsen og fortsættelsen af uønskede kulturer i centret.

Formålet med centrets projekt var at optimere patientbehandlingen inden for de givne ressourcer ved at skabe en kultur, hvor man hjalp hinanden på tværs med hele tiden at sikre de mest optimale og smidige indlæggelsesforløb. Dette betød, at den såkaldte basisbehandling skulle sikres bedre vilkår, end den traditionelt blev anset for at have haft på danske sygehuse, hvor grenspecialerne havde været i fokus. Ideen var dermed at forbedre indlæggelsesforløb til glæde for flertallet af patienter, som fejlede helt almindelige medicinske ting. De mere smidige patientforløb skulle dels være med til at løse presset på de medicinske senge, dels give et bedre indlæggelsesforløb for den enkelte med kortere indlæggelsestid - ud fra tankegangen, at patienten har det bedst derhjemme og ønsker mindre ventetid under indlæggelsen.

Dette kunne for Reumatologisk Klinik opfattes som en trussel mod en egen selvstændig fagidentitet. Hele pointen set fra centrets side var jo netop at gøre op med den traditionelle måde at tænke i grenspecialer og indbyrdes konkurrence om ressourcer herimellem.

Centerledelsens projekt var således også et 'kulturprojekt', der forudsatte 'kulturledelse' og 'kulturintervention'. Der italesattes et ønske om en fælles center kultur, hvor patienter skulle flyde gennem systemet i planlagte forløb. Og projektet lagde op til en organisering af medarbejderidentiteter som værende *fleksible* (kan flyttes rundt med i centerorganisationen), *effektive* (planlægger og fremmer hurtig udskrivelse) og *helhedsorienterede* (det vil sige orienterede mod centret og ikke blot mod eget speciale eller egen afdeling). Den enkeltes loyalitet og energi skulle således være knyttet til centret og ikke kun til afdelingen eller specialet.

I forhold til Finn Borums *Strategier for organisationsændring* terminologi var der således tale om et projekt, der både byggede på principper fra den 'teknisk rationelle ændringsstrategi' med sit fokus på produktion og effektivitet og den 'humanistiske ændringsstrategi' med sit fokus på værdier og ændrede interaktioner og tænkemåder (Borum 1995b). Centerprojektet indskrev sig på denne vis i den kulturfunktionalistiske forståelse af organisationer, hvor kulturer er noget der primært

skabes af ledere og som har den funktion, at de skal binde organisationen sammen i en fælles ånd. Værdigrundlaget var tænkt som en slags redskab heri, om end centerledelsen endnu ikke havde tænkt over, hvordan dette skulle implementeres. Fokus på at ledere skulle præge videre kan også ses som et element heri.

Forestillingen om, at 'kultur' kan påvirkes ved fx at udarbejde et værdigrundlag, bundet i et syn på kultur som ledelsesredskab. Et syn hvor kultur er en del af værktøjskassen og hvor det handler om at skabe fælles værdier (Darmer 1992:55). Dette syn har været stærkt problematiseret inden for store dele af organisationsteorien (se fx Alvesson 2002). Tilgangen har været kritiseret for sin tendens til dels at overeksponere mulighederne for at *styre* kultur, dels at overeksponere *ordets magt* – en slags *samtale fremmer forståelse* tankegang – på bekostning af hverdagsproblematikker og strukturelt betingede samarbejdsproblemer. Den svenske organisationsforsker Mats Alvesson tager i tråd hermed skarpt afstand til forsøg på at ændre kultur, der udelukkende har afsat i det symbolske:

”A lot of interest in, and hopes attached to, the idea of organizational culture as a vital element in management control is related to the attraction of (a) the possibility of moving the entire organization in a similar direction and (b) to do so through idealistic means (ideas, values). This has led to great efforts in managing specific, often strongly visible and explicit forms of symbolism and a lot of talk about visions and corporate values. The significance of such 'substantive' activities as productive work, the structuring of tasks, the formalization of procedures, the technical and bureaucratic control of work, cost management and the reproduction of power relationships is often neglected. It seems to be widely assumed that symbols and meaning in work organizations and vision talk can be understood without paying much attention to the specific work context, i.e. what people actually do.” (Alvesson 2002:145-6).

I stedet for at fokusere på, hvad Alvesson kalder perifere aspekter som visioner og værdigrundlag, foreslår han et øget fokus på hverdagsaktiviteter og betingelser, der er centrale i forhold til det arbejde, der udføres af en organisation eller en gruppe i den. (Alvesson 2002:147).

Den diskursive kulturstyring, hvor det handler om at være i stand til at formulere og kommunikere nogle stærke værdier, der foreskriver en effektiv og helhedsorienteret løsning af fælles anliggender anses dog for at være legitim styreform i så-

vel politiske processer af i dag (se fx Bang et al. 2005) som i mange virksomheder (se fx Krause-Jensen 2005). Der knytter sig hertil en form for systemdominans eller magtform, hvor det ikke drejer sig om undertrykkelse af interesser men om eksklusion af individer, grupper og fællesskaber, der ikke kan, vil, eller forstår at indgå i en strategisk kommunikation, hvor man skal demonstrere, at man formår at være en medansvarlig medspiller (Bang & Hansen 2005).

Som sygehusfeltet er beskrevet i kapitel 2 måtte centerkulturprojektet imidlertid anses for at være et ambitiøst projekt set i lyset af, at A) sygehusorganisationer er komplekse størrelser, med mange og konflikterende mål (jf. Perrow 1986). B) Plejepersonalet har en tendens til at orientere sig mod deres konkrete afdeling (Brooks & MacDonald 2000; Hernes 1997; Holm-Petersen et al. 2006a; Sahlin-Andersson 1994; Sahlin-Andersson 1997). C) Prestige inden for det lægelige arbejde på sygehuse er rettet mod specialisering inden for de medicinske specialer (Sognstrup 2003). D) infrastrukturen i det lægelige arbejde er rettet mod at 'passe en maskine' ikke mod helheden (jf. Vinge 2003). Der kan ligeledes argumenteres for at plejepersonalets organisering af arbejdet er rettet mod arbejdet på deres konkrete afdeling og ikke mod at indgå i en bredere helhed (jf. Holm-Petersen et al. 2006a). Og endelig E) Den postgraduate uddannelse læger deltager i på sygehusene lægger op til, at den enkelte skal opnå kompetencer inden for konkrete medicinske specialer (jf. Holm-Petersen et al. 2006b).

Set med fusionsledelsesbriller kunne man spørge, hvor H:S var i forhold til at støtte op om succesfulde processer i de mange igangsatte sammenlægninger sygehusplanen havde medført. I fagbladene og i Blad for Hovedstadens Sygehusfællesskab NYH:S har man imidlertid kunnet læse om opslidende fusionsforløb med manglende information, beslutninger der ændredes med usikkerhed til følge og problemer med at samarbejde og få kulturer til at passe sammen. Det fremgår af H:S Direktionens ministatus fra 1997, at der med flytningerne og afdelingsfusionerne har været tale om en vanskelig proces med mange praktiske og følelsesmæssige problemstillinger (H:S Direktionen 1997:17). Og at det samtidig anses for uundgåeligt, at velfungerende miljøer er blevet brudt op⁴⁶. H:S Direktionen konkluderer, at kulturforskelle har været centrale i afdelingsfusionerne. I status for Sygehusplan H:S 2000 kan man blandt andet læse:

⁴⁶Samtidig giver de udtryk for, at det har forholdt sig sådan at: "I forbindelse med de mange sammenlægninger har de rent sundhedsfaglige løsninger i nogle tilfælde været bragt til diskussion, men uden at der er kommet synspunkter frem, som har givet anledning til at ændre beslutningerne." (H:S Direktionen 1997:17).

”Implementeringsmanualen lagde bl.a. vægt på vigtigheden af at arbejde bevidst med de *kulturelle* forskelle ved fusion af to enheder. Betydningen heraf kan ikke understreges nok, og erfaringen er at det i de fleste tilfælde vil være anbefalelsesværdigt at knytte professionel støtte til projektledelsen med henblik på at skabe vellykkede fusioner.” (H:S Direktionen 1999:30).

Af H:S Direktionens dokumenter om sammenlægninger af afdelinger fremgår dog, at der her i overvejende grad er et teknisk fokus på sammenlægningerne af sygehusafdelinger. Er der fx nogle ombygninger der skal foregå? Der antages dog også, at et vist kulturarbejde vil være nødvendigt for at kunne komme til at passe sammen. Der findes ikke noget officielt dokument, der hedder ”implementeringsmanualen”, men i H:S Direktionens Standardtjekliste og tidsfølgeplan for projekter under Sygehusplanen, der indebærer fusion mellem to afdelinger, skitserer Direktionen det, de kalder et idealforløb. Idealforløbet indeholder fem opgavehovedgrupper. En af disse er personale og det beskrives blandt andet herunder, at medarbejderne skal inddrages eksempelvis i udformning af konkrete regimer mm. Hvad angår tackling af selve sammenlægningsprocessen står der:

”Der tages initiativer til nødvendig oplæring – evt. ved jobrotation mellem eksisterende afdelinger, ligesom der skal tages stilling til evt. kursusvirksomhed. Der iværksættes andre kulturpåvirkende aktiviteter.” (H:S Direktionen 1996a:5-6).

Der er således ikke tale om en særlig konkret måde at gå til personaleledelses- og kulturarbejdet på. Samtidig må tilgangen i overvejende grad siges at udgøre en top-down måde at tænke sammenlægninger på, hvor det eksempelvis antages, at medarbejdersamtaler er det væsentligste redskab til at fremme arbejdstilfredshed i den nye enhed (H:S Direktionen 1996a:6).

Det var således ikke i H:S regi, at den medicinske centerledelse eller den reumatologiske klinikledelse kunne finde konkrete inspirerende initiativer til at arbejde med sucsessfulde sammenlægninger af hospitaler og hospitalafdelingers medarbejdere.

Som det vil fremgå af de kommende kapitler, differentierede den reumatologiske klinik og sengeafdeling F1 sig fra det medicinske centerprojekt. Der italesattes i mange sammenhænge en *consciousness of difference*. Denne iscenesættelse af *difference* var dog, som kapitlet her netop har vist, ikke kun et spørgsmål om, at en

underafdeling søger autonomi men også i høj grad et resultat af en gensidig differentieringsproces. En proces der i høj grad var præget af, at den medicinske centerledelse fra begyndelsen af iscenesatte de tilkommende fra Kommunehospitalet som medbringende en problemkultur. Som led i det identitetsarbejde (Gubrium & Holstein 2001) centerledelsen udførte i interaktionen, knyttedes forskellige problemkategorier og problemidentiteter (Gubrium & Holstein 2001; Holstein & Gubrium 2000) således til den reumatologiske klinikledelse og til sengeafdeling F1 som eksempelvis ”nogle gamle kulturer der ikke vil integreres”, ”lægen fra gamle dage”. Denne *casting* og ’problemdiagnose’ identitetsarbejdet medførte var med til at skabe negative forventninger og dermed også med til at indsnævre mulighedsrummet for samarbejdet og var med til at indsnævre mulige identiteter. I denne narrativ var der nemlig kun plads til, at en kultur var enten ønsket eller uønsket, rigtig eller forkert.

I næste kapitel vil det blive beskrevet, hvordan centrets krav og forventninger indgik i sengeafdeling F1s relaterede medarbejderes italesættelse af, hvem De og deres afdeling var eller helst skulle være. Det vil fremgå, at centret på mange måder blev anset som noget, der var grund til at beskytte sig imod frem for noget, det var ønskeligt at blive en del af. Hvad sengeafdeling F1 *var*, kunne derfor ses som værende omgærdet af kontrovers og en fortolkningsmæssig fleksibilitet.

7. REUMATOLOGISKE VERSIONER AF AFDELING F1

”At flytte fra Kommunehospitalet, hvor det var genoptræningshospital og flytte ud til noget, hvor det primære i hele hospitalet er gennemsyret af, det er akut – det skal gå hurtigt, når vi har opereret patienten, så skal de videre. Og der står hele tiden 27 udenfor og skal ind og har endnu mere brug for plads end dem, der nu er der. Man er hele tiden fikseret på, hvordan får vi patienterne udskrevet på en ordentlig måde. Det var man på Kommunehospitalet ikke så fikseret på. Der havde man i gåseøjne råd til at sige: ’hvordan fungerer patienterne?’ og ’har vi opnået det, som vi ville og kan?’ Det er en meget forskellig måde at arbejde på. (Interview med ledende overfysioterapeut, tidl. Sundby, januar 2000).

”Det er svært at vænne sig til at gå fra at være nogen til ikke at være nogen” (Oversygeplejersken, samtale juli 1999).

Som beskrevet i forgående kapitel blev medarbejdere og ledere fra Kommunehospitalet *casted* som en uønsket kultur i det medicinske centers (kultur) projekt.

I kapitel 7 undersøges, hvilke kulturer der iscenesattes i relation til den nye sengeafdeling F1 i den reumatologiske klinik i det medicinske center. *Hvilke former for forskelle og tilhørsforhold og grænser markeres?* Der ses på, hvem der så sig selv som udgørende et ’Vi’ og hvem der bliver ’De’ i denne relation. Hvem iscenesatte en *consciousness of kind* og en *consciousness of difference* i hvilke situationer? Der ses på, hvilke identiteter der italesattes i relation til sengeafdeling F1 i den reumatologiske klinik på Amager Hospital og dermed var med til at iscenesætte, hvad F1 ’var’ eller ’skulle være’.

Kapitlet indledes med en etnografisk introduktion til settingen. Den etnografiske introduktion udgør samtidig, som i den klassiske antropologiske genre, en beskrivelse af mit første møde med medarbejdere og ledere i den på det tidspunkt kommende reumatologiske klinik. Der er således tale om en beskrivelse af en *social situation* (Gluckman 1958). Sociale situationer er en hovedbestanddel i såvel antropologers som organisationsfeltforskeres råmateriale. I det klassiske kulturstudie er det gennem studiet af sociale situationer og disse situationers indbyrdes relationer med andre situationer i et bestemt samfund eller i en konkret organisation at sociale strukturer, relationer, institutioner osv. udledes og generaliseres (Gluckman 1958:2). Som Gluckman vælger jeg at præsentere den sociale situation hovedsagelig sådan som jeg oplevede og nedskrev den på det givne tidspunkt. Dette valg blev truffet dels for i højere grad at lade feltet ”tale” i stedet for at præsentere blotte generaliseringer. Dels for at understøtte den teoretiske pointe i studiet, at der ikke nødvendigvis er mønstre, der skal afdækkes og generaliseres men at identitet skal studeres, som det arbejde, der gøres hermed i konkrete situationer.

Den etnografiske introduktion beskriver også på det mere analytiske plan det første møde mellem centerprojektet og ledere og medarbejdere i den reumatologiske klinik og sengeafdeling F1. Genren ligger som beskrevet i kapitel 5 inspireret af den realistiske fortælling (jf. Van Maanen 1988). Der er tale om en organisations-etnografi med udgangspunkt i deltagelsen i et introduktionstemamøde afholdt 5. maj 1999 og senere interview. Alle personnavne er opdigtede. Læseren bør være opmærksom på, at den tale der blev udvekslet mellem forskellige personer ikke i sin oprindelige form var tænkt som skriftlig tekst. Der er altså sket en konvertering fra et mundtligt medie til et skriftligt. Det er også vigtigt at pointere, at der er tale om beskrivelser fra en kompleks forandringsproces. Dette medfører blandt andet, at elementer af kaos og konflikt vil være naturligt forekommende, idet det baseret på erfaringer fra lignende processer er vanskeligt at forestille sig, at et vist element af kaos og konflikt ikke skulle være tilstede (se fx Bate 2000; Borum 1995a; Perrow 1986). Endelig er det vigtigt at læse den ”fortolkede gengivelse” på den baggrund, at den reumatologiske klinik og sengeafdeling F1 endnu var i sin vorden. En del af det nye personale var ikke begyndt og det nye ledende personale var ikke på plads i huset.

7.1 Etnografisk introduktion

Vi befinder os på Amager Hospital i maj måned 1999. Hospitalet der to år før opstod ved at fusionere HS hospitalet Sundby Sygehus og Københavns Amt Sygehuset: Sankt Elisabeth. Mellem de to tidligere hospitaler løber Amagerbrogade. Der er ca. 700 meter mellem bygningerne. Den nye Afdeling F1 åbnede 1. maj på Hans Bogbinders Alle 3 på det tidligere Sankt Elisabeth der, hvor M4⁴⁷ havde ligget. Der kom et nyt skilt på døren og den nye sengeafdeling var dermed en realitet. I hvert fald i fysisk forstand. Reumatologisk Klinik udgjorde en af medicinsk centers 6 klinikker: Akut Modtageklinik, Kardiologisk Klinik, Intern medicinsk Klinik, Reumatologisk Klinik, Geriatrik Klinik samt Apopleksi Klinikken. De akutte klinikker (3 førstnævnte) lå på Italiensvej (tidligere Sundby Hospital), mens de ikke akutte lå på Hans Bogbinder Alle (tidligere Sankt Elisabeth)⁴⁸. Ved feltstudiets begyndelse var der endnu afdelinger, der ikke var åbnet i det medicinske center.

Hovedindgangen på Hans Bogbinders Alle 3 ligger midt på den gamle bygning op ad en lille trappe. Indenfor er der en cigaretrøgindhylllet hall med et lille informationsbur og en stor trappe. Går man til højre kan man komme ind til sengeafdeling F1 gennem en glasdør. Afdelingen er ikke særlig stor og rummene er generelt små. Det vil sige lige på nær den store lidt utidssvarende 5 patient stue nede for enden til venstre. På gangen kan man se kvinder ikklædt plejepersonalekitler gå ind og ud af rummene. Nede på sygeplejekontoret hænger der en fluesmækker med påskriften: ”til urolige patienter”.

Går man i stedet lige ud i hallen op ad den store trappe, syner først et stort blomstrende magnolietræ uden for vinduerne, siden kalkmalerier med bibelske motiver på væggene, der leder tankerne hen på bygningens svundne fortid som katolsk hospital drevet af nonner. På anden sal ligger der en lille kantine, der næsten altid er tom eller halvtom og længe-re nede ad gangen er der kontorer, hvor den reumatologiske klinikledel-

⁴⁷ M4 var en medicinsk afdeling, der modtog akutte patienter. Afdelingen skiftede i forbindelse med omlægninger indenfor kort tid navn til henholdsvis M6 og V1.

⁴⁸ Geriatrik klinik lå på dette tidspunkt på Sønderbro, men flyttede senere til Hans Bogbinders Alle.

se og deres to tilknyttede sekretærer sidder. Øverst oppe og henne ad små kringlede gange ligger den gamle kirkesal – igen et levn fra en svunden fortid. Lokalet, der er forholdsvis stort, bruges i dag til mødeaktiviteter. Lige nu er der et introduktionsmøde i gang for alle, der skal arbejde i den nye reumatologiske klinik og herunder på sengeafsnit F1. De sidder i en dobbelthestesko i det store lokale. De fleste af deltagerne kommer fra Kommunehospitalet, der er ved at blive lukket. Nogle er fra G5 – den geriatriske afdeling på Sønderbro, der skal lukkes, nogle er her fra den nu nedlagte sengeafdeling M4 på Sankt Elisabeth og nogle fysioterapeuter er fra italiensvej og andre lokaliteter under Amager Hospital.

Mødet indledes med en præsentation af det medicinske center ved den medicinske centerledelse. Centerchef Peter Adamsen står og fortæller om helhedsplanlægning, mens han peger på en overhead af, hvilke klinikker der hører under Medicinsk Center. Hans stemmeføring er lav og der kommer hostelyde fra salen. "Vi stiller det krav, at planlægning sker inden for 24 timer. På AMA har vi en forventning om, at hvis patienten indlægges 5. maj, så vil patienten blive udskrevet 9. maj. Dette er et meget centralt driftsprincip. Ligeledes er det et meget centralt driftsprincip, at epikrisen kommer med samme dag." Den medicinske centerchef fortæller videre om, hvor vigtigt det er at have en effektiv drift, der er præget af planlægning. Han fortæller, at de arbejder på at få et fælles udskrivningsdokument for alle faggrupper. Der hostes stadig i salen. Den medicinske centerchef lægger en ny overhead på med en kort historie om en 82 årig kvinde og en række undersøgelser, som centerchefen mener, patienten godt kunne få samme dag (ca. 5 undersøgelser). To mandlige læger på bagerste række sidder og ryster let på hovedet, hvorefter de giver sig til at hviske sammen i nogle minutter. Lidt efter afslutter centerchef Peter Adamsen sit indlæg med ordene: "Det var så, hvad vi gerne ville fremlægge og siden arbejde videre med sammen med jer. Er der nogen spørgsmål?". Tavshed følger.

Måske siger ingen noget, fordi de dybest set godt ved, at der ikke er tale om nogen diskussionsklub. Centerledelsen har fremlagt deres klare forventninger til dem på den nye sengeafdeling i og med, at indlægget primært har rettet sig mod principper for indlæggelser og udskrivelser.

Hvad skal alle de terapeuter der hverken har med indlæggelser eller udskrivelser derfor sige? Og hvad skal det nyttilkomne personale og de nye reumatologiske læger sige? De er ikke enige i, at disse driftsprincipper bør gælde for reumatologiske patienter.

Den medicinske centerchefs sygeplejerske Ellen Michelsen griber ordet - lige så oplivet i stemmeføringen, som den medicinske centerchef talte lavt og mumlende. Hun spørger energisk, hvad de synes.

Nu rejser sygeplejerske Helle Jansen fra Kommunehospitalet sig op fyldt med forargelsens energi. Hun kan slet ikke forholde den udskrivningspolitik, hun netop har hørt til den hverdag, hun kender. Helle Jansen spørger: "Hvor er den psykiske pleje af patienten henne?" Hun fortsætter med at fortælle, at hun synes det lyder meget fysisk. "På KH har vi mange ældre patienter", fortæller hun. "Og de kan slet ikke klare at gennemgå det program i løbet af 2 timer." Den medicinske centerchefs sygeplejerske spørger, om det da er bedre at de skal ligge på gangene. Det er jo et system med begrænsede ressourcer, tilføjer hun. Hertil svarer Helle Jansen i en noget aggressiv tone: "For os er det noget nyt, at patienterne skal ligge på gangene". "Det skal de heller ikke", siger den medicinske centerchefs sygeplejerske udglattende og forsikrende.

Den medicinske centerchef tager ordet igen: "I det her fag siger vi til hinanden, at patienter ikke kan klare mere end en større undersøgelse om dagen." Folk nikker bekræftende, som tror de han er kommet til fornuft. Indtil han giver udtryk for at de nok sagtens kan klare mere. "Vi kan ikke høre noget hernede," råbes der irriteret fra sidste række og tilhørernes ansigtsudtryk er ikke længere bekræftende. Den medicinske centerchef fortæller videre om, at "vi ikke ved, hvad de kan klare, men at det vil være en god ide at opstille et psykisk regnskab". Han giver udtryk for, at de tror, det er et stort plus på regnskabet, at patienterne vil få hurtigere besked. Og at man psykisk vil tabe på regnskabet, hvis man fx skal ligge ude på gangen.

Oversygeplejerske Ingrid Jensen fra Kommunehospitalet tager ordet. Hun føler sig noget på udebane, men hun er vant til at sige, hvad hun mener: "Det er fint med de 24 timer, men de skal ikke ligge i sengen".

Hun refererer til et møde, hvor de talte indretning på afdelingen, hvor centerchefs sygeplejersken havde sagt, at hvis de ikke lå i sengen, så skulle de udskrives. Ingrid Jensen giver udtryk for, at dette slet ikke passer ind i deres forståelse af de patienter, der hører hjemme i en reumatologisk klinik. Deres patienter skal nemlig aktiveres og ikke ligge mere end nødvendigt. Hermed har hun fået sagt det, der ligger hende mest på sinde, nemlig at sengeafdeling F1 skal være reumatologisk og at de primært skal have genoptræningspatienter. Hun ved godt, at afdelingens 20 senge på papiret hedder: 7 reumatologiske udflyttet fra Kommunehospitalet, 7 geriatriske og 7 intern medicinske. Men hun definerer sit ledelsesprojekt som at skabe en reumatologisk sengeafdeling og det er dette hun har opbakning til blandt sine medarbejdere.

Dette sætter en talerække i gang. En læge fra Kommunehospitalet spørger centerledelsen, hvilke erfaringer de har med det her? En sygeplejerske sætter spørgsmålstegn ved det hurtige forløb med begrundelsen, at patienter slet ikke kan huske, hvad vi siger, hvis vi fx foretager det hele og udskriver samme dag. Det vil stille store krav til fx hjemmeplejen - de skal vide, hvad vi ved om resultaterne osv. Og patientens problemer er jo stadig ikke løst. De har stadig svært ved at trække vejret og hjemme-sygeplejersken har stadig været syg i 14 dage. En læge refererer til undersøgelser, der har vist, at patienter faktisk først er klar til at blive informeret nogle dage efter udskrivelsen – ”hvad gør man ved det?” spørger han.

Overlæge Kristian Thorsen fra Kommunehospitalet tilføjer: ”Hvad er det for en patient? Det må jo også være afgørende for, hvilke undersøgelser og behandlinger der er behov for. Man skal jo ikke sætte for mange og for dyre undersøgelser i gang.” Den medicinske centerchef ser samstemmende ud.

Sygeplejerske Ulla Andersen fra kommunehospitalet tager ordet: ”Jeg er bange for jeres billede af patienten. Jeg er bange for, at I ikke tager udgangspunkt i patienten. Vil I på længere sigt bruge dagafsnit til at samle op?” Den medicinske centerchef svarer lavt. Han siger blandt andet: ”Hvis en patient ligger længere, vil en patient skulle ligge kortere. Der er ingen sammenhæng mellem liggetid og risiko for genindlæg-

gelses. Tværtom har undersøgelser vist, at lavere liggetid giver færre genindlæggelser”, siger han.

Efterhånden som diskussionen skred frem, kom der en mere og mere fjendtlig stemning i lokalet. Dette var ikke den hverdag, de ønskede, de, der kom fra Kommunehospitalet, hvor de havde lange genoptræningsforløb og deres gennemsnitlige indlæggelsestid var 40 dage. Dem der 1. juni skulle komme fra den på det tidspunkt nedlagte geriatriske afdeling på Sønderbro ønskede også indlæggelser, der gennemsnitligt varede mere end 4 dage, så man kunne nå at ”spænde et sikkerhedsnet ud under patienten”. Som den etnografiske introduktion kunne tyde på, var der forskellige meninger i spil og forskellige opfattelser af, hvornår og hvordan en patientindlæggelse opfattedes som meningsfuld.

7.2 Den reumatologiske klinik uden fællesskabs projekt

At studere den proces, hvormed møder mellem mennesker, ting og begivenheder gøres meningsfulde implicerer i mange kulturstudier ofte studiet af fællesskaber (Kreiner & Schultz 1998). I det følgende studeres det kultur- og identitetsarbejde, der fandt sted i relation til sengeafdeling F1 – ikke som et møde mellem præeksisterende fællesskaber – men det ses på, hvordan iscenesættelsen af et fællesskab syntes at være en måde at gøre afdelingen meningsfuld på for ledere og medarbejdere. At have et fællesskab syntes således ofte at blive italesat som et synonym med at have en fælles kultur. Ligesom det at have en fælles kultur blev italesat som hængende sammen med et fælles geografisk område som en afdeling eller et helt hospital.

Jeg satte mig, som beskrevet i kapitel 5, for at begynde, hvor folk var (Smith 1987, Smith 1990 i Gubrium & Holstein 2000:500). Det stod hurtigt klart, at det ikke var i forhold til klinikken som fællesskabsprojekt, at medarbejderne var. Denne blev heller ikke iscenesat som et overordnet fusionsprojekt hverken på introduktionstemadagen eller senere.

Den reumatologiske klinik blev ikke italesat som et fællesskab for alle i klinikken. Etableringen af en klinik blev heller ikke italesat som et fusionsprojekt andet end

på ledelsesgruppeniveau. Det vil sige, at ledelsesgruppen arbejdede med, at de nu var en gruppe.

Etableringen af en organisatorisk enhed var således ikke nok til at mobilisere fællesskabsarbejde. Dette arbejde kanaliseredes andre steder hen. Det vil sige på sengeafdelingen, blandt den reumatologiske lægegruppe i huset, blandt de respektive terapeutgrupper. Det faldt således ikke lige for at agere på den reumatologiske klinik som en organisatorisk enhed med medarbejdere, der var en del af noget samlet. Klinikchefen var den øverste ansvarlige for alle ansatte i klinikken (jævnfør princippet om entydig ledelse) men reelt var ledelsesopgaven i det daglige splittet ud således, at klinikchefen var leder af det lægelige arbejde og til dels lægesekretærene i klinikledelsen, oversygeplejersken var leder af plejepersonalet og dermed sengeafdelingen. Reelt var det således oversygeplejersken, der varetog alt personalerelateret i forhold til sygeplejemedarbejderne på sengeafdeling F1. Det var således hende, der ansatte plejepersonale og udførte medarbejdersamtaler. Den ledende overfysioterapeut var leder af fysioterapeuterne og den ledende overergoterapeut var leder for ergoterapeuterne. Denne praksis er i øvrigt udbredt på sygehusafdelinger uanset, hvilke formelle ledelsesmodeller der er blevet vedtaget og foreslået af Sygehuskommissionen (Jespersen 2005a:23). Klinikchefen var overlæge. Han havde modsat de andre tre i klinikledelsen patientrelateret arbejde som en del af sin hverdag. En dag om ugen gik han stuegang på F1. De andre dage var han henholdsvis i ambulatoriet, på AMA eller på Rigshospitalet, hvor han også havde patientrelateret arbejde.

Selve betegnelsen klinik var for mange noget nyt, og noget der lød ”meget fint” men som også var udefinerbart. Medarbejderes og ledeses fokus var i stedet på de områder, hvor de havde deres gang og deres arbejde.

“Den daglige oplevelse af klinikken er ikke så stor, fordi jeg går rundt der på sengeafdelingen.” (Interview med afdelingssygeplejersken, tidl. Sønderbro, januar 2000).

”Der er mange fysioterapeuter, der ikke føler sig ret meget som medlem af reumatologisk klinik.” (Interview med ledende overfysioterapeut, tidl. Sundby, januar 2000).

For medarbejderne på sengeafdeling F1 var den reumatologiske klinik i det daglige langt mere usynlig end det medicinske center som stillede konkrete krav til ek-

sempelvis tavlemøder og indlæggelseslængder. Den reumatologiske klinik gjorde ikke på samme måde krav på konkrete handlinger.

På klinikledelsesniveau var der en gruppe på fire, der mødtes og definerede sig som en velfungerende gruppe. En gruppe der kunne tale frit sammen om mange af de udfordringer, de anså klinikken for at have med at passe ind i det medicinske center. Som udgangspunkt var alle fire enige om, at det var en svær position. Alle på nær den ledende overfysioterapeut var udflyttet fra Kommunehospital. De sad sammen på 2. sal på Hans Bogbinders Alle i forskellige kontorer nær hinanden. Det vil sige klinikledelsen, deres to tilknyttede lægesekretærer, der også kom fra Kommunehospital og de øvrige reumatologiske læger. De spiste jævnligt frokost sammen og udvekslede oplevelser, faglige erfaringer og informationer med hinanden. På det strategiske og udviklingsmæssige niveau talte de om klinikken som et samlet hele og agerede ledelsesmæssigt i samspil med hinanden. I det daglige fungerede de i hver deres søjle.

Fysioterapeuterne havde som reumatologerne også haft deres eget projekt. De ville gerne have været en selvstændig tværgående enhed, der ikke hørte under nogen klinik eller center.

”Da vi skulle lave medicinsk center og reumatologisk klinik, da havde vi nogle vældige ’hvordan skulle det være’ diskussioner og der var fysioterapeuternes højeste ønske faktisk at blive en selvstændig tværgående enhed i hospitalet, fordi det er sådan, vi rent faktisk fungerer. Men altså, det kunne vi ikke få lov til. Og den næste prioritet måtte så være reumatologerne, fordi der er der et genoptræningssigte, vi har fælles. Så derfor blev det sådan, men fx på Hvidovre Hospital, der er fysio- og ergoterapeuterne en selvstændig tværgående enhed. Så sådan kunne det også være, men her ville man gerne have knyttet en hel masse sammen. (Interview med ledende overfysioterapeut, titl. Sundby, januar 2000).

Sengeafdeling F1 kunne således ses som en afdeling i en fragmenteret klinik, hvor mange af medarbejderne A) aldrig havde anledning til at møde hinanden. Eller B) ikke blev bundet sammen af aktiviteter eller af de samme patienter. Noget egentligt fællesskabs klinik projekt var det svært at få øje på. Bortset fra lægerne var der ikke noget der dagligt bandt sengeafdelingen, ambulatoriet, daghospitalet, terapeuterne på andre afdelinger og sekretariatsfunktionen sammen.

Plejepersonalet der kom fra Kommunehospitalet syntes mest at være optaget af deres udflytning og samarbejdet på den nye sengeafdeling. Plejepersonalet fra Sønderbro orienterede sig også imod afdelingen. De medarbejdere der var tilbage fra det tidligere sengeafsnit på Sankt Elisabeth var for manges vedkommende både fysisk og mentalt på vej væk fra den nye afdeling og orienterede sig heller ikke mod klinikken. Blandt fysioterapeuterne i klinikken var der stor geografisk spredning i det daglige, da de var spredt ud over Amager Hospitals afdelinger og forskellige bygninger plus en klinik på Amagerbrogade 150. Nogle sad så langt væk som på en psykiatrisk afdeling, der fysisk lå på det gamle Kommunehospital. Ergoterapeuterne var færre men også spredte. Dem der kom fra Kommunehospitalet havde svært ved at finde nogen, der kunne vise dem, hvordan man gjorde ting her.

Det manglende ledelsesmæssige fokus på fusionen mellem medarbejdere kunne ses som signalerede en forventning om, at medarbejderne hurtigt ville finde en 'business as usual'. Hvilket de også på mange måder gjorde. Det var tydeligt, at konfigurationen sygehusafdeling rummede en række standard tilgængelige måder at gøre ting på såsom fx at arbejde i tre holdskifte og dermed dække problemet med at dække afdelingen i 24 timer i døgnet.

Klinikken kunne altså ses som bestående af en række medarbejdergrupperinger, der tilsyneladende havde en lav grad af daglig sammenkobling. Og snarere definerede sig selv som primært en del af noget andet end en del af klinikken. Der var så at sige ikke ret mange anledninger til at opleve sig selv som en deltager i et klinikfællesskab. Der var et julearrangement alle i klinikken var inviteret til, men her deltog ingen fra sengeafdelingen.

De eneste medarbejdere, for hvem der syntes at være en daglig betydning med at være en del af en reumatologisk klinik, var lægerne og de to lægesekretærer, der sad sammen med lægerne og klinikledelsen. Lægerne så sig således som havende en klinik og lægerne var ansat af klinikken. Måske hang dette også sammen med, at lægerne havde deres gang i flere dele af klinikkens områder. De arbejdede således skiftevis på sengeafdelingen og i ambulatoriet. Ambulatoriet og klinikken hang derudover for dem snævert sammen, for det var i ambulatoriet, at deres faglige stolthed primært lå. Det var ligeledes her den specialiserede behandling primært var. Blandt lægerne iscenesattes den reumatologiske klinik således hovedsageligt som et fagligt arrangement. For dem var klinikken særlig meningsfuld, fordi den var en del af deres lægefaglige reumatologiske projekt.

Hvordan de enkelte dele af den reumatologiske klinik hang sammen eller ikke hang sammen var således et komplekst spørgsmål, der syntes at stå uklart hen for de fleste andre end lægerne. Betraget som organisatorisk enhed var klinikken dermed en stærkt fragmenteret størrelse, der alligevel opad i systemet var *casted* som en enhed med en ledelse og et budget.

7.3 Sengeafdelingen italesat som fællesskab

”Jeg tror, at der er en meget stor fællesskabsfølelse blandt plejepersonalet.” (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

”Indtil nu synes jeg, at det har fungeret godt, selv om det er to forskellige grupper. Det er blevet endnu bedre, end da jeg startede. Der var der lidt problemer. Det tror jeg, alle har mærket.” (Interview med sygehjælper, tidl. Sønderbro, februar 2000).

”Jeg synes efterhånden plejepersonalet virker som en stor gruppe.” (Interview med ergoterapeut, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Samtidig med bevægelsen – center versus lokalt projekt – fandt der er anden bevægelse sted på afdelingen, der også havde betydning for iscenesættelsen af, hvad og hvem afdelingen var. I denne bevægelse iscenesattes et afdelingsbaseret fællesskabsprojekt. Et fællesskab mellem medarbejderne der var kommet fra Kommunehospitalet og medarbejderne, der var kommet fra den geriatriske afdeling på Sønderbro. Medarbejderne fra Sankt Elisabeth rejste i løbet af få måneder.

Der kan argumenteres for, at disse bevægelser var forbundne. At en stærk narrativ fællesskabs validitet var forudsætningen for at være et klart Vi som en modsætning til det italesatte medicinsk centerledelses De. Dette uddybes i kapitel 9.

Efter introduktionsdagene, der varede to dage, begyndte hverdagen på F1 for plejepersonalet og ergoterapeuten fra Kommunehospitalet. Sengeafdeling F1 var normeret til 20 sengepladser. Heraf 7 reumatologiske, 7 geriatriske og 6 intern medicinske. De syv reumatologiske var ”udflyttet” fra Kommunehospitalet. Lige-

ledes udflyttedes et antal ortopædkirurgiske senge fra Kommunehospitalet til Amager Hospital. Visitering af patienter til de 20 senge skulle foregå således, at afdelingen hele tiden skulle få ”de mest reumatologiske patienter” fra den akutte modtageafdeling på Italiensvej. Samtidig sendte 7+7+6 sammensætningen et signal om flertydighed, hvad angår diagnoser, der hørte hjemme i afdelingen. Nogle tolkede dette som, at der ville blive tale om et ”medicinsk sammenskudsgilde”. Det vil sige en blanding af diverse medicinske patienter. Andre så det som mere proforma, at alle sengene ikke var navngivet som reumatologiske. De gik ud fra, at de reumatologiske patienter efterhånden ville komme til at fylde mere og mere.

7.3.1 Fortællingen om afdelingen som reumatologisk

På sengeafdeling F1 blev der i løbet af kort tid – lige fra de kom fra Sønderbro⁴⁹ - italesat et fællesskab baseret på en fælles måde at tale om deres situation på, en fælles orientering mod afdelingens omverden, en fælles opfattelse af at patienterne primært burde være reumatologiske, en fælles tilgang til at målet var at ”spænde et sikkerhedsnet ud under patienten” og en fælles forståelse af, at det måtte være sådan, at medarbejderne fra Sankt Elisabeth forsvandt. Der gik således ikke længe, før det begyndte at blive svært ud fra ord og differentiell handling at identificere, hvor de oprindeligt var kommet fra.

Afdelingen italesattes således fra begyndelsen af som reumatologisk, som tværfagligt orienteret, som ikke - akut, som rettet mod genoptræning og som havende det mål at skulle blive et ”Mini KH”. Samtidig italesattes af afdelingssygeplejersken og særlig af oversygeplejersken⁵⁰ en gejst om, at ”det her skal blive godt” (se også kapitel 8).

”Når vi også i starten talte sammen omkring gammelt arbejde så lyder det også for mig som om både fra Kommunehospitalet og os fra Sønderbro har været vant til at arbejde på samme måde – altså den der høje grad af tværfaglige samarbejde. Så derfor har det været nemt for os at komme sammen. Og så er der nogle skøre kugler fra Kommunehospitalet og det var der altså også fra Sønderbro, som simpelthen gik godt i

⁴⁹ Plejepersonalet fra Sønderbro kom en måned senere end plejepersonalet fra Kommunehospitalet. Geriatrisk afdeling G5 på Sønderbro, Amager Hospital, lukkede 31. maj 1999.

⁵⁰ Afdelingssygeplejersken der kom fra afdelingen på Sønderbro var i begyndelsen på orlov. Hun begyndte den 1. september 1999 på afdelingen.

spænd og havde en fed form for humor, som de kunne dyrke sammen. Det tror jeg, har hjulpet meget. Selvfølgelig også fordi den der positive instilling til det her, at sådan ser verden ud nu og det skal bare være godt.” (Interview med afdelingssygeplejersken, tidl. Sønderbro, januar 2000).

At der var tale om en *udflytning* af reumatologiske senge fra Kommunehospitalet til Amager Hospital syntes i tråd hermed at bære en bestemt mening for oversygeplejersken og det plejepersonale, der kom fra Kommunehospitalet. Betegnelsen udflytning sås således at signalere en forestilling om kontinuitet fra Kommunehospitalet til Amager Hospital. I begyndelsen taltes der i tråd hermed om at skabe et ”mini KH⁵¹” og der blev lagt stor vægt på, at afdelingen skulle være rettet mod primært reumatologiske patienter. Patienterne skulle fx ikke ligge passivt i sengene men skulle aktiveres og trænes. I tråd hermed taltes der om at medbringe en række artefakter fra Kommunehospitalet, der skulle understøtte den aktiverede patient: Gangstativ, joggingtøj og vaskemaskine. Sygeplejepersonalet, der kom med fra Kommunehospitalet, havde hovedsageligt beskæftiget sig med pleje af ortopædkirurgiske patienter i genoptræningsforløb.

Kommunehospitalet blev således i begyndelsen italesat som en ressource og som rummende elementer, der var værd at kopiere. På Kommunehospitalet havde behandlings- og plejefilosofien været baseret på længevarende forløb. Plejepersonalet talte om, at de her havde hjulpet patienterne med at genvinde en række af deres kompetencer. Også ind imellem i form af at følge patienter ind til Strøget i centrum af byen for at ’gen’ lære dem at købe ind og være ude blandt andre mennesker.

Gruppen fra Sønderbro begyndte ligesom de reumatologiske læger en måned senere på afdelingen end plejegruppen fra Kommunehospitalet. Afdelingssygeplejersken, der kom med fra Sønderbro, tog på en lang ferie og begyndte fire måneder senere end medarbejderne fra Kommunehospitalet (3 mdr. senere end medarbejderne fra Sønderbro). Medarbejderne fra Sønderbro lod deres billeder hænge på Sønderbro, og medbragte blot en ernæringspumpe og en ghattoblaster med CD af-

⁵¹ I daglig tale kaldtes Kommunehospitalet ved forkortelsen: KH. Italesættelsen af et Mini KH var udtalt i den første måned efter udflytningen. Herefter taltes blot om, at afdelingen skulle være reumatologisk eller rettet mod genoptræning. At der var tale om en udflytning af medarbejdere fra KH syntes at gøre en væsentlig psykologisk forskel, idet KH på denne vis i begyndelsen opfattedes som en legitim referenceramme at søge inspiration inden for - fordi funktionen var udflyttet.

spiller. De lagde vægt på at være med til at skabe et godt sammenhold i afdelingen og italesatte ikke deres tidligere afdeling på Sønderbro som bedre end den nye afdeling F1, selvom de som personalet fra Kommunehospitalet fandt, at deres faciliteter var blevet forringet:

”Faciliteterne på afdelingen var ikke så gode som dem, vi havde. Det var lidt utilfredsstillende rent arbejdsmæssigt.” (Interview med sygehjælper, tidl. Sønderbro, februar 2000).

De talte ikke om, at de var kommet med geriatriske senge⁵² og de satte ikke spørgsmålstegn ved visionen om, at afdelingen primært skulle være reumatologisk. Tværtimod syntes de at tage visionen til sig. De udtrykte et ønske om, at patienterne gerne skulle være så længe på afdelingen, som de havde behov for og indgå i et genoptræningsforløb alt imens der blev spændt et sikkerhedsnet ud under patienten. De faldt hurtigt godt i spænd med medarbejderne fra Kommunehospitalet.

Eftersom de kom fra en geriatrisk afdeling var de vant til såkaldte tunge, plejekrævende patienter. Da de kom, blev stemningen på afdelingen italesat som mindre hektisk og stresset, end da personalet fra Kommunehospitalet var begyndt på afdelingen. Der var nu også mange flere, der kendte afdelingen godt nok til at kunne vise de nye fra Sønderbro, hvor tingene var. Plejepersonalet fra Sønderbro var den gruppe, der længst havde været en del af Amager Hospital og de kendte derfor også til medicinske centerrutiner såsom eksempelvis tavlemøder, som var nye både for medarbejderne fra Kommunehospitalet og medarbejderne fra Sankt Elisabeth.

7.3.2 Oversygeplejerskens rolle i fortællingen

”Den typiske medarbejder på F1 er en person, der bor på Amager og en meget moden, voksenperson. Behøver ikke nødvendigvis at være erfaren i det her, men moden og med masser af sund fornuft og en glæde ved at

⁵² Syv geriatriske sengepladser var blevet placeret på den nye afdeling F1 og samlet set var der en nedgang fra 56 sengepladser til 38 geriatriske sengepladser på Amager Hospital. Nedsikringen blev begrundet i et faldende antal ældre i befolkningen (Interview med afdelingssygeplejersken, januar 2000). Samtidig blev der på afdelingen talt om, at nedsikringen også skyldtes et overforbrug (observationsdata). Liggetiden i de geriatriske sengepladser på Amager Hospital var i de første fem måneder af 1999 - det vil sige før nedlukningen af G5 - meget lang i forhold til landsgennemsnittet (Madsen et al. 2002).

lave et helt stykke arbejde, altså få dem [patienterne] syge ind og få dem raske ud. Én der går op i det med omsorg og pleje, det der rolige tempo. Én der ikke higer efter alt det der med blod og drop og brækket ben og akut og sådan noget. En som er samarbejdsvillig, fleksibel, og som har mulighed for at give en hånd i en snæver vending, altså gøre en ekstra indsats.” (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Oversygeplejersken kom som nævnt med fra Kommunehospitalet. Da hendes kontor ikke var færdigt i begyndelsen af maj, flyttede hun først ud fra Kommunehospitalet i juni måned. Hun kom dog løbende på F1 i perioden. På Kommunehospitalet havde hun været oversygeplejerske for 90 sengepladser beliggende i tre etager. Nu var hun oversygeplejerske for 20 senge.

Det var specielt oversygeplejersken, der italesatte afdelingen som en reumatologisk genoptræningsafdeling. En italesættelse der for medarbejdere fra Kommunehospitalet og Sønderbro syntes at virke lovende og gav anledning til at tænke på den fremtidige afdeling som byggende på en slags ekspertise, de gav udtryk for at værdsætte. *Når patienterne bliver mere reumatologiske, så skal vi...*

Oversygeplejersken kunne ses dels som en primus motor i italesættelsen af et fællesskab dels som en *borderline* deltager. Hun havde ingen patientrelaterede arbejdsopgaver, men var en del af den arbejdsopgave, der bestod i at få et arbejdsfællesskab til at fungere, idet hun var med til at tegne et billede af F1 og de tilstedeværende arbejdsbetingelser. Hun fortalte løbende medarbejderne, hvordan hun forestillede sig, afdelingen ville komme til at fungere i forhold til det patientrettede arbejde. Hun talte dagligt med afdelingssygeplejersken og medarbejdere på afdelingen og var generelt velinformeret om, hvilke emner der diskuteredes på afdelingen. Hun iscenesattes ofte som en del af fællesskabet. Andre gange ikke. Hun var ”nærlederen”, man kunne stole på. En ambassadør for sengeafdelingen og buffer mod en omverden, der ofte blev talt om som uforudsigelig.

Oversygeplejersken var også en del af klinikledelsen, holdt ugentlige møder med resten af klinikledelsen. Spiste ofte frokost sammen med andre medlemmer af klinikledelsen samt læger og lægesekretærer tilknyttet den reumatologiske klinik på Hans Bogbinders Alle. Hun deltog derudover i de løbende oversygeplejerske- og afdelingssygeplejerske møder, der blev afholdt på medicinsk center plan. Samt i de ugentlige centerledelsesmøder, og de sygehusledelsesmøder, der fandt sted hver

14. dag. Endelig var der det månedlige økonomimøde med centerledelsen. Gennem blandt andet sin deltagelse i disse mødefora holdt oversygeplejersken sig selv og medarbejderne på F1 orienteret om, hvad der taltes om i resten af centret af betydning for F1. Hun var også med til at diskutere både de økonomiske og andre betingelser for det arbejde, der udførtes på F1.

7.3.3 En afdeling der fylder noget

”Det er vigtigt at holde fast i, at vi er en reumatologisk afdeling – ikke således at forstå vi skal blive en magtfaktor, men vi skal fylde noget.” (Oversygeplejersken, observationsdata, maj 1999).

”Altså i krig, da bliver fællesskabet meget stærkt, og det kan man sådan set godt sammenligne lidt med, fordi de der ovre og så os. Vi står sammen om de ideer og mål og funktioner, vi synes, vi skal.” (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Visionen var, at der skulle opbygges et sengeafsnit, der var specialiseret i genoptræning af primært reumatologiske patienter. Denne vision kom til udtryk på introduktionsdagen⁵³ og i den måde der efterfølgende blev talt om afdelingen på. Oversygeplejerskens vision for afdelingen var:

”At den skal være uundgåelig herude. At den skal blive et vigtigt element i det der center. At man regner med os. At man kan bruge os. Også sygeplejerskerne hvis man har et eller andet reumatologisk problem. At man respekterer det arbejde, der bliver gjort. At vi får hevet nogle af alle de patienter, der er på Amager herover. At vi får lov til at behandle, træne og pleje. At vi får lov til at hanke op i alle dem der har noget reumatologisk. At vi får den normering der skal til. Fordi de praktiserende læger vil fantastisk gerne at vi tager noget mere. Vi vil fantastisk gerne have patienterne hjem fra Hvidovre og fra Glostrup, der hvor de ellers går nu. For vi har nu en Reumatologisk afdeling på Amager.” (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

⁵³ Introduktionstemadag for alle i Reumatologisk Klinik afholdt 5. maj 1999.

Samtidig blev det italesat, at det var vigtigt, at de så sig selv som tværfagligt orienteret ligesom de havde været på Kommunehospitalet ”*Vi skal slå på det tværfaglige*” (Oversygeplejersken, observationsdata maj 1999).

Ti forskellige faggrupper havde deres daglige gang på afdelingen: Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, læger, lægesekretær, sygeplejeseekretær, rengøringspersonale og omsorgsmedarbejderen. Dertil kom portører og laboranter, der mere havde status af kortvarigt besøgende. Der var tale om en afdeling, der talte en del om det tværfaglige samarbejde. Der var også en orientering mod, at det arbejde der udførtes af alle faggrupper var vigtigt. Til daglig mødtes terapeuter, læger og plejepersonale på tværs ved tavlemødet og ved småpauser hist og her. Der blev derudover engang imellem holdt tværfaglige temamøder. Når afdeling F1 holdt personalemøder var de primært for medlemmer af plejepersonalet, men afdelingens sygeplejeseekretær og lægesekretær var dog også anset for at være naturlige deltagere. Sygeplejeseekretæren, der kom fra Kommunehospitalet, var vant til at deltage i personalemøder for plejepersonalet. Dette var dog nyt for afdelingens lægesekretær, der var fra Sankt Elisabeth⁵⁴. At sekretærerne ansås for en del af personalemøderne kan derfor ses som et eksempel på den mere tværfaglige orientering, dem der kom fra Kommunehospitalet søgte at bidrage med. *Her er vi alle lige.* (citater fra introduktionsdagen).

Der skete altså en reorientering, hvor personalemøder i højere grad knyttedes til dem, der havde deres daglige arbejde på F1 - og dermed det fælles ’rum’. Undtaget herfor var dog stadig rengøringspersonalet og omsorgsmedarbejderen. De havde deres eget alternative fællesskab med base i køkkenet. Læger, fysioterapeuter og ergoterapeuter deltog ikke i personalemøder. De deltog i møder, der blev kaldt tværfaglige. Både læger og terapeuter spiste også frokost sammen med deres fagkolleger uden for de fysiske rammer af sengeafdelingen.

7.4 Grænsedragningsarbejde

Plejepersonalet fra Kommunehospitalet og fra Sønderbro begyndte hurtigt at tale om deres fællestræk. De definerede sig således som værende af samme *kind* (Van

⁵⁴ De sekretærer der var på den tidligere Sankt Elisabeth Afdeling deltog ikke i personalemøder, men deltog derimod i sociale aktiviteter.

Maanen & Barley 1984). De var, sagde de, fra deres tidligere afdelinger vant til mere langsomme patientforløb med lange indlæggelser, end de forløb der fra medicinsk centerledelse blev lagt op til. Begge grupper sagde de så en ære i ordentlig færdigbehandling af patienterne. De definerede sig således som værende i *difference* (Van Maanen & Barley 1984) til den medicinske centerledelse.

”Jeg tror faktisk, at vi har haft samme holdning til nogle af tingene – altså etisk og livsholdning og sådan og i forhold til patienter. Det er utroligt sjældent, vi kommer op at diskutere. Vi er ret ens. I dag føler jeg ikke, de er Sønderbro og vi er KH. Jeg føler, vi er en samlet gruppe”. (Interview med social og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

”Jeg synes vi har mange fællestræk fx, at vi engagerer os i vores patienter.” (Interview med social og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

”Jeg tror nok, at vi hver især er meget forskellige, men i samlet flok er vi meget ens. Der er ikke nogen, der sidder og er underlige eller sure - eller går for sig selv.” (Interview med sygehjælper, tidl. Sønderbro, februar 2000).

Det der bliver talt om som ens var også i *difference* til den medicinske centerledelse, afdelingerne på Italiensvej og medarbejderne fra den tidligere afdeling på Sankt Elisabeth en ikke-akut identitet:

”Dem fra KH har været vant til de mere stille og rolige forløb – det ikke akutte. Og sådan var det også på Sønderbro. Så allerede nu må jeg egentlig tænke mig om for at huske, hvem kom egentlig med fra KH og hvem kom med fra Sønderbro. Og det tager jeg som et udtryk for, at det egentlig er gået meget godt og at de ligner hinanden.” (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

”Jeg synes, det er en tilfredsstillelse at passe de patienter, hvor man ud fra et langvarigt forløb kan se fremgang.” (Interview med social og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

”Jeg valgte Hans Bogbinders Allé frem for Italiensvej, fordi det er rehabilitering og genoptræning og det er nogle længere patientforløb og det

passer mig bedst. Jeg holder utrolig meget af at nå at lære patienterne at kende og nå at kunne komme rundt om alting med patienterne. Hvis de har problemer med tænderne, så at få hjulpet dem med det og hvis de har brug for fodpleje inden de går hjem. Alle de der små ting – det kan du altså ikke nå ovre på Italiensvej på medicinsk afdeling. Det går for hurtigt ind og ud. Og jeg synes, det passer bedst til mit temperament, at vi har dem liggende lidt længere, hvor man lige kan nå at se dem an og lære dem lidt at kende og på den måde blive opmærksom på problemer, som vi kan forsøge at hjælpe dem med at få løst. Det synes jeg er dejligt.” (Interview med afdelingssygeplejersken, tidl. Sønderbro, januar 2000).

Der var samtidig relateret hertil en vedblivende grænsedragning til medarbejderne på den akutte modtageafdeling AMA på Italiensvej. Grænsedragningen havde to dimensioner. For det første italesattes det plejepersonale, der arbejdede på AMA som værende fortravlede og som havende for lidt respekt for arbejdet, der udførtes på F1 og som havende for lidt respekt for patienters behov⁵⁵.

”De har et umenneskeligt arbejdspress – det kan ikke blive andet end noget overfladisk pis, de laver, for at sige det rent ud. De har slet ikke overskud til noget som helst. Og patienterne kan stå der og ååh hjælp, hjælp – de bliver fuldstændig ignoreret – der er ikke nogen, der har tid til at stoppe og sige: ”Skal du have hjælp?” Først, når de er væltet, så kommer der nogen og samler dem op. Man bliver kold, fordi de kan ikke nå at følge med – lige meget, hvad de gør. (Interview med lægesekretær, marts 2000).

Andre afdelingers personale på Hans Bogbinders Alle kunne indimellem være genstand for samme tale om, at de havde en anden kultur og om at de var anderledes fx apopleksiafdelingens medarbejdere som værende for autoritetstro og forkælede, blandt andet fordi de kun fik apopleksi patienter.

”Det er et problem, at afdelingen bruges som buffer og venteplads til andre afdelinger. Vi har faktisk mest neurologiske patienter. Vi er ikke

⁵⁵ Denne vurdering deltes i øvrigt af medarbejdere på AMA: ”Når man er gruppeleder, som man altid er, så ser man ikke patienterne så meget. Jeg ser dem om morgenen når jeg giver medicin og ellers er det et navn der hænger derude. Og tiden til at tage sig af dem, den har vi jo heller ikke. Så det kan man godt savne.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

noget i systemet. Vi bliver fx ikke nurset som fx apopleksiaafdelingen. Jeg siger ikke dette, fordi rønnebærrene er sure, men af kølig konstatering. (Samtale oversygeplejersken, september 1999).

”Vi vil være en enestående klinik. Vi skal slå på det tværfaglige og vi vil ikke bare være sådan nogle, hvor patienter venter på at komme på N1 [apopleksiaafdelingen]”. (Oversygeplejersken, observationsdata, september 1999).

”Hvorfor har N1 kun apopleksi, når vi har blandet?” (Observationsdata, december 1999).

De taler om en patient, der burde komme på apopleksi afdelingen, men at de ikke tror de vil modtage hende der. (Observationsdata, juni 1999).

Medarbejderne fra Kommunehospitalet og Sønderbro gav også udtryk for, at de var vant til en rolig og afslappet atmosfære, hvilket der også blev italesat som stående i *difference* til medarbejderne fra Sankt Elisabeth. Det sagdes på afdelingen, at der stadig var rester af en klosterhave bag bygningen på Hans Bogbinders Alle, men på nær en figur af Sankt Elisabeth ved hovedindgangen, kalkmalerierne og kirkesalen var der ikke mange synlige ting, der pegede på fortiden som hospital drevet af nonner. Hvor de fleste af de medarbejdere der kom fra Kommunehospitalet og Sønderbro talte lavt og gik roligt og hovedsageligt var modne eller midaldrende kvinder, så var der en anden jargon blandt medarbejderne fra Sankt Elisabeth. De var generelt yngre, de talte mere om at ‘have gang i den’, de råbte til hinanden ned ad gangen og hurtige fodtrin kunne høres.

”Det er sådan lidt nogle fart over feltet mennesker. Sådan lidt impulsive. Der er ikke så mange, der er over 40. Og der er ikke så mange, der bliver, når de er over 40, for så brænder man ud. Det går meget stærkt og det går også for stærkt. Så man synes ikke, at patienterne får det, de bør have, fordi vi ikke har tid. Nu er vi jo jævnaldrende og mange af os ses også privat, og der kan også være lige lovlig meget fart over feltet i det private også.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

Der iscenesattes derudover en mere barsk humor og omgangsform imellem personalet fra Sankt Elisabeth. Der var fluesmækkeren formet som en barneflipflop med påskriften: Til urolige patienter og der var et grønt plastikbadedyr hængt rundt om

uret i personalerummet. Også i relationen til deres patienter var der en anderledes barsk tone:

Den ældre kvindelige patient inde på stue 0.66 siger: ”Åh kan du ikke lige hjælpe mig”, ud mod sygeplejersken Helene – hendes paryk ligger ved siden af sengen. Hun er endnu ikke gjort i stand. ”Det var dog utroligt”, siger Helene irriteret. Sygehjælper Bente griber ind og siger: ”Kan du ikke lige vente lidt, de andre skal jo også have noget mad”. ”Jo, undskyld”, siger patienten. Helene er inde på en ny stue. Lidt efter siger patienten fra 0.66: ”Du må lige hjælpe mig” Hvorpå Bente i en aggressiv tone siger: ”Fru Mogensen, du må lige vente lidt.” (Observationsdata, maj 1999).

I iscenesættelsen af et afdelingsfællesskab mellem medarbejderne fra Kommunehospitalet og fra Sønderbro indgik der ikke en markant verbal grænsedragning til patienterne. Det blev iscesat som værende af betydning, hvilken diagnose de havde, om de var reumatologiske eller ej, men i den daglige relation var der ikke en verbal distance som observeret på andre medicinske afdelinger (Holm-Petersen et al. 2006a). Nogle af patienterne havde misbrugsproblemer og til dem iscenesattes ofte en maternel rolle.

Samtidig var det dog tydeligt, at patienterne og de pårørende ikke var en del af fællesskabet. De indgik i nogle af arbejdsopgaverne, men de var ikke en del af fællesskabet. Patienter og pårørende kom eksempelvis ikke inde i personalerummet, der fungerede som kaffe – og frokoststue. Dermed praktiseredes en række *differences* men ofte var disse ikke italesat. En af de måder *difference* praktiseredes på var den strukturerede dagligdag, hvor der var en overordnet ramme for, hvilke typer af aktiviteter, der skulle ske. Eventuelle patientbehov der lå uden for strukturen var det legalt at undgå at tage hensyn til med henvisning til, at der er nogle arbejdsopgaver, der skal udføres. Det var således rutinerne der var i centrum. Rutinerne medførte også den rigiditet, at personalet anså deres arbejde for *færdigt*, når de havde nået de aktiviteter, rutinerne foreskrev. Herefter var det legalt at sidde i kaffestuen eller daske rundt på de dage, hvor man blev færdig før kl. 15.

Den barske tone, der iscenesattes af medarbejderne fra Sankt Elisabeth gjaldt også i relationen til de unge uerfarne turnuslæger, der kom fra Italiensvej og gik stuegang på afdelingen, før de reumatologiske læger kom. Følgende eksempel er fra en ung reservelæges første dag på afdelingen og viser en klar verbal grænsedragning:

Klokken 11.07 går de ind på stue 0.65, hvor der er tre senge. Helene tiltaler en ældre kvindelig patient, der sidder apatisk ved et bord overfor sin mand, der er på besøg. Lægen tror derfor fejlagtigt, at det er den patient, de lige har talt om, hvorfor han tiltaler hende med et forkert navn. Patienten reagerer ikke på hændelsen og Helene siger hurtigt til ham, at det er en forkert patient, han tiltaler. Hvorfor går du så hen til hende, jeg kender jo ikke patienterne?, spørger reservelægen. ”Jeg taler til dem jeg ligesom har lyst til”, svarer Helene. Senere inde i personalerummet siger hun til de andre: ”Ham den yngre læge anede ikke, hvem der var hvem af patienterne.” (Observationsdata, maj 1999).

Medarbejderne fra Kommunehospitalet deltog ikke i denne verbale grænsedragning og da medarbejderne kom fra Sønderbro begyndte de faste reumatologiske læger også på afdelingen. Andre studier har også vist en verbal grænsedragning til lægerne fra plejepersonalets side (Holm-Petersen et al. 2006a) men på afdeling F1 iscenesattes en verbal grænsedragning kun i de situationer, hvor lægens stuegangspraksis blev italesat som gående ud over sygeplejersken. Dette kan måske ses som hængende sammen med, at de reumatologiske læger var vigtige i iscenesættelsen af afdelingen som reumatologisk.

7.4.1 Skiftende Vi'er

Fra den 1. juni 1999 var det kun de reumatologiske læger, der gik stuegang på afdelingen. Og der blev herefter italesat en nærere relation mellem læger og plejepersonale, som i nogle situationer blev italesat som værende af fælles reumatologisk *kind*, i andre situationer som værende forskellige faggrupper, der arbejdede meget forskelligt, om end de dagligt qua en række opgaver var forbundet.

Derudover kom laboranter, portører og kioskdamen dagligt på afdelingen for at udføre deres konkrete opgaver, hvorefter de gik igen. Det var dog sygeplejemedarbejderne og deres arbejde, der fyldte mest på afdelingen. Disse var sammen med omsorgsmedarbejderen de eneste, som var ansat i afdelingsregi og hørte ledelsesmæssigt under afdelingssygeplejersken. Sengeafdeling F1 blev til daglig ledet af afdelingssygeplejersken.

Hvem der udgjorde et 'vi' på afdelingen var dog ikke konstant. Det afhang derimod af den konkrete sammenhæng. Der var således både en tydelig og utydelig

distinktion mellem deltager og ikke deltager i 'fællesskabet på F1'. Der var tale om forskellige måder at organisere relationer på, hvor inklusion og eksklusion trådte i kraft på forskellige måder.

Vi'et var situationelt betinget forstået på den måde, at i nogle sammenhænge var Vi således plejepersonale på F1 (personalemøder), i andre alle der fast kom på F1 (tværfaglige møder, fester). Vi'et var i nogle sammenhænge også Reumatologisk Klinik (i forbindelse med centerledelsesmøder, økonomimøder, festlige arrangementer), Vi'et kunne også være medicinsk center (ved centerledelsesmøder, sygehusledelsesmøder, medicinsk center budget og regnskab, festlige arrangementer). Endelig kunne Vi'et i nogle sammenhænge være hele Amager Hospital (ved sygehusledelsesmøder, i forhold til lokalområdet, pressen). Dem 'man' i nogle forbindelser iscenesatte sig som forskellige fra, kunne således i andre sammenhænge iscenesættes som værende en del af noget større, man var sammen om.

Selv om plejepersonalet i mange henseender optrådte og så sig selv som en gruppe, iscenesattes der i nogle situationer indre grænser i dette fællesskab. Fx havde nogle mere officiel kompetence end andre. Der var således forskel på, om man var uddannet sygeplejerske, social- og sundhedsassistent eller sygehjælper. Det havde således været sådan, at det kun var sygeplejersker der gav medicin, gik stuegang og var gruppeleder. Ved personalemødet 15. maj 2002 uddeltes diplomer til social- og sundhedsassistenter, som havde modtaget oplæring i medicingivning og stuegang.

Ved personalemødet den 15. Maj 2002 optrådte samtidig en ny slags grænsedragning – nemlig mellem dem, der på dette tidspunkt var nye på afdelingen og var uddannet sygeplejerske efter den nye model og dermed havde titlen bachelor og dem, der var uddannet efter den gammeldags model. Nogle af dem, der var uddannet efter den gamle model havde dog taget efteruddannelse og blev opfattet som på lige fod med de unge sygeplejersker med en bachelor. Denne nye grænsedragning iscenesattes i høj grad af de nye unge sygeplejersker, der var kommet til afdelingen og blev en væsentlig aktant i diskussionen om en ny struktur for afdelingen – en opdeling i to områder, hvor det ene skulle udgøre en studie unit, hvor studerende og elever kunne blive oplært. For at være kvalificeret til at uddanne de kommende sygeplejersker og være i studieunit skulle man nemlig enten være bachelor eller være noget ekstra. Diskussionen kunne ses som nogle 'newcomers'⁵⁶

⁵⁶ Etienne Wenger opdeler i sin terminologi om *communities of practice* medarbejdere i oldtimers og newcomers (Wenger 1998).

forsøg på at segmentere deres bachelor ekspertise, men det var tydeligt, at diskussionen om studieunit blev opfattet som en trussel mod det 'solidariske fællesskab', når alle de virkelig dygtige skulle være i en del af afdelingen, og resten i den anden. Der kom en studieunit på afdelingen, men alle de bedst kvalificerede ressourcer blev ikke trukket herover på bekostning af resten. Iscenesættelsen af et fællesskab blev dermed opretholdt om end diskussionen om studieunit var med til at vise sprækkerne og flertydigheden i fællesskabet⁵⁷.

Når personalemøderne afholdtes i afdelingen – inden for dennes fysiske rum – kunne de sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistenteleverne deltage. Afholdtes mødet om aftenen i et privat hjem, som det personalemøde der blev afholdt hjemme hos oversygeplejersken i maj 2002, var det kun alle faste medarbejdere, der var inviteret med – ikke de timelønnede eller de sygeplejestuderende og sosueleverne. Ved omtalte møde deltog næsten alle medarbejdere inklusive faste nattevagter, lægesekretæren og omsorgsmedarbejderen.

Tid var altså også et aspekt – eller en aktant i arbejdet med at iscenesætte et 'fællesskab' og en aktant i definitionen af, hvem Vi er. Personalemøderne lå tidsmæssigt placeret sidst i dagvagten. I enkelte tilfælde afholdtes personalemøder dog om aftenen. Den tidsmæssige placering af personalemødet medførte, at faste aften- og natmedarbejdere ikke kunne deltage inden for deres arbejdstid. Det var almindeligt, at specielt faste nattevagter ikke deltog i personalemøderne. Da der ikke var andre fora, hvor det var 'naturligt' løbende at tale med de faste nattevagter, bidrog den tidlige strukturering til en grænsedragning og til, at der opstod negative fortællinger om nattevagternes arbejde. De ansås ikke på samme måde for at deltage i fællesskabet. De italesattes i nogle situationer som værende af en anden *kind*. Der italesattes en forskel i perspektiv:

”De bliver jo utilfredse når patienter sidder oppe. De tror, alle skal ligge i deres senge. Problemet er, at nattevagten aldrig møder op til vores møder. Jeg vil ikke smide eller lægge en patient i seng, hvis hun ikke ønsker det, bare for at jeg skal tilfredsstille hendes [nattevagtens] behov. Jeg er her for patienten.” (Interview med sygehjælper, tidl. Sønderbro, februar 2000).

⁵⁷ Om etablering af en studieunit som en organisatorisk forandring se i øvrigt Anne Reff Pedersens analyse af en rehabiliteringsafdelings fortællinger og modfortællinger om betydningen heraf (Pedersen 2005).

Natsygeplejersken beder de andre om at komme til hende, når patienter klager over hendes arbejde. Ingen siger noget om det, patienterne klager over. Men der har øjensynligt været nogen snak herom. (Observationsdata, personalemøde 15. maj 2002.

Måske er det at arbejde som fast nattevagt præget af lav status og omgærdet af fordomme fra andre sygeplejerskers side (Brooks & MacDonald 2000). Under alle omstændigheder var iscenesættelsen af personalemøderne med til at skabe et billede af, at afdelingen primært bestod af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere, der var fastansatte og som også havde dagvagter.

Ekskluderet var dermed de faste nattevagter og det timelønnede personale. Samlet set dækkede medarbejderne et treholdsskift syv dage om ugen. Nogle af vagterne dækkedes dog af timelønnede medarbejdere. Disse var medarbejdere, der ikke var fastansatte, men som jævnligt arbejdede på afdelingen. De timelønnede deltog ikke i personalemøder. De løbende personalemøder på afdelingen blev anset for at være ”monofaglige”, der var fx ikke inviteret læger og terapeuter, men det ansås for naturligt, at afdelingens to læge- og sygeplejeseekretærer deltog.

Vagtplanlægningen var en anden måde, hvorpå medarbejdere dels kunne opleve sig som gensidigt afhængige, dels kunne ’dekodet’, om afdelingen og fællesskabet var velfungerende. Der var et vist antal aften og nattevagter, der jævnligt skulle fordeles. Afdelingssygeplejersken varetog denne opgave og hendes løsning heraf var betydningsfuld for den måde hendes evner som afdelingssygeplejerske vurderedes. Hun blev således vurderet dels ud fra om vagtplanen overordnet set var anset for rimelig – dvs. om fordelingen af vagter var fair overfor afdelingens medarbejdere, dels ud fra om den tog hensyn til den enkeltes behov. Nogle havde fx præferencer over for nattevagter, og andre over for aftenvagter. Og nogle havde i perioder problemer med at dække vagter af forskellige personlige årsager. Var der medarbejdere, der i en periode ikke kunne dække aften- og nattevagter, skulle de andre dække flere. Vagtplanlægningen var dermed en anledning til at producere opfattelser af lighed, forskelle og solidaritet. Og vagtplanlægningen var dermed også særlig i begyndelsen, hvor den fungerende afdelingssygeplejerske var uvant hermed, en kilde til intern misundelse.

Samtidig syntes fortællingen om et homogent ’afdelingsfællesskab’ at blive opretholdt på trods af de mange sprækker heri.

7.5 Det lægelige reumatologiske projekt

En måned efter at F1 havde åbnet og en måned senere end plejepersonalet fra Kommunehospitalet kom de reumatologiske læger og oversygeplejersken fra Kommunehospitalet. Dette betød, at Afdeling F1 nu havde deres ”egne” læger⁵⁸ og at klinikledelsen var nu samlet under ét tag. I modsætning til plejepersonalet på afdeling F1 italesatte reumatologerne indholdet i deres faglige reumatologiske funktion som værende det, der gav deres arbejde mening.

De fire læger fordelte det lægelige arbejde mellem sig. Der var en lille aldersforskel mellem dem, idet der var to yngre læger under uddannelse til speciallæge i reumatologi⁵⁹ og to overlæger, men de var alle fire erfarne læger. Der var ingen turnuslæger tilknyttet den reumatologiske klinik. De kendte hinanden fra Kommunehospitalet og talte om deres fælles historie. Og de hyggede sig sammen, ud over at de gav udtryk for at have fælles faglige ambitioner.

“Vi har en klinik, hvor vi har et godt samarbejde. Vi bliver motiveret af arbejdet, vi motiverer hinanden gennem arbejdet. Vi har en god stemning, vi kan tale sammen, vi er åbne. Vi debatterer, vi respekterer hinanden. Det eksisterer et halvt år efter, at vi er startet på vores klinik. Vi kan godt finde ud af det – vi er glade, vi er stolte, vi kan det hele.” (Interview med overlæge, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Lægernes italesættelse af et fællesskab relaterede sig dels til den fælles interesse for det reumatologiske, dels til deres fælles historie. En historie de delte med de to lægesekretærer der kom fra Kommunehospitalet og havde været der i mange år og med oversygeplejersken og overergoterapeuten der også kom fra Kommunehospitalet.

Meningen med arbejdet for lægerne italesattes som, at de var en del af en reumatologisk funktion og at denne funktion skulle udvikles. Det var ikke deres valg at høre under et medicinsk center. Reumatologerne ville gerne have haft et bevægelsecenter i stedet. Dette havde været deres vision og projekt. Et center der var tværfagligt ortopædkirurgisk og reumatologisk og hvor patienterne derfor kunne få en tværfaglig vurdering og behandling. Klinikcheferne for henholdsvis reumatologi-

⁵⁸ I maj måned var det læger fra Italiensvej, der gik stuegang på afdelingen.

⁵⁹ Den ene var allerede speciallæge i intern medicin.

en og ortopædkirurgien skulle så sammen have udgjort en centerledelse⁶⁰. Deres *kind* var altså alle læger, der havde med reumatologiske patienter at gøre.

De reumatologiske læger gav udtryk for at dele en faglig interesse og stolthed. De gav udtryk for at ønske at gøre et godt reumatologisk arbejde og yde en god reumatologisk ydelse til patienterne. De så målet med en god reumatologisk klinik som også værende knyttet an til forskning og udvikling blandt andet i samarbejde med landsdelafdelingen på Rigshospitalet og Københavns Kommunes Osteoporosecenter. Samtidig havde de en vision om at hjemtage den ”hotte reumatologi”. Det vil sige de akutte indlæggelser af patienter med inflammatoriske led- muskel- og bindevævssygdomme for dermed at gøre den reumatologiske funktion på Amager Hospital ”mere komplet”. Disse patienter fra Amager Hospitals optageområde blev på dette tidspunkt visiteret til Hvidovre Hospital⁶¹. De anså afdelingen for ikke at være en rigtig reumatologisk afdeling, fordi de manglede den akutte hotte reumatologi, som de så som udgørende en stor del af det akademiske indhold i specialet. Lægerne italesatte det som et problem, at det dermed var vanskeligere dels at uddanne sig til reumatolog, dels at vedligeholde det man kunne.

Klinikchefen siger, at de er en anderledes reumatologisk klinik på Amager, fordi de ikke har gigt og bindevævssygdomme, som de sender til ambulatoriebehandling i Hvidovre og Glostrup. Det er et problem, fordi de sygdomme udgør en stor del af det akademiske indhold i specialet. Han mener, at dette er en medvirkende årsag til, at de ikke kan få besat den ene ledige 1. reservelægestilling. Det er også et problem, at de ikke er ajour på dette felt, fordi patienterne kommer jo ind, når de er akut indlagt. ”Så vi skal kunne det. *Learning by doing and loosing by not doing.*” (Samtale med klinikchefen, juli 2002).

Overlægerne var således engagerede i udviklingen af reumatologien – også ud af huset i reumatologiske netværk. Klinikchefen var også en del af reumatologien på Rigshospitalet og fungerede blandt andet som visitator til genoptræningsinstitutionen Montebello i Spanien. Lægerne i den reumatologiske klinik var således ikke blot en del af arbejdet i den reumatologiske klinik, men også en del af et større reumatologisk projekt og en større funktion.

⁶⁰ Kilde: ”Oprettelse af center for Bevægeapparatets sygdomme Amager Hospital.” Papir udarbejdet af ledende reumatolog og ledende ortopædkirurg.

⁶¹ Denne funktion var i henhold til Sygehusplan H:S 2000 samlet på Rigshospitalet og Hvidovre Hospital.

7.6 'De rigtige' og 'de forkerte' patienter

”Jeg havde håbet, at vi kunne lave noget mere – hvad skal vi sige – rigtig reumatologi, men mange af de reumatologiske patienter – ja de er ikke lige ved at dø – og nogle gange, så har vi kun dem indlagt, som er ved at dø.” (Interview med ledende overfysioterapeut, tidl. Sundby, januar 2000).

Hvilke patientdiagnoser der skulle høre hjemme i sengeafdeling F1 var løbende genstand for fortolkning. På introduktionstemadagen kom bud som *mobile yngre ryg patienter* og *medicinsk sammenskudsgilde* op. Skal patienterne ligge i sengene eller er de primært oppegående genoptræningspatienter? Der var formuleringer som, når nu patienterne bliver ”lettere”. Og oversygeplejersken havde udtrykt det som et mål, at patienterne skulle op og aktiveres – og spise morgenmad. Denne form for udtryk syntes at have været omgærdet af et håb for en måske mere gendelig fremtid – en fremtid der i højere grad mindede om datiden på Kommunehospitalet, hvor patienterne var mere mobile og var der for at blive genoptrænet. De medbragte artefakter såsom gangstativ og patientjoggingtøjet kunne ses som konkrete fysiske symboler herpå.

På dette tidspunkt virkede det således som om det reumatologiske speciale⁶² for sygeplejemedarbejderne udgjorde et løfte om en paraply, der skulle åbne sig op og yde en beskyttelse mod desorientering og potentielt truende meningsløshed med hårdt arbejde med tunge patienter. Det var i høj grad oversygeplejersken, der italesatte denne mening med den nye sengeafdeling. Det var i høj grad ledelsen af klinikken og lægerne, der skulle sikre denne udvikling, hvor det var ’de rigtige’ patienter, der skulle fylde mest i sengene.

På F1 italesattes reumatologiske patienter som knyttet sammen med opfattelsen af en vis form for mobilitet. Der skulle være et genoptræningspotentialer for at terapeuter – og alle – havde opgaver at udfylde. Nogle diagnoser blev anset for at høre hjemme på afdelingen, andre for at høre hjemme på andre afdelinger som eksempelvis den neurologiske afdeling ovenpå. Da den nye afdeling åbnede officielt i

⁶² Sygeplejersker har også faglige selskaber, der ligesom lægernes ofte knytter sig til medicinske specialer. Men hvor læger opfattes som specialiserede, opfattes sygeplejersker ofte som generalister (Aiken & Sloane 1997; Halpern 1992). Der var heller ikke faglige diskussioner af pleje af netop reumatologiske patienter, der fyldte mest på afdelingen. Ifølge klinikchefen var plejepersonalet på F1 generalister.

maj 1999 var mange patienter såkaldt tunge medicinske patienter, der fx ikke var i stand til at gå på toilettet uden hjælp. I modsætning hertil betragtedes reumatologiske patienter som lette patienter. Langsomt kom der flere reumatologiske patienter i den nye afdeling, men andre patienter i form af fx apopleksi patienter, oplevedes at fylde meget i F1s senge. Der var blandt plejepersonalet en lurende pessimisme om, hvor tunge patienterne ville blive. Denne pessimisme blev i begyndelsen særlig næret af personer fra den gamle Sankt Elisabeth afdeling:

”De nye medarbejdere fra KH var meget chokerede i begyndelsen. Patienterne var meget tungere, end de var vant til. Og de aner ikke, hvordan det bliver. Det bliver jo ikke sådan, at patienterne kan komme op og spise morgenmad. Her er mange geriatriske patienter.” (Samtale med afdelingssygeplejerske, tidl. Sankt Elisabeth, maj 1999).

Men den blev også løbende diskuteret blandt de andre medarbejdere. Der blev således ofte talt om, at apopleksi patienterne fyldte for meget i sengene og at de som afdeling ikke var normeret til det eller på anden måde gearet til det.

Fysioterapeuten Tora fortæller overfysioterapeuten om, at de har mange tunge pt'er fx apopleksi patienter. Tora siger, at hun føler sig stresset over, at hun ikke har ret meget tid til patienterne. (Observationsdata, september 1999).

Fysioterapeuten forklarer, hun er pusher. Det vil sige, at hun støtter på sin syge side, hvor hun ikke kan. Ergoterapeuten tilføjer: ”Apopleksi hører hjemme på N1 ovenpå, men de har ikke plads. Men de er bedre normeret og kan bedre klare pushere osv. ”Vi kan rygge osv.” (Observationsdata, september 1999).

”Det kan ikke være meningen i går var 9 ud af 19 patienter apopleksipatienter. Så må vi have en opnormering!” (Oversygeplejerske, tidl. Kommunehospitalet, observationsdata, september 1999).

I det hele taget blev mange af patienterne anset for at være alt for tunge og forkerter i forhold til visionen om de oppegående patienter, der skulle trænes.

”Jeg synes, det er urealistisk, at patienterne skal op kl. 7 og spise morgenmad med de patienter vi har.” (Social- og sundhedsassistent, tidl. KH, personalemøde maj 1999).

”Vi har ikke ret mange [patienter] der kan noget selv overhovedet.” (Interview med social- og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Det at ’de forkerte patienter’ fyldte så meget i sengene italesattes også af lægerne som et problem, fordi det gjorde, at afdeling F1 ikke var en ”rigtig” reumatologisk afdeling.

”Alt i alt kan man nok sige, at de reumatologiske patienter burde fylde noget mere forstået på den måde, at det skulle være dem, vi havde plads til. Vi får ofte causa soc. og dehydratio eller cancerpatienter i slutfasen, terminalfasen. Dem skal der også være plads til. Så hvis man kigger på, hvem der ligger i sengene i forhold til de ambitioner, jeg dukkede op med, vil jeg nok sige, at det ikke lever op til det. Hvis man spørger hospitalsledelsen vil de nok sige, at det er de rigtige patienter, der ligger i de rigtige senge”. (Interview med læge, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Jeg giver udtryk for at det virker som om det lidt er revl og krat patienter. Klinikchefen fortæller i en lettere ophidset tone, at hans faglige stolthed ikke ligger i sengeafsnittet, men i hans ambulatorium. Han mener i øvrigt, at afsnittet ikke adskiller sig væsentligt fra andre medicinske afsnit i huset. De er lidt nogle skraldespande. Den diagnose hovedparten får – er lidt af en tilfældighed. Det handler om DRG point. Iværksættelse af genoptræningsforanstaltninger giver mere end færdigbehandling for et eller andet. (Samtale med klinikchefen, juli 2002).

Afdelingen fik dermed lidt af et medicinsk sammenskudsgilde eller skraldespands præg, der passede dårligt til udviklingen af det faglige indhold i specialet. Samtidig gav de udtryk for, at de nogle gange godt kunne synes, det var ærgerligt, når de havde patienter indlagt, der ikke havde brug for en læge med speciale i reumatologi og ikke havde brug for genoptræning.

”Når vi får patienter ind, som ikke kræver optræning og fylder en optræningsplads samtidig med, at der er patienter, der ikke kan komme til at få deres genoptræning, så er det man kan risikere at komme til at miste noget funktion der. Og det er da ærgerligt.” (Interview med overlæge, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

”Man kunne godt have flere rygpatienter liggende eller i stedet udskrivelse til et ambulante forløb – et forløb og et ambulante tilbud vi ikke har. Vi kunne have flere med bindevævssygdomme liggende, som virkelig fejler noget og har behov for lægelig vurdering. Så på den måde kunne man fylde op med nogle flere reumatologiske patienter. (Interview med overlæge, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Samtidig havde nogle af ”causa soc.⁶³” patienterne diagnoser inden for reumatologien. De er derfor ”rigtige” reumatologiske patienter, men de ville ”under normale omstændigheder” ikke skulle være indlagt. Det var således ikke alle reumatologiske patienter, hvor den specialiserede læge syntes hans viden udnyttedes bedst:

”Nogle af de reumatologiske patienter kunne lige så godt have været placeret i en medicinsk seng. Fordi de primært er der af causa socialis. De kan ikke leve i deres eksisterende tilværelse, fordi deres funktionstab er for højt. Men fordi de har en primær diagnose inden for reumatologien fx osteoporose eller reumatrit, opfatter man dem som reumatologiske patienter.” (Interview med overlæge, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

De ”rigtige” reumatologiske patienter betød således dels at patienterne skulle høre til det reumatologiske lægelige speciale, dels at ”de rigtige patienter” betød noget for afdelingens identitet: Var den reumatologisk eller ej. For at opretholde en narrativ validitet som afdelingen som reumatologisk krævedes det således, at der var en vis mængde patienter i sengene med reumatologiske diagnoser. Var der for mange ”forkerte patienter” i sengene betød det omvendt, at afdelingen ikke kunne betragtes som en rigtig reumatologisk afdeling men snarere som en mere uspecialiseret bufferafdeling.

7.6.1 Specialet som ressource

”’Disease’ may be inside the body, but what is said about it isn’t. Bodies only speak if and when they are made heavy with meaning” (Mol 2002:7).

⁶³ Causa socialis betyder af sociale årsager. En diagnose der officielt er afskaffet men stadig anvendes uformelt i tale.

Dette gælder også medicinske diagnoser. Der er nogen, der skal bestemme, hvilken eller hvilke diagnoser, der er mest relevante i den givne situation for at en patient kan udredes, behandles og placeres. Sådan et klassificeringsarbejde gøres eksempelvis af de lægefaglige specialeselskaber. Ifølge Dansk Reumatologisk Selskab kan den reumatologiske patient klassificeres således: Reumatologi er det intern medicinske speciale, der varetager forebyggelse, diagnostik, behandling, rehabilitering, uddannelse og forskning indenfor bevægeapparatets medicinske sygdomme (Sundhedsstyrelsen & Dansk Reumatologisk Selskab 2005). Det drejer sig om følgende:

- Degenerative led- og muskellidelser, herunder rygsygdomme
- Akutte og kroniske belastningssygdomme og smertetilstande i bevægeapparatets knogler, led, ledkapsler, muskler, sener, seneskader og slimsække, herunder skader udløst ved arbejde, motion og idræt
- Inflammatoriske reumatologiske sygdomme i bindevæv, led, muskler, kar, indre organer og nervesystem af ukendt ætiologi samt udløst af autoimmune og infektiøse tilstande, krystaller, metaboliske og arvelige faktorer
- Metaboliske knoglesygdomme, herunder osteoporose
- Funktionsforstyrrelser i bevægeapparatet

Når lægerne i den reumatologiske klinik italesatte et stort behov for reumatologiske ydelser i det danske sundhedsvæsen, faldt denne italesættelse i tråd med den bredere reumatologiske lægefaglige forståelse. En forståelse der eksempelvis kommer til udtryk i reumatologernes fagblad: Dansk Reumatologi udgivet af Dansk Reumatologisk Selskab. Heraf fremgår blandt andet, at sygdomme i bevægeapparatet er et stort og stigende problem med store direkte og indirekte omkostninger for det danske samfund. Således skyldes 20 % af kontakter til praktiserende læger gener fra bevægeapparatet, 20 % af helbredsbetaget førtidspension skyldes problemer med bevægeapparatet, 40 % af alle tabte arbejdsdage skyldes gener fra bevægeapparatet og 40 % af alle med nedsat arbejdsevne har nedsat arbejdsevne på grund af gener fra bevægeapparatet (Ringsted 2001). Samtidig er der mangel på reumatologer og den store volumen af patienter med sygdomme i bevægeapparatet betyder, at speciallæger i reumatologi ikke kan varetage diagnostisering og behandling af alle disse patienter. Fremtidens reumatolog kan derfor måske snarere ses som en med en vejledende konsulentfunktion, som andre professionelle kan henvende sig til (Ringsted 2001). Postgraduat lektor Charlotte Ringsted konkluderer:

”Reumatologiske speciallæger er og vil fortsat i en årrække være en mangelvare. I denne situation må planlægningen af den reumatologiske indsats, herunder organiseringen af de reumatologiske afdelinger i hospitalssektoren nøje overvejes og indpasses i den samlede planlægning af sundhedsvæsenet. Dette således at der ikke bindes uhensigtsmæssigt store ressourcer til varetagelse af medicinske behandlingsopgaver, som bedre kunne varetages af andre.” (Ringsted 2001).

I denne optik er det ikke muligt for læger både at uddanne sig til specialist i reumatologi og samtidig bruge en væsentlig del af sin arbejdstid på at beskæftige sig med et bredt udvalg af medicinske patienter og dermed lade væsentlige reumatologiske ressourcer gå til spilde. Det reumatologiske lægefaglige speciale kunne således ses som samfundsmæssigt betydningsfuldt og dermed også som en ekspertsemæssig magtbase (Borum 1976; Borum 1995a).

Samtidig var det også i et rekrutteringsmæssigt perspektiv anset for uheldigt for reumatologien, at uddannelsesstillingerne inden for reumatologi blev gjort mindre attraktive ved at sætte de yngre læger til at arbejde med andre medicinske problemstillinger end de reumatologiske. Det afspejlede måske reumatologiens statusmæssige placering som et relativt lav-teknologisk speciale i det medicinske hierarki af specialer. Eller måske afspejlede det det pres, der er på medicinske centre for at få dækket det lægelige arbejde.

7.7 Fællesskabet – en kulturel ressource?

”Sygeplejersker er altid lidt en samlet flok”. (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

“Negotiating the enterprise gives rise to relations of mutual accountability among those involved (Wenger 1998:81). These relations of mutual accountability include notions of what is important and why, how to perform and not to perform, what to discuss and what to keep quiet about, and what should be shared by the group. Accountability to the enterprise

means being responsible towards one another and accordingly try not to make life more difficult for each other". (Wenger 1998:81).

Der kan argumenteres for, at det er en tilgængelig og måske også ofte en ønskværdig kulturel ressource for plejepersonale at trække på at se sygehusafdelingen som et fællesskab. Dels fordi de alligevel er der tæt op ad hinanden og er afhængige af hinandens tilstedeværelse og humør og således også for at få arbejdsdagene til at gå som behageligt som muligt (jf. Wengers Alinsu analyse Wenger 1998). Ved at orientere sig mod hinanden respekterede de den gensidige kollegiale afhængighed. Personalerummet var med til at understøtte samværet. Rummet kunne ses som en helle, en hjemmebase. Her var man sammen, slappede af, ladede op og arbejdede. Patienterne kom ikke ind i dette rum. Andre faggrupper kom her som besøgende, men det var primært sygeplejemedarbejdernes rum i såvel fysisk som mental forstand. Der kunne således tales fortroligt i dette rum, også selv om der ikke var nogen dør, der kunne lukkes.

Således anså også plejepersonalet i en række andre undersøgelser deres primære fællesskab som værende deres egen sengeafdeling (se fx Brooks & MacDonald 2000; Franssén 1997; Holm-Petersen et al. 2006a; Sahlin-Andersson 1994; Sahlin-Andersson 1997).

At være en del af en afdeling med et godt fællesskab blev af alle italesat både som en del af deres erfaring og som et væsentligt plus og en efterstræbelsesværdig situation. At se sig som en gruppe blev også iscenesat som en måde at tage hånd om hinanden og dermed mindske potentiel utryghed.

"Vi er jo også alle i samme båd" (Sygeplejeseekretær, observationsdata, juni 1999).

"Arbejdskollektivet er altafgørende. Det er en vigtig måde at føle sig tryk på." (Samtale med sygeplejerske fra Sønderbro).

"At man kan snakke sammen, at man kan være åben. Og at man ikke har nogen klikker og at man føler sig ligeså godt tilpas, som når man er hjemme. At man kan sige ting til hinanden uden at blive fornærmet, at være ærlige. Det synes jeg, at man skal give mulighed for. At føle sig tryk ved sine kollegaer. Og det gør, at patienterne også føler, at man har det godt. Patienterne kan mærke, når der er noget. Men jeg synes at vi er meget heldige med vores afdeling. Jeg synes, at vi har det godt. Vi er ik-

ke i nogen kliker, selv om vi kommer to forskellige steder fra. Vi snakker meget godt sammen.” (Interview med sygehjælper, tidl. Sønderbro, februar 2000).

”Vi har det godt sammen. Altså, vi kan lide hinanden. Jeg føler ikke, der er ret meget fnidder-fnadder”. (Interview med social- og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

”Jeg ved, at jeg går frem efter en ting nu. Selvfølgelig vil jeg stadig gerne lære noget – men jeg går meget frem efter, hvordan jeg føler, tonen er, hvordan man menneskeligt arbejder sammen, hvordan humoren er og om man tager lidt vare på hinanden. Det betyder utroligt meget. Det er snart ligegyldigt med selve specialet. Men mens man er helt ung og har nogle vældige ambitioner om at lære et eller andet: narkose, operation, eller sådan nogle ting. Ellers er det snart ligegyldigt. Bare man er glad for at gå på arbejde. Og det er jeg.” (Interview med sygeplejerske, tidl. Sønderbro januar 2000).

”Jeg synes, der er en god tone. At det er godt socialt med, at man tager hånd om hinanden og prøver at se, hvis en går og ser lidt trist ud. Det kan godt være, at det ikke er alles behov, der bliver dækket. Det kan også være svært, når man har travlt, og vi er meget forskellige. Det må jeg nok indrømme.” (Interview med sygeplejerske, tidl. Sønderbro, januar 2000).

Her blev det italesat som værende vigtigt at forholde sig til hinanden socialt. Ikke fordi de alle lignede hinanden – det gjorde de ifølge det sidste udsagn ikke, men fordi det ansås for vigtigt *at tage hånd om hinanden* og være trygge. Dette kan dog hæmmes af, at *man har travlt*. I denne sammenhæng kan der altså potentielt opstå et skisma mellem at have travlt med sit patientrettede arbejde og det at tage hånd om hinanden. Dette skisma italesattes dog ikke. Enten fordi en sådan diskurs ikke blev opfanget af mine data, eller også fordi der måske var tale om et paradoks, der svært dårligt passede ind i den måde sygeplejemedarbejdere i de fleste sammenhænge foretrækker at fremstille sig selv på, som dem der altid er på patientens side (Littlewood 1991b). Der florerede mange fortællinger, hvor pointen var at være patientens ”advokat” eller formidler⁶⁴. Det har omvendt ikke været muligt at finde

⁶⁴ Sygeplejerske Dorthe fortæller en historie om en patient, der var lige ved at få opereret det forkerte ben på

fortællinger, hvor pointen var, at personalets egne behov blev nødt til at gå forud for en patients. Alligevel prioriterede sygeplejemedarbejdere dagligt egne og kollegiale behov i forhold til patienters. Samtidig var forklaringen på, hvorfor patienterne ikke kunne få en optimal pleje (set ud fra de værdier sygeplejestudiet havde bibragt dem og begrebet om totalomsorg) en-dimensionel - det var 'systemets' - nogle gange personificeret gennem den medicinske centerledelse - skyld.

Personalet fra den gamle Sankt Elisabeth afdeling italesatte hele Hans Bogbinders Alle som have værende et stort fællesskab og de gav udtryk for, at deres første plan havde været at blive på afdelingen som et fællesskab og måske få lov til at flytte til en anden afdeling i samlet flok. Da de flyttede, var det hovedsagelig i en klump til AMA og i en mindre klump til hjerteafdeling C1. Afdeling C1 åbnede senere end afdeling F1. Der var tale om et afsnit der blev italesat som mindre specialiseret end det andet mere akutte hjerteafsnit på Italiensvej. De social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere der var flyttet til C1 forlod dog hurtigt afdelingen igen med begrundelsen, at det ikke levede op til deres forventninger. Nogle søgte derefter at komme tilbage til F1, og gav udtryk for at de syntes, at afdelingen efterhånden var blevet et godt sted at være. I klumpen der flyttede til AMA var der en sammentømret gruppe, der også sås privat. Samtidig med indstillingen om, at det akutte arbejde var det mest spændende, var det således også en del af fortællingen, at det der var vigtigst var, hvem man arbejdede sammen med frem for, hvilken slags patienter man havde.

”Folk har været meget glade for at arbejde på afdelingen. Der var specielt en gruppe på 7-8 stykker der var meget glade for hinanden. De har også søgt samme sted hen, så de kan fortsætte med at arbejde sammen. Jeg tror nogle gange, at det er vigtigere for dem, hvem de arbejder med, end hvad de arbejder med.” (Interview med den forhenværende afdelingssygeplejerske, tidl. Sankt Elisabeth, september 1999).

”Kollegerne er det vigtigste.” (Interview med sygeplejerske tidl. Sankt Elisabeth nu AMA, februar 2000).

Medarbejderne fra Kommunehospitalet talte også om sig selv som have værende vant til at opleve sig som en del af et stort Kommunehospital fællesskab:

grund af, at man havde sat kryds i forkert rubrik i Sverige. Det blev kun undgået, fordi hun var med nede, da han skulle opereres, fortæller hun. (Observationsdata, september 1999).

”Der var et meget stort fællesskab. På en helt anden måde end her, hvor vi ikke taler så meget med de andre afdelinger. Der havde man mere fællesskab – følte man i hvert fald.” (Interview med social og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

”Vi har forsøgt at sige, at vi vil holde sammen, fordi vi har haft det så godt sammen.” (Interview med social og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

De talte derimod ikke om, at de som personale var en tæt knyttet gruppe fra Kommunehospitalet. De var kommet fra forskellige tidligere afdelinger og havde kun været samlet i den sidste tid på Kommunehospitalet på afdeling 120, før de var flyttet til Hans Bogbinders Alle:

”Vi var så en fløj fra afdeling fra 110 og 120 og vi blev samlet. Så vi har egentligt ikke været sådan meget tæt på hinanden, førend lige til aller sidst før vi flyttede.” (Interview med social og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Medarbejderne fra det geriatriske sengeafsnit på Sønderbro valgte også at komme i en gruppe. Alle i personalegruppen fik hjælp til at søge videre til andre afdelinger på Amager Hospital og ifølge afdelingssygeplejersken blev de fleste placeret på den afdeling, hvor de havde haft deres første prioritet. Sygeplejepersonalet fra G5 på Sønderbro kom således også i en gruppe og de havde selv tilvalgt denne afdeling. De medbragte deres afdelingssygeplejerske, der også her på F1 skulle være afdelingssygeplejerske.

”Og så var der også noget af vores afdelings personale der var med, bl.a. vores afdelingssygeplejerske, som skulle være her. Så det er nok også grunden til at man flyttede sammen.” (Interview med sygehjælper, tidl. Sønderbro, februar 2000).

”Vi har haft det utrolig godt sammen. Man kendte dem alle sammen. Det er ikke fordi jeg er bange for at kende nye mennesker. Men det er også en fordel for mig, at det er tættere på hvor jeg bor, end hvis jeg var taget til Sundby.” (Interview med sygehjælper, tidl. Sønderbro, februar 2000).

Det fysiske miljø og afstanden til arbejdspladsen blev også italesat som af betydning⁶⁵ og spillede ind i fortællingen om, hvorfor de valgte afdelingen. Flere af dem der kom fra Kommunehospitalet boede på Amager.

”Både Irene [sygeplejerske] og Louise [social- og sundhedsassistent] bor på Amager, det betyder så også noget. Det er nok grunden til, at de valgte at tage herud. Det var også det fysiske miljø. Jeg kan bedre lide det her miljø end Hvidovre, det der supermoderne beton. Selvom det er noget gammelt ragelse, er der alligevel noget ånd over det.” (Interview med social- og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Medarbejdernes erfaring med ’arbejdsfællesskaber’ blev også talt om som omfattende mere end blot det at arbejde sammen. Det blev således talt om som almindeligt at se hinanden i fritiden, gå på café eller lignende sammen.

”Altså de gamle KH’er har været ude en del gange sammen med andre gamle KH’er. Så går vi ud og spiser, hygger, danser, snakker og har det rart. Og det gør dem fra Sønderbro også med dem de arbejdede sammen med før.” (Interview med social- og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Medarbejderne fra Sankt Elisabeth gav udtryk for, at denne sammenvævning mellem privatliv og arbejdsliv som de i høj grad dyrkede hang sammen med de skæve arbejdstider med skiftende vagter hospitalsansatte i trevagtsskifte har (skiftende dag, aften og nattevagter) og de konsekvenser dette kunne have for et socialt liv ved siden af arbejdet.

”Det er nemmere at se ens kolleger end øvrige venner og familie for de har større forståelse for at man arbejder om natten, om aftenen osv.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

⁶⁵ Også blandt medarbejderne fra den tidligere afdeling på Sankt Elisabeth: ”Jeg var glad for Sankt Elisabeth, fordi det var så lille og stemningen var god. Og jeg ville gerne være blevet der. Det var sådan et alle kendte alle sted, og ingen hierarki osv. Jeg synes det gamle Sundby her har lidt af det, men det er ikke det samme. Det er større, men det er stadig et lille hospital i forhold til Rigshospitalet eller Herlev, der er en stor fabrik. Så derfor ville jeg hellere være her. [...] Det er ikke så hierarkisk. Man kender folk. Det er gammelt og ikke en betonklods. Omgivelserne - arbejdsmiljøet virker bedre her, selvom det trækker ind og vi fryser. Jeg har været i praktik på Herlev og syntes det var rædselsfuldt. Småt er godt! Og når solen skinner på græsplænen om sommeren!” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

Det ønskelige i at have et fællesskab kan måske også ses som hængende sammen med den gensidige afhængighed, der var sygeplejemedarbejdere imellem relateret til deres blotte tilstedeværelse. Det, at der skulle være nogen på arbejde døgnet rundt, betød, at plejepersonalets arbejdsopgaver flettedes ind i hinanden på den måde, at arbejdet ikke nødvendigvis bare ventede til næste dag. Det er heller ikke sikkert, at de samme personer var på arbejde næste dag. De gav på en lang række områder så at sige stafetten videre til hinanden. Nogle former for undersøgelser fandt dog kun sted i dagvagten og overleveredes derfor kun fra dagvagt til dagvagt. Det at der skulle være nogle på arbejde hele døgnet, betød også, at personalet var afhængige af hinandens tilstedeværelse. Hvis der var en, der ikke mødte op fx på grund af sygdom, var der fx en, der blev nødt til at blive, hvis det ikke var muligt at indkalde en anden. Det ville sige en timelønnet eller en der havde fri. De brugte ikke vikarer på afdelingen - kun i begyndelsen, hvor den tidligere Sankt Elisabeth afdeling havde vænnet sig til at bruge vikarer. Senere kom der fra centerledelsen et forbud mod brug af vikarer på denne afdeling begrundet i Hospitalets generelle økonomi.

Oplevelsen var, at når man arbejder på en afdeling, hvor der ikke er fællesskab og ikke er muligt at kalde vikarer ind, kommer det derfor hurtigt til at blive en ubehagelig oplevelse for den enkelte, der så igen fører til flere syge.

”I begyndelsen var der mange der var syge. Det var også på grund af det psykiske arbejdsklima. Når det er dårligt, så er man mere syg. Det skal der ikke ret meget til. Og når man så ikke havde den tætte tilknytning til hinanden, at man ikke kendte hinanden, så har man ikke den samvittighed over for ens kolleger på samme måde. I dag ville jeg ikke melde mig syg, så ved jeg bare, at jamen så bliver det den eller den, der bliver kaldt ind, eller så skal de bare knokle så meget.” (Interview med social- og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

”En god afdeling er, hvis ledelsen eller afdelingssygeplejersken er til at snakke med og tilrettelægger rigtigt og at man kører en plan - og at der ikke er mange sygdommeldinger” (Interview med sygehjælper, tidl. Sønderbro, februar 2000).

Lægerne så det ikke på samme måde som en mulighed at være del af et afdelingsfællesskab:

”Det er svært at bygge noget op, for læger er jo hele tiden på flugt – skulle jeg lige til at sige – er hele tiden på gennemrejse i sundhedsvæsenet. Det stopper jo aldrig. Det ved personalet også godt og derfor binder de sig meget sjældent ud over professionelt til en læge. For han er jo bare på gennemrejse. Det er så det, der er problemet.” (Interview med læge, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Lægerne så sig som nogle der kunne bidrage hertil uden helt at være en del af det. Scenesættelsen af fællesskab trak på ressourcer i form af fortællinger om at være vant til at være del af et fællesskab. Fællesskab er et ord med stærke positive konnotationer og fællesskab som konstruktion kunne ses som en ressource, der kunne bruges. Fællesskabet kunne også ud over at skabe et rum og ideen om en fælles identitet ses som en måde at skabe muligheder også i forhold til omverdenen. I bogen *Organisation, magt og forandring* fra 1976, der blandt andet handler om et ændringsprojekt på et operationsafsnit konkluderer Finn Borum, at gruppesammenhold er en væsentlig magtbase (Borum 1976:105).

7.8 Diskussion: Kulturfordomme og differentiering

Kapitel 7 afrundes med en diskussion af, *hvilke former for forskelle, tilhørsforhold og grænser der markeredes?* Det vil blive diskuteret dels, hvordan processen med at differentiere sig var med til at opbygge kulturfordomme, dels hvordan kulturfordomme var med til at skabe differentiering.

Den reumatologiske klinik var en organisatorisk enhed i det medicinske center. Den reumatologiske klinik var således en enhed, der havde en ledelse bestående af fire personer og deres tilknyttede sekretærer. Disse fire personer formede dels et fælles klinikledelsesprojekt, dels fungerede de i hver deres ”fagsøjle”. På medarbejdersiden var det kun lægerne, der dagligt så sig som en del af en klinik. De havde deres faste gang i flere dele af klinikken og sad kontormæssigt tæt på klinikledelsen. Resten af klinikken var stærkt geografisk spredt i det daglige. For medarbejderne på sengeafdeling F1 fyldte det således ikke så meget, at de var en del af en reumatologisk klinik. De orienterede sig primært mod sengeafdelingen.

Det ville sige mod de medarbejdere, der havde deres daglige gang her. Og mod den kategori af patienter, de syntes hørte hjemme her.

Oversygeplejersken havde en vision for afdelingen om, at den skulle være reumatologisk. At de skulle skabe et "Mini KH" med ikke-akutte patienter i lange genoptræningsforløb. Den reumatologiske funktion taltes i tråd hermed som udflyttet fra Kommunehospitalet. Plejepersonalet iscenesatte denne vision som rummende et håb for en god fremtid på afdelingen. Visionen om afdelingen som reumatologisk indgik ligeledes i en italesættelse af de rigtige og de forkerte patienter.

Der er i kapitlet blevet argumenteret for, at der som led i identitetsarbejdet fandt en grænsedragning sted mellem medarbejderne knyttet til afdeling F1 og det medicinske center som repræsenteret dels ved den medicinske centerledelse, dels den akutte modtageafdeling (AMA). Ifølge princippet om meta kontrast og afhandlingens læsning af Van Maanen og Barleys udvikling af begreberne *consciousness of kind* og *consciousness of difference* følger det, at enhver iscenesættelse af en fælles identitet må forudsætte en Vi - De relation for at leve op til de narrative konventioner. Der må være nogen, der er anderledes end 'Os' for at vi kan føle 'Os' som noget særligt. I dette tilfælde italesattes den medicinske centerledelse, AMA og den neurologiske afdeling som anderledes end 'Os' på F1. Hvor Vi på F1 var en reumatologisk afdeling, der var tværfagligt orienteret, hvor patienterne skulle være i ikke-akutte genoptræningsforløb, hvor man kunne nå at spænde et sikkerhedsnet ud under patienterne. Den medicinske centerledelse og AMA ansås for at være alt for produktionsorienterede. Den neurologiske afdeling ansås for at være anderledes, fordi de havde nogle bedre vilkår og var forkælede i og med, at de kun havde neurologiske patienter. For at markere sin egen selvstændighed og uafhængige identitet, så det derfor ud som om det fra begyndelsen af var vigtigt for Reumatologisk Klinik og sengeafdeling F1 at markere, at de var forskellige fra resten af medicinsk center. De konstruerede dermed sig selv som anderledes end andre klinikker ved at italesætte en *consciousness of kind*: Vi er specialister i genoptræning og reumatologiske lidelser. Vi er til de lidt langsommere patientforløb, hvor vi kommer rundt om patienten. Og en *consciousness of difference*: Vi er anderledes end afdelinger der tørrer patienter af på os, medicinsk centerledelse/AMA der forventer hurtig udskrivelse. Og som ikke forstår os og ikke anerkender vores arbejde.

Dette kunne således forklare, at Vi - De relationen bidrog til iscenesættelsen af et afdelings- og reumatologisk fællesskab. Dette kunne ses som et væsentligt formål

i sig selv – eller som et væsentligt organisatorisk problem alt efter perspektiv. F1 og den reumatologiske klinik kunne ses som befindende sig i et institutionelt krydspres mellem på den ene side et centerprojekt og på den anden side drømmen om en stærk reumatologisk funktion og et ”mini KH”. Der syntes at være en kamp om retten til at bestemme over afdelingens arbejde i spil. En problematik knyttet til det medicinske center som konstruktion og den rolle afdelingen blev tænkt at have heri. Hvor afdelingen måske i højere grad kunne ses som arbejdende mod at skabe, hvad Jan Molin har kaldt:

”egen varians og originale konfiguration som ’værn’ mod påvirkning og ekstern dominans, for herigennem at beskytte et privilegeret, håndterbart handlingsrum.” (Molin 2002:78).

Kapitlet har vist, at der modsat den medicinske centertankegang om fleksible afdelinger på F1 konstrueredes en forståelse af afdelingen som reumatologisk. Dette blev et lokalt projekt, der på en række områder var et modprojekt til centerprojektet. Hvor den medicinske centerledelse *castede* (Antaki & Widdicombe 1998b) medarbejderne fra Kommunehospitalet som havende en forkert kultur, *castedes* det medicinske center i den reumatologiske klinik og afdeling F1 som en ofte uhensigtsmæssig ’produktionskultur’, hvor patienterne betalte prisen herfor (se også kapitel 9).

Det overraskende i denne sammenhæng var, at der relativt hurtigt italesattes et fællesskab i relation til afdelingen. Et fællesskab der i nogle situationer italesattes som inkluderende de reumatologiske læger, fysio- og ergoterapeuterne men som udgangspunkt altid plejepersonalet samt ofte omsorgsmedarbejderen og sygepleje- og lægesekretæren. Inklusionen gjaldt dog ikke de fleste af sygeplejemedarbejderne fra den tidligere afdeling på Sankt Elisabeth. Medarbejderne fra Sankt Elisabeth havde ikke en fortælling om et mål for afdelingen⁶⁶. Samtidig var der ikke tale om iscenesættelse af et egentligt fagligt fællesskabsprojekt med fokus på procedurer og pleje af bestemte reumatologiske patientdiagnoser. Det der iscenesattes var snarere et afdelingsrelateret fællesskabsprojekt med reference til lægernes reumatologiske projekt.

Den amerikanske organisationskulturforsker Debra Meyerson har på baggrund af en *large body of research on social movements* udledt, at der findes tre betingel-

⁶⁶ Der var således tale om et ikke-projekt. Deres version af afdelingen var, at den var ødelagt.

ser, der er afgørende ved fremkomsten af *collective action* (Meyerson 2001:124). Disse er:

- Tilstedeværelsen af umiddelbare politiske muligheder eller trusler.
- Tilgængelige strukturer der muliggør medlemmers organisering af et fællesskab.
- Italesættelse af fælles identitet, muligheder og trusler.

Alle tre betingelser kan ses som genkendelige i relation til studiet af F1. De grænse-
sedragninger, der blev foretaget med signaler om inklusion og eksklusion til følge
handlede om at gribe og definere muligheder for F1 som reumatologisk afdeling.
Og dermed dæmme op for trusler om et mere skraldespandsagtigt præg, hvor det
ville være sværere at bevare en autonomi og retten til at definere meningen med
rummet: F1. Dette blev i høj grad italesat på afdelingen og i andre relevante fora.
Samtidig udgjorde sengeafdelingen en tilgængelig struktur at organisere et fælles-
skab omkring. Og måske endda tilmed en kulturel ressource fordi det er udbredt,
at plejepersonale anser afdelinger for at være potentielle fællesskabsrammer?

Ifølge Debra Meyerson kan tilstedeværelsen af en tilgængelig struktur såsom ek-
sempelvis formelle grupperinger, faggrupper og fagforeninger således være med
til at muliggøre fælles handling (Meyerson 2001:124). Disse tilbyder nemlig en
tilgængelig og legitim 'fællesskabsstruktur'. Afdelingen kan på sin vis ses som en
tilgængelig og legitim struktur. En afdeling på et sygehus kan således med ny-
institutionalisterne Greenwood og Hinings ord siges at tilbyde en arketypisk måde
at organisere sig på (Greenwood & Hinings 2002:125) og måder at gøre ting på.
Med Gubriums og Holsteins ord kan afdelingen også ses som en predefineret me-
ningsfuld enhed i denne organisatoriske kontekst (Gubrium & Holstein 1997:173).
Afdelingen kan således i denne kontekst ses som et 'naturligt' hverdags mødested
for medarbejdere med konkrete afdelingsopgaver der skal løses, arbejdspraksisser
der skal videreføres og ændres. Perspektiver og meningen der kan trækkes på an-
gående organisering. Det var således tydeligt, at det at være en del af en afdeling i
sig selv tilbød muligheder for handling baseret på deres tidligere erfaringer med at
være en del af en afdeling. At være del af et italesat fællesskab kunne således ses
som en ressource, de trak på i deres arbejde mod fællesskab. Det syntes således for
plejepersonalet at anses for 'naturligt' at fællesskab var noget, der var værd at
skabe og et væsentligt element af arbejdet med at være ansat på afdelingen. Meget
tyder således på, at der ikke blot var tale om en tilfældig erfaring fra deres tidlige-

re arbejdspladser, men at der her var tale om en bredere ressource i denne sygehuskontekst, de som plejepersonale kunne vælge at trække på.

De reumatologiske læger konstruerede et billede af de reumatologiske patienter som værende de patienter, de bedst kunne hjælpe. Plejepersonalet, der blev ved med at arbejde på afdelingen⁶⁷, talte også om, at ”vore patienter er reumatologiske”. At dette var de ”rigtige” patienter. Når de talte om, hvilke patienter der er de rigtige, talte de samtidig indirekte om, hvad der var den rigtige måde at se formålet med F1 på og definerede dermed afdelingens og egen identitet.

Dermed adskiller sygeplejerskerne sig fra måden lægerne opfattes på, fordi det i mindre grad er det faglige (specialet) men i højere grad er arbejdsfællesskabet (afdelingen), der anses for at stå i centrum.

Samtidig mødte den enkelte medarbejder ofte flertydige krav og kom ind imellem på et sensemaking overarbejde i form af at finde mening med tingene. Tilhørsforholdet til et reificeret afdelings Vi kom således ikke til at stikke særlig dybt, men var snarere situationelt præget. Den narrative validitet (Gergen 1997) om en fælles identitet var således et vedblivende refleksivt projekt, hvor den enkelte var en del af forskellige grupper på forskellige tidspunkter og i forskellige anledninger. Der var dermed tale om et *ongoing* fortolkende projekt (Gubrium & Holstein 1997:169). Et projekt hvor det løbende var til diskussion, hvad der kendetegnede projektet og hvem der var inkluderet og dermed også hvem der var ekskluderet. Samtidig syntes grænsegragningen til den medicinske centerledelse og til AMA at være vedblivende. Identitet blev dermed måske også et strategisk redskab med politiske dimensioner (Koot & Ybema 2000). Fællesskabet og det reumatologiske speciale kunne i tråd hermed ses som en ressource, der også kunne anvendes i strategisk sammenhæng (Bourdieu 1990, Sewell 1992, Swidler 1986 i DiMaggio 1997) i arbejdet med at definere deres eget ’reumatologiske rum’.

Potentielt kunne der have været en bred vifte af ’afdelingsstemmer’, men der tegnede sig hurtigt et billede af et stærkt afdelings Vi. En version af afdelingen blev således italesat som værende kendetegnede for afdelingen og som udgørende et fællesskab mellem de, der oprindeligt kom fra Kommunehospitalet og fra Sønderbro. Andre versioner blev bekæmpet og fortiet. Hvordan dette foregik, er det

⁶⁷ Dem der valgte at blive på afdelingen var primært medarbejdere fra Kommunehospitalet og Sønderbro. Personalet fra Sankt Elisabeth forlod næsten alle afdelingen. Se kapitel 8.

blandt andet målet med kapitel 8 at vise. Kapitel 8 handler om, hvordan fællesskabet blev iscenesat som led i den daglige praksis.

Men det tilbageblivende spørgsmål er naturligvis, om ledere og medarbejdere på F1 havde defineret sig som anderledes end den medicinske centerledelse og AMA, hvis de indkommende medarbejdere og ledere fra Kommunehospitalet ikke fra begyndelsen var blevet defineret som udgørende en problemkultur? Dette må vedblive at være et åbent spørgsmål, men det kan konstateres, at *castingen* eller typificeringen medførte en indskrænkelse i de diskursive muligheder (Dahler-Larsen 1997). Ledere og medarbejdere forventedes at have en problemidentitet (Gubrium & Holstein 2001:9) og de blev derfor behandlet som værende nogle, der var problematiske – og som nogle der helst ikke skulle have for megen indflydelse.

Det blev således svært at opbygge en relation præget af gensidig værdighed og respekt. Set i dette lys var det næsten kun muligt for den reumatologiske klinikledelse og sengeafdeling F1 at differentiere sig. Denne differentiering kunne med Van Maanen og Barleys ord ses som et arbejde mod en ideologisk differentiering (Van Maanen & Barley 1985), hvor der iscenesattes forskellige ideologier om det arbejde, der skulle udføres, målet med plejen og behandlingen og patientens behov.

Differentieringen kunne også ses som iscenesættelsen af en modkultur (Van Maanen & Barley 1985), hvor ikke bare medarbejdere og ledere i den reumatologiske klinik men også bredere på tværs af andre afdelinger på Hans Bogbinders Alle oplevede at være stigmatiserede i forhold til de akutte funktioner i det medicinske center. Funktioner der lå på Italiensvej. Ifølge van Maanen og Barley giver blokerede ambitioner, dårlig uddannelse, mangelfuld belønning, upersonlig ledelse, mangelfulde ressourcer eller udstyr samt urealistiske driftsmål grobund for at udvikle modkulturer og dertil hørende modstandsritualer (Van Maanen & Barley 1985).

I et relationelt perspektiv vil negative forventninger altid være af betydning for, hvordan relationer kommer til at udspille sig. Den negative energi, der ligger i denne form for forventninger kommer således nemt til at bidrage til at opfylde den negative forventning. Og dermed også til at skabe afstand og konflikt. Der lukkes på denne vis på forhånd af for muligheden for at opbygge en relation præget af gensidig værdighed og respekt.

8. ISCENESÆTTELSEN AF ET AFDELINGSFÆLLESSKAB

“An institution is a going concern – they may keep it going or not. It is never fully solid or done. Some work has to go into it. You should study this!” (Jaber Gubrium, Ph.d. kursus, København december 2003).

At iscenesætte (og italesætte) et fællesskab og en fælles identitet er et arbejde, der kræver tale og interaktion (Gergen 1997; Holstein & Gubrium 2003). I det foregående kapitel blev det illustreret, *hvilke forskelle, tilhørsforhold og grænser der markeredes* samt at dette skete som et samspil mellem forskellige ressourcer og ’projekter’ i relation til afdelingen og dens kontekster. Fokus var således primært på afdelingens identitets- og grænsearbejde i forhold til dens omverden. I dette kapitel er fokus på de mere ’afdelingsinterne’ relationer. På hvordan et fællesskab italesattes i det daglige arbejde og på hvordan medarbejderne fra det tidligere Sankt Elisabeth ikke var en del af dette ’fællesskab’. Det beskrives således, *hvordan dette identitetsarbejde gjordes i det daglige*.

Kapitlet består af to delanalyser. Først analyseres det, *hvordan* fællesskabsarbejde blev ’gjort’ på et personalemøde. Det vises, hvordan personalemødet blev anvendt som fællesskabsarena. Anden delanalyse handler om, *hvordan* fortællinger om afdelingen indgik i fællesskabsarbejdet og var med til at forme motivation og billeder af fremtiden. Denne brug af forandringsfortællinger udgør en alternativ organisationssociologisk tilgang til forandringsbegrebet (Pedersen 2005), idet fortællinger ses som centrale for medarbejdernes måde at *sensemake* omkring forandringer på og dermed også påvirke samme.

Analysen indledes med en organisationsetnografisk vignet, der ligesom den etnografiske introduktion i kapitel 7 har udgangspunkt i deltagelsen i et introduktions-

temamøde afholdt 5. maj 1999 og senere interview. Alle personnavne er opdigtede. Læseren bør fortsat være opmærksom på, at den tale der blev udvekslet mellem forskellige personer ikke i sin oprindelige form var tænkt som skriftlig tekst, og at der er tale om en beskrivelse fra en kompleks forandringsproces, hvor elementer af kaos og konflikt vil være naturligt forekommende (se fx Bate 2000; Borum 1995a; Perrow 1986). Endelig er det vigtigt at læse den ”fortolkede gengivelse” på den baggrund, at den reumatologiske klinik og sengeafdeling F1 endnu var i sin vorden. En del af det nye personale var ikke begyndt og det nye ledende personale var ikke på plads i huset.

8.1 Etnografisk vignet

Imens introduktionstemadagen finder sted den 5. maj 1999, passes der patienter nede på den kommende afdeling F1. I dag arbejder vikarer og det plejepersonale fra Sankt Elisabeths tidligere afdeling M4, der snart vil forlade afdelingen. De er vrede over den måde, deres tidligere afdeling er blevet ændret på. Der er lige sket noget i dag, der har fået sindene i ekstra kog. Den ene af afdelingens to lægesekretærer har med dags varsel fået at vide, at hun skal flytte til en anden afdeling, fordi de, der kommer fra Kommunehospitalet, har en sygeplejeseekretær med. Dette er en kilde til stor vrede. De giver udtryk for at føle sig invaderede af de indtrængende fra Kommunehospitalet. ”Hvorfor får deres medarbejdere forrang?” bliver der spurgt. I det hele taget har alt været galt lige siden de lukkede skadestuen her på Hans bogbinders Alle. Alt er ligesom døet hen siden. Bygningen er næsten affolket og her sker ikke noget spændende mere. Før kendte man alle og der var rart at være. ”Sankt Elisabeth er blevet sorteper i det her fusions spil,” tilføjer sygeplejerske Lisbeth Block, der har et stetoskop rundt om halsen og en bunke kuglepene i lommen. Hun siger: ”Det er deprimerende at være her. Og det er surt, når vi ellers har haft det så godt sammen. Men vi er heldigvis en gruppe på 9, der har fået nyt arbejde sammen på AMA.”

Oppe i kirkesalen er deres afdelingssygeplejerske Sanne Jensen fra det tidligere M4 gået hjem med migræne. Hun har lige i dag fået at vide, at

hun ikke får den stilling, hun havde søgt på AMA, hvor hovedparten af hendes sygeplejersker er søgt hen. Hun er fortvivlet og skuffet over hele situationen. Hun havde troet, at alle ville blive her samlet, så længe som muligt. Det havde de jo lovet hinanden, men så var der en klike, der også sås privat, der pludselig havde besluttet sig for at rejse til AMA på Italiensvej.

Sidst på dagen efter at temamødet er slut går den kommende midlertidige afdelingssygeplejerske fra Kommunehospitalet sammen med en mindre gruppe fra Kommunehospitalet ned på deres kommende afdeling. Nede på det kommende F1 flyder bordet i kaffestuen med diverse ting fx bagerbrødpapir. Flere af plejepersonalet sidder og ryger. Medarbejdere fra M4, der har passet vagten i dag, som ikke skal være på afdelingen fremover, er til stede. Den kommende midlertidige afdelingssygeplejerske siger venligt til de tilstedeværende: "Vi skal arbejde her fremover". Hertil svarer en sygeplejerske med stetoskop om halsen tørt: "Nå, det skal vi ikke". Resten af de tilstedeværende ignorerer blot gruppen fra Kommunehospitalet. (Observationsdata 5. maj 1999).

Som den etnografiske introduktion viser, så var det ikke hjertevarme, der fra begyndelsen prægede relationen mellem de fleste af dem, der havde arbejdet på Sankt Elisabeth og så de nye der kom fra Kommunehospitalet. Den lidt ublide velkomst kan ikke forstås uden et blik tilbage på processen, der igangsattes med fusionen mellem Sundby Hospital og Sankt Elisabeth Hospital og en forståelse af den mening, de havde tillagt det at arbejde på afdelingen, der nu var ændret.

8.2 Sankt Elisabeth medarbejdernes historie

Da sygeplejepersonalet kom til afdeling F1 fra Kommunehospitalet i begyndelsen af maj 1999, var der otte styk plejepersonale tilbage på afdelingen på Sankt Elisabeth, der før havde heddet M4. Disse var M4 afdelingens afdelingssygeplejerske, der nu skulle være på afdelingen som menig sygeplejerske, en ung sygeplejerske, der kun havde været på afdelingen i tre måneder, to social- og sundhedsassistenter,

to sygehjælpere og to sygeplejersker, der var på vej væk fra afdelingen. Den ene for at arbejde på AMA med de andre, hvis gruppe hun var en del af. De dage hun var på afdelingen var der andre, der nu arbejdede på AMA, der kom for at tage vagter for at arbejde der sammen med hende (Interview med afdelingssygeplejersken tidl. M4). Gruppen bestod af 9 sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (samtale med sygeplejerske, tidl. M4 nu AMA). Sygeplejersken der var blevet tilbage senere end de andre sagde, hun var blevet for at være med til at lukke afdelingen ned. Den anden sygeplejerske sagde, at hun muligvis ville arbejde med noget helt andet.

Medarbejderne fra Sankt Elisabeth var dem, der havde kendskab til mere praktiske ting, som de andre ikke havde i begyndelsen, og de blev derfor hele tiden spurgt til råds om, hvor ting var og hvordan man gjorde her i huset, men de oplevede alligevel, at de mest havde status af at være gæster. De oplevede det som anstrengende at skulle vise de nyankomne til rette. De gav udtryk for at føle sig ladt tilbage, efter at kollegerne var rejst, og invaderede specielt af dem fra Kommunehospitalet, der talte om ændringer af det ene og det andet og joggingtøj, ismaskiner og andre ting, de ville medbringe fra Kommunehospitalet.

De tilbageblevne medarbejdere fra Sankt Elisabeth og dem der allerede var rejst til AMA, men som stadig kom på afdelingen ind imellem, italesatte F1 som et forkert sted at være. Specialet var forkert. Og afdelingen og hele huset var blevet ødelagt og affolket. Plejepersonalet fra den tidligere Sankt Elisabeth afdeling, der hurtigt valgte at rejse, troede ikke på, at dette 'reumatologiske projekt' kunne realiseres.

8.2.1 Det forkerte speciale

På dette tidspunkt talte medarbejderne fra Sankt Elisabeth om den nye ikke-akutte afdeling som kedelig. Den var ikke længere akut, sådan som deres gamle afdeling havde været, og de gav udtryk for at synes, at reumatologiske patienter var kedelige.

“Jeg synes, det er trivielt at arbejde på afdelingen for tiden. Det er de samme patienter. Der bliver mere udfordring på AMA.” (Sygeplejerske, tidl. Sankt Elisabeth, observationsdata, maj 1999).

”Jeg vil gerne se noget blod. Jeg har i de sidste 3 måneder kørt samløbende på AMA. Det er spændende. Der er ikke så meget damp på her – folk ligger så længe.” (Sygehjælper, tidl. Sankt Elisabeth, observationsdata, september 1999).

”Det interesserer mig ikke specielt meget det speciale. Det er ikke andet end smerte og rygpatienter. Jeg kan godt lide det akutte og at man kommer af med patienterne igen. Altså ikke at skulle tage stilling til alt for mange sociale ting. Jeg kan godt lide at det skal gå lidt stærkt og at man skal tænke lidt hurtigt. At det er sygdommen, der betyder mest - ikke det sociale.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

Dette gjaldt ikke kun for plejepersonalet, men også for de medarbejdere som fx lægesekretæren der blev på afdelingen:

Lægesekretæren Gertrud sidder og spiser frokost. Hun siger, at hun heller ikke vil være her fremover for alle de spændende personer rejser jo, og patienterne bliver også mindre spændende. (Observationsdata, maj 1999).

Måske for at understrege deres italesættelse af en akut identitet var de også anderledes påklædt, idet flere af sygeplejerskerne havde stetoskop om halsen og havde en bunke kuglepenne, overstregningspenne med mere i brystlommen. De andre fra Kommunehospitalet og fra Sønderbro havde højst to.

Også medarbejderne fra Kommunehospitalet og fra Sønderbro italesatte Sankt Elisabeth personalets afgang som et spørgsmål om, at det var det forkerte sted i forhold til, hvad de ville og i forhold til, at afdelingen ikke længere var akut:

”Jeg tror, nogle af dem er rejst, fordi det var et helt andet patientforløb. Det var meget akut og meget dårlige, hvor vi er vant til noget med mere pleje. Meget mere omsorg og meget mere helhedspleje, hvor man kigger mere på det psykiske og sociale. Deres var mere til noget tju-bang med masser af ting, der ringede og drop og ting og sager. Og det ku’ de li’. Det havde de valgt. Og vi har valgt det her, for det ka’ vi li’.” (Interview med social- og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Medarbejderne fra Sankt Elisabeth italesatte også afdelingen som farlig for patienterne. De talte om det problematiske i, at der fremover ikke ville være læger i bygningen efter kl. 16. Dette ansås både for at være et dårligt arbejdsvilkår for plejepersonalet, der så ville stå alene med patienterne, når de blev akut dårlige eller fik hjertestop. Og for at være farligt for patienternes mulighed for at overleve:

”Jeg synes, det er uforsvarligt. De fleste af de problemer, man har, kan man jo løse selv eller gøre det telefonisk. Men jeg synes, det er totalt lousy prioriteret og jeg har ikke lyst til at skulle stå med det. Det er en læges ansvar og ikke mit. Vi har jo oplevet, at folk pludselig går i hjertestop og de har jo ikke en jordisk chance derovre. Vi tog jo nogle ekstra vagter derovre i ny og næ for at hjælpe hinanden og tjene nogle ekstra penge, men da de stoppede med læger, da stoppede vi også.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

Samtidig sattes spørgsmålstegn ved, hvorvidt det overhovedet ville være muligt at gøre afdelingen rigtig reumatologisk:

”Det er en reumatologisk afdeling, men hvor meget reumatologi, der er i det. Det vil jeg gerne sætte spørgsmålstegn ved.” (Interview med sygeplejerske fra det tidligere Sankt Elisabeth).

Medarbejdere og den tidligere afdelingssygeplejerske fra Sankt Elisabeth gav udtryk for, at visionen om en genoptræningsafdeling virkede urealistisk ”*med de patienter der kommer til at være her*”.

Medarbejderne fra Sankt Elisabeth italesatte medarbejderne fra Kommunehospitalet som indtrængende i et territorium, der egentlig ikke var deres. Det var måske derfor ikke så overraskende, at medarbejderne fra Kommunehospitalet og fra Sønderbro havde en oplevelse af, at medarbejderne fra Sankt Elisabeth ikke havde taget særligt godt imod dem. Afdelingssygeplejersken, der kom fra den geriatriske afdeling på Sønderbro, sagde hertil, at hun også ville have følt sig overtaget, hvis hun havde været i en lignende situation, og at hun opfattede det som en naturlig reaktion:

”De får at vide, at nu laver vi afdelingen fuldstændig om. Det har været en intern medicinsk afdeling – nu laver vi den fuldstændig om. Der skal være den og den type patienter og der kommer en hoben folk fra Kommunehospitalet, og de kommer med møbler, med fjernsyn og billeder til

væggene og hallo: Vi har jo billeder på væggene, er de ikke gode nok? Et eller andet sted så oplever jeg, at det nok er en meget naturlig reaktion. Der kommer nogle og indtager din arbejdsplads og vender rundt på alting.” (Interview med afdelingssygeplejersken, tidl. Sønderbro, januar 2000).

Der gik kun få måneder, før hovedparten af de resterende medarbejdere fra den tidligere Sankt Elisabeth afdeling var rejst. Nogle til et nyoprettet hjerteafsnit på Italiensvej. Sygeplejersken, der kun havde været i få måneder på M4 blev dog. Hun havde været på Kommunehospitalet som studerende og havde efterfølgende været tilknyttet en af afdelingerne som timelønnet. Hun var ikke en del af den sammentømrede M4 gruppe, der var rejst til AMA. Tilbage var også en sygehjælper i fast aftenvagt, en lægesekretær, en omsorgsmedarbejder og rengøringspersonalet. Der var i de første måneder en demotiveret stemning blandt flere af disse medarbejdere og en italesættelse af forfald. Dette gjaldt dog ikke sygeplejersken, der kun havde været tre måneder på afdelingen. Hun italesatte en fælles fremtid med medarbejderne fra Kommunehospitalet og fra Sønderbro og fremstod derfor som et bindeled mellem det, der havde været før, og det der skulle komme. Der kan argumenteres for, at der i et vist omfang var tale om en residual gruppe fra den gamle Sankt Elisabeth afdeling. Hovedparten af medarbejderne var nemlig rejst til henholdsvis AMA eller på vej til hjerteafdeling C1. De resterende fra Sankt Elisabeth havde for nogles vedkommende ikke mulighed for en fast stilling på AMA, fordi de ikke havde en sygeplejerskeuddannelse. Der var blandt de tilbageblivende en lettere frustreret stemning over at være blevet ladet tilbage og derefter overrendt af en hjord af nye medarbejdere. Den afgangende afdelingssygeplejerske havde søgt stillingen som afdelingssygeplejerske på AMA, men fik den ikke. Hun var tidligere i processen af centersygeplejersken blevet opfordret til at søge stillingen men havde afslået, da hendes medarbejdere på det tidspunkt havde givet hinanden ord på, at de ville blive sammen.

Samtidig var der en gensidig modvilje fra begyndelsen af, der for medarbejderne fra Kommunehospitalet og fra afdeling G5 på Sønderbro blev talt om som handlende om, at de oplevede, at dem fra Sankt Elisabeth var tilbageholdende med at vise dem, hvor ting var og de virkede ikke som om de var glade for at se dem.

”Jeg synes, de har været meget lidt høflige.” (Interview med sygehjælper, tidl. Sønderbro, februar 2000).

”Det er ligesom at føle sig fremmed. Det var uheldigt den dag jeg startede, der var ikke nogen fra geriatisk afdeling, så jeg følte mig helt lost. Og kolde synes jeg også nogle få personer var. De svarede ikke, når man spurgte om noget. Jeg vil ikke nævne navne, men der var to personer fra Sankt Elisabeth, som ikke er her mere.” (Interview med sygehjælper, tidl. Sønderbro, februar 2000).

Sankt Elisabeth personalet blev også af den nye sygeplejeledelse italesat som forkælede. Både oversygeplejersken og afdelingssygeplejersken gav udtryk for at syntes, at dem fra Sankt Elisabeth havde haft et for ødselt forbrug af penge i form af fx et mere ødselt forhold til depotmaterialer og til overarbejdsbetaling og vikarforbrug.

”Da vi havde fået at vide at G5 skulle lukke og jeg havde så ønsket at flytte her på HBA [Hans Bogbinders Alle], var jeg ovre et par gange og tale med [den tidligere afdelingssygeplejerske] og det var min oplevelse, at hun var meget på kontoret, og på G5 var jeg meget i marken, og i geriatrien da havde den oversygeplejerske, vi havde der – hvis du bestilte en vikar fra et bureau, så skulle du også stå skoleret på hendes kontor dagen efter og forklare, hvorfor det havde været nødvendigt. Hvor jeg så [den tidligere afdelingssygeplejerske] sidde på det der kontor og så kom der én forbi og sagde, at aftenvagten er syg til i aften og så i samme håndbevægelse så rakte hun ud efter telefonen og ringede op til Attention [Privat vikarbureau] og bestilte en aftenvagt. Hvor jeg går ind og kigger på vagtplanen, og ser ’hvem kunne jeg spørge om eventuelt at tage en dobbeltvagt – eller hvem har en fridag, som jeg kunne kalde ind eller er der nogle, der er på afspadsring?’” (Interview med afdelingssygeplejersken, tidl. Sønderbro, januar 2000).

”Det er jo ikke alle sammen, jeg er lige ked af, er rejst. De havde kutymer her de gamle på Hans Bogbinders Allé. Det var helt tydeligt, de fik alt udbetalt, og de skulle ikke afspadsere, og hvis ikke man syntes man kunne magte at arbejde, så tog man lige knoglen og ringede efter attention vagten [privat vikarbureau] De var meget forskellige fra geriaterne og os. De var meget forkælede. Det var vores opfattelse.” (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

“Vi er kommet ind i et hus med kutymmer. Det skal ud af dem – akut – det er det ikke mere.” (Oversygeplejersken, observationsdata, juli 1999).

Oversygeplejersken italesatte på denne måde, at dem fra Sankt Elisabeth havde ”kutymmer” og at disse kutymmer var ”forkælede” og dermed også forkerte og noget der skulle ”pilles ud af dem”. Ligesom centerledelsen (jf. kapitel 6) italesatte dem fra Kommunehospitalet som havende en ’forkert kultur’, italesatte den nye sygeplejeledelse på F1 således dem fra Sankt Elisabeth som havende en ’forkert kultur’.

Samtidig var en form for fællesskab blevet italesat mellem grupperne af personale fra Kommunehospitalet og Sønderbro. Der var blandt dem en god stemning og der blev talt om tro på, at det nok skulle gå alt sammen, selv om der endnu var uafklarede ting.

8.3 Hvordan gøres fællesskabet?

Det vil i det følgende blive analyseret, *hvordan* fællesskabet gøres som tale, interaktion og andre former for handlinger, der er en del af at definere, hvem ’Vi’ er og hvem ’Vi’ ikke er.

Ifølge den amerikanske organisationsantropolog Helen Schwartzman bør møder i organisationer gives speciel opmærksomhed som steder, hvor organisationen *ipso facto* skabes (Schwartzman 1989 i Krause-Jensen:27). Ud over at indeholde emner er møder således en væsentlig del af organizing og dermed også et værktøj i skabelsen af, hvem vi er. På møder etableres statusrelationer internt i gruppen og eksternt i forhold til dens omgivelser. I denne analyse ses således på, hvordan de uformelle møder som formiddagskaffen og de formelle møder som personalemøderne anvendes til at ’gøre fællesskab’.

8.3.1 Hverdagens ’fællesskabsarbejde’

Der var dagligt mange forskellige anledninger, hvor forskelle og ligheder kunne markeres. En type af anledning var som beskrevet i foregående kapitel en italesættelse af, hvilke patienter der hørte hjemme i afdelingen, og som det vil blive beskrevet i kapitel 9, hvornår på døgnet de skulle ankomme og i hvilken stand. En

anden type af anledning var de løbende kaffepauser og korridorsnak. En tredje var personalemøderne som var det eneste formaliserede forum, hvor personalet jævnlige mødtes. Det var således eneste sted, hvor der var en dagsorden og hvor der blev skrevet referat. Ordet personale kan i sig selv ses som en kategorisering, der producerer et billede af plejepersonale som fællesskab og som differentiering til lægerne (jf. Timmermans et al. 1998). Ordet bruges nemlig ofte synonymt med plejepersonale på sygehuse. Når afdeling F1 holdt personalemøder var de også primært for medlemmer af plejepersonalet. Afdelingens sekretærer deltog dog også heri. De møder, hvor også læger og terapeuter deltog, kaldtes tværfaglige møder.

Afdelingssygeplejersken pegede især på vigtigheden af den daglige formiddagskaffe. På spørgsmålet, Hvad der skaber fællesskab og sammenhold i en afdeling?, svarede hun således:

”Vores formiddagskaffe, hvor vi sidder samlet og får formiddagskaffe. Det er da utroligt tit, selvom vi sidder og drikker den der kaffe – det er næsten kriminelt at sige det, men det gør vi faktisk, drikker formiddagskaffe ligesom de gør på plejehjemmene! Det er utrolig tit, at der foregår noget snak omkring patienterne, hvor man giver hinanden råd og informerer hinanden om det ene og det andet, så det er ikke ren afslapning på den måde. Men der kan der også være formiddage, hvor man sidder og fortæller vittigheder eller hører lidt nærmere om, hvordan weekenden er gået: ”har du haft en god weekend?” og alt det der og de ting, hvor man sidder og lærer hinanden at kende både fagligt men også privat. Det synes jeg er så vigtigt. Og der er det godt, at vi sidder samlet. Altså at der ikke er 3 der laver en masse, mens der er 3 andre, der sidder og drikker kaffe. At vi er enige om, at efter tavlemøde og den der tværfaglige konference, så er det altså formiddagskaffe. At lige give sig tid til de der 20 minutter, det synes jeg er godt.” (Interview m. afdelingssygeplejersken, tidl. Sønderbro, januar 2000).

Såvel fastansatte, timelønnede, studerende, elever som vikarer deltog i formiddagskaffen med morgenbrød. Afdelingens sekretærer var også faste deltagere. Jævnlige men ikke dagligt deltog terapeuter og de yngre reumatologiske læger⁶⁸. Det faste rengøringspersonale og omsorgsmedarbejderen, der havde dækket op til

⁶⁸ De yngre læger deltog imens de ventede på, at sygeplejerskerne skulle blive klar til stuegangen.

kaffen, indtog deres morgenhygge sammen i det lille køkken på afdelingen. Plejepersonalet deltog ikke nødvendigvis samtidig, da arbejdsopgaver ind imellem trak dem væk, men de tilstræbte at gøre det. I pauserne konstruerede de blandt andet sig selv som nogle, der interesserede sig meget for patienterne. De talte om svigt i andre dele af systemet og de talte meget om patienterne. Fx om patienternes liv og levned. Ind imellem også om patienternes sygdomme, men meget af tiden om, hvem de forestillede sig patienterne 'var'.

”De taler meget om patienterne, men engang imellem snakker de også strikkeopskrifter og børnebørn. Det er meget forskelligt. Nogle er altid ude hos patienterne og nogle sidder der altid. Sådan vil det altid være i en personalegruppe. Dem der ryger, de er der jo meget.” (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Pauserne, og de samtaler der her fandt sted, var således med til at konstruere billeder af, hvem 'vi er' her på afdelingen i forhold til andre. Fx AMA, plejehjem, den neurologiske afdeling ovenpå eller patienter med misbrugsproblemer. I frokosten deltog som regel blot plejepersonale og sekretærer. Lægerne spiste ovenpå i sekretariatet sammen med de andre læger, klinikledelsen og de kliniksekretærer der sad deroppe og terapeuterne spiste sammen med deres terapeutkolleger i en anden bygning. Det var hverken almindeligt at hente mad oppe i kantinen på anden sal eller at sidde deroppe og spise. Det var således sjældent plejepersonalet forlod afdelingen i løbet af deres arbejde. Den fysiske afgrænsning var dermed entydig.

Det at anse pauser for at være en væsentlig del af fællesskabet kunne ses som en erfaring og kulturel ressource, de havde taget med fra deres respektive afdelinger. Pauserne som fællesskab kunne dog også anses for at være en mere generel kulturel ressource, der for plejepersonalet var tilgængelig at trække på. En udbredt forestilling om plejepersonale er i tråd hermed, at der er tale om medarbejdere, der lægger vægt på at være et kollektiv (Kinnunen 1990; Muff 1988; Pearlin 1962; Sahlin-Andersson 1994; Sahlin-Andersson 1997; Ulrichsen & Eriksen 1991) og at holde pauser og drikke kaffe sammen (se fx Franssén 1997) jf. også diskussionen i foregående kapitel. Ifølge Kinnunen lægger sygeplejersker ligefrem vægt på at være i en symbiotisk harmoni i relation til hinanden (Kinnunen 1990:69).

Medarbejdernes relation til hinanden blev ikke nødvendigvis taget op på de løbende personalemøder som diskussionemne, men det var et element, der fyldte en del og kom til udtryk bl.a. i gensidig interesse og ønsket om at tilbringe tid sammen.

At have det godt sammen som medarbejdere sås ydermere som værende en væsentlig del af det at have et godt image. At have det godt sammen var nemlig med til at tiltrække arbejdskraft.

”Jeg havde hørt godt om afdelingen. Det var det, der gjorde, at jeg søgte.” (Interview med senere tilkommende sygeplejerske).

At være i stand til at tiltrække arbejdskraft betød, at den enkelte kunne tænke på sin arbejdsplads som værende attraktiv og at den enkelte ikke skulle pålægges ekstra vagter på grund af ubesatte stillinger.

8.3.2 Personalemødet – en iscenesættelse af et homogent fællesskab

Afdelingens personalemøder kunne ses som en anledning til at mødes og til at iscenesætte, hvad der var vigtigt og relevant for personalet at tale om. Møderne kunne således ses som anledning til at tale sammen, skabe mening i interaktion med hinanden og til at skabe fællesskab. Under møderne italesattes også forskelle på ’Os’ i forhold til andre i omverdenen. Der refereredes fra møder i det medicinske center og beslutninger, der var truffet med konsekvenser for F1. Betydninger for F1 udlagdes og blev ’sense-made’ omkring. Dette var en måde, hvorpå deltagerne bekræftede hinanden i, hvem der var ’inde’ og hvem der var ’ude’. Hvem var *of kind* og hvem var *of difference* (Van Maanen & Barley 1984) ?

”vi fandt hurtigt ud af, at vi var nødt til at holde de der personalemøder en gang om ugen, hvor jeg var nødt til at være til stede. Og jeg synes vi brugte meget krudt på, at fortælle dem om fremtiden. Nu skal I se, nu giver vi den en skalle og vi skal osv. Og det tror jeg måske også har gjort, at, selvfølgelig var der nogen, der blev skuffede, fordi det lykkedes jo ikke med det samme at få styr på alle de patienter, der kom og alle de der ideer, vi havde – det lykkedes overhovedet ikke. Og jeg blev skældt ud over, at jeg havde lovet dem noget, og der kan du se. Men i det store og hele så gik det den rigtige vej og det gik ret hurtigt. Jeg tror allerede i august, da havde vi de rygpatienter, som vi havde lovet dem. Og vi kæmpede i centeret for at få visitationsretten.” (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Personalemøderne var specielt i begyndelsen en prioriteret opgave, og dette viste sig blandt andet ved, at der blev sat ekstra mange på til fremmøde om onsdagen, hvor møderne fandt sted:

”Vagtplanerne køres ud. Der er stort udsving på, hvor mange der er sat på. Mellem 6 og 13 personer om dagen på hverdage. Fra 2 – 4 om aftenen. Fra 3 – 5 om dagen i weekenderne. Fra 3 – 4 om aftenen i weekender. Fra 1 – 2 om natten generelt. Dagpersonalet er inklusive oversygeplejersken. Den fungerende afdelingssygeplejerske siger, at hun sætter specielt gerne mange på om onsdagen, for da ligger personalemøderne”. (Observationsdata, juli 1999).

Der blev også sat god tid af til møderne. Det første personalemøde, der fandt sted den 19. maj 1999 varede således knap to timer. Generelt blev der sat ca. 1 ½ time af til møderne. Nogle opfattede dette tidsrum som værende for lidt:

”Jeg synes ikke, der er tid nok til personalemøderne (1½ time). Jeg tror det er vigtigt, vi går ud sammen privat – på café fx”. (Sygeplejerske fra Kommunehospitalet, observationsdata, juli 1999).

Personalemødet var i begyndelsen ugentligt. Senere afholdtes de hver 14. dag. Oversygeplejersken oplevede med tiden, at det blev sværere at få personalet til at prioritere at deltage i møderne, hvorfor hun efterhånden ind imellem kunne opleve at sidde der helt alene, mens de andre arbejdede. Dette kunne ses som et udtryk for, at det i stigende grad var svært at holde sammen på iscenesættelsen af et fællesskab.

Personalemødet på sengeafsnit F1 ansås for at være monofagligt. Det ville i denne sammenhæng sige, at sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere blev opfattet som udgørende et monofagligt hele. I andre sammenhænge ansås de tre forskellige faggrupper for at repræsentere henholdsvis to eller tre forskellige fagligheder. Dette fx ved arbejdsdeling relateret til medicingivning, teamlederrollen og hvem der ”er på gulvet”, stuegang og kommunikation med hjemmeplejen. Afdelingens sygeplejeseekretær og lægesekretær var dog også anset for at være naturlige deltagere.

Oversygeplejersken var som regel mødeleder. Oversygeplejersken havde ikke sit daglige arbejde på sengeafsnittet. Hun havde et kontor⁶⁹ oppe ved siden af resten

⁶⁹ Oversygeplejersken flyttede fra Kommunehospitalet til Hans Bogbinders Alle i juli 1999.

af klinikledelsen. Oversygeplejersken udgjorde en konneks til omverdenen – ind imellem sammen med afdelingssygeplejersken, der eksempelvis også deltog i sygeplejeledelsesmøder på tværs i hospitalet.

Personalemøderne var i begyndelsen med til at italesætte et homogent fællesskab uden interne konflikter. Det eksemplificeres i nedenstående feltnotater fra et afholdt (pleje) personalemøde på sengeafsnit F1 den 19. maj 1999. Dette var to uger efter sygeplejemedarbejderne fra Kommunehospitalet var begyndt på afdelingen. Mødet fandt sted inde i personalerummet, hvor der normalt både blev arbejdet og holdt pauser i løbet af en dagvagt. Om morgenen læstes der fx kardeks, der blev holdt morgenkaffepauser, frokost, løbende pauser og samtaler plejepersonalet imellem, samtaler med andre såsom læger og terapeuter fandt også nogle gange sted i dette rum. Til andre tider i sygeplejekontoret. Om eftermiddagen opdateredes kardeks i dette rum. Nu var det tid til det første personalemøde, efter at de er kommet fra Kommunehospitalet.

Der var i begyndelsen af mødet 10 personer til stede. Heraf var seks fra det tidligere Kommunehospital og fire fra den tidligere Sankt Elisabeth afdeling. Hvad angik faggrupper var de inklusive oversygeplejersken og den afgangende afdelingssygeplejerske i alt 6 sygeplejersker (tre fra Kommunehospitalet), to social- og sundhedsassistenter (to fra Kommunehospitalet) og to sygehjælpere (en fra Kommunehospitalet) tilstede. Der var kaffe og franskbrød på det store hvide ovale bord, der fyldte det meste af rummet. Tre af de tilstedeværende havde ikke sygeplejerskekittel på, men derimod privat tøj. Når deltagere optrådte ved personalemøder i privat tøj var det et signal om, at de ikke tog del i patientarbejdet. De var fx kommet udelukkende med det formål at deltage i personalemødet. Det var ikke alle der kom på arbejde hver dag. Alle personnavne i det følgende er fiktive.

De sidder og taler om udstyr fra KH, der eventuelt skal med her til den nye afdeling. En af sygeplejerskerne, Dorthe, hentes ud til en forespørgsel af en af kollegerne, der stadig er i gang med patientarbejdet. Social- og sundhedsassistenten Lise rejser sig for at "tage en klokke"⁷⁰. Kl. 13. 25 siger den afgangende afdelingssygeplejerske: "Vi skal i gang nu". Hun

⁷⁰ Det ville sige, at gå ned til den patient, der havde ringet efter hjælp, ved at hive i en snor inde ved sin seng. Inde i personalerummet medførte denne ringning, at en lampe lyste over døren og at en form for ringtone hørtes. Ude på gangen kunne man så se, hvor der blev ringet fra ved at se, hvor der var en lampe, der lyste ved en sengestue.

har skrevet en dagsorden, der ligger foran hende på en blok. Hun sætter derefter mødet i gang ved at spørge, hvordan har I det?

Dorthe, sygeplejerske fra Sankt Elisabeth, tager ordet og begynder med at fortælle, hvor glad hun er for at gå på arbejde. Hun har i alt været her i huset i 3 måneder.

Lise, der er fra KH fortæller: "Det går bedre end de første dage. Der er mange ting, der er anderledes, end vi er vant til. Det kan ikke undgås, at der er kommentarer fra folk", siger hun. Den afgående afdelingssygeplejerske spørger, om de kan gøre det anderledes for G5 folkene (dem fra Sønderbro), når de kommer.

Den næste, der siger noget, er også fra KH. Hun siger, at hun tror hun også bliver glad for at være her. Hun tilføjer dog, at de ikke kan bruge de løfteteknikker, de er vant til fra KH på grund af plads. "Det er dårligt for vores rygge.", siger hun og giver konkrete eksempler.

Dorthe siger, "Vi er så glade for, at I er kommet, I er så søde!" Alle smiler og der små les.

Gitte der også er fra KH siger: "Jeg tror også jeg bliver glad for at være her. Jeg synes også I har været søde og tålmodige."

Den afgående afdelingssygeplejerske fortæller: "Nogle kolleger følte sig en dag I sad mange om bordet og sagde vores og vores ismaskine og vaskemaskine – de følte sig ligesom ædt op."

Kathrine, fra KH, siger, at det er som at være ny igen, men at det kommer lige så stille – og at hun føler sig mere og mere hjemme.

Den afgående afdelingssygeplejerske fortæller om Bente, en sygeplejemedarbejder fra Sankt Elisabeth, der låste sig inde på toilettet og hylede, fordi der hele tiden var så mange, der spurgte om alting.

Bente siger: "Det var ikke meningen I skulle vide det. Jeg græd ikke, men stampede lidt".

Kathrine siger: "Det kan kun blive bedre".

Tove, fra Sankt Elisabeth, siger: "Det går bedre".

De går nu over til at tale om "Søren hjælpeløs" – en ung læge de bliver enige om skulle have været forsker i stedet.

Irene, fra KH, fortsætter derefter diskussionen fra før: "Det plejepersonale der er her er flinkt. Jeg synes også tavlemøderne er gode og effektive. Men udskrivelser fungerer ikke godt nok. Jeg synes lægerne er lige vel hurtige. Kan vi sige stop?"

Den afgående afdelingssygeplejerske siger: "Bent er hurtig. Men jeg ved, at de synes på AMA, at han er for langsom."

Irene: "Jeg synes det er synd".

Den afgående afdelingssygeplejerske: Nogle gange går der koks i det med hjemmepleje og hjemmehjælp.

Signe fra KH: "Sig til Bent hurtig, at der er en grund til, at Amager Hospital er udråbt til Danmarks dårligste i Ekstra Bladet for nylig."

Der løses løbende forskellige opgaver, mens mødet står på.

Den afgående afdelingssygeplejerske: "De punker os for, at vi har for lange indlæggelser."

Hertil siger oversygeplejersken, at hun har taget en tørn med centerchefsygeplejersken og at "de skal ikke udskrives, når de kan stå."

Den afgående afdelingssygeplejerske: "Hun kan også den med minus...når der ikke er skrevet i kardeks, fordi intet nyt sker, så bør de udskrives."

Der udveksles historier om patienter, der sendes hjem, hvor de ved de vil komme igen. De har også en del plejhjemsindstillede patienter liggende.

Fire løber ud, da hjertestopalarmen lyder. De tre kommer dog hurtigt tilbage for der var tale om en fejl.

Kathrine siger, at hun synes, der er mange fejlkilder med medicinen. Hun bryder sig ikke om, at andre har hældt medicin op. Hun vil hellere selv hælde op for at føle sig sikker. "Det tager lige så lang tid at tjekke efter, om andre har gjort det rigtigt, som at hælde op", siger hun.

Den afgangende afdelingssygeplejerske svarer, at nogle er glade for systemet andre er ikke. "Det kræver at man stoler på hinanden for, at det er effektivt." Tilføjer hun.

De taler derefter om medicinskemaer hvor læger skriver utydeligt. Ordinationerne skal ikke længere føres ind i journalen. Den afgangende afdelingssygeplejerske fortæller, at det er en regel, der gælder for hele HS.

"Nej ikke hele HS – vi havde noget meget bedre på KH". Siger oversygeplejersken.

"Nå, så for Amager Hospital", siger den afgangende afdelingssygeplejerske.

De taler derefter om, hvilke sygeplejersker der kommer til afdelingen. Og at der fra juli ikke længere vil være en læge i huset efter kl. 17. Ved hjertestop skal der så ringes 2222. De taler om, at de er lidt utrygge ved det. "Det vil faktisk være bedre for patienterne at få hjertestop ude på Amagerbrogade", er der en fra Sankt Elisabeth, der siger.

Den afgangende sygeplejerske går derefter over til at tale om instruktionen, når de skal sætte blod op, blodbanksedler, og at der skal meldes til Sundhedsstyrelsen.

Oversygeplejersken fortæller, at der er temadag: Amager Hospital år 2000 den 31. Maj og at hun gerne vil have en til at melde sig herfra. Der skal også vælges tillidsrepræsentant, for klinik eller afdeling?, spørges der. Oversygeplejersken nævner derefter en social- og sundhedsassistent samt en sygehjælper hun gerne vil ansætte.

Den afgående afdelingssygeplejerske fortæller, at de lavede en apv⁷¹ for 5 år siden og at intet skete derefter.

Oversygeplejersken fortæller om DMC – netværkshygienje – og om at der skal vælges kontaktpersoner dertil. Oversygeplejersken har været kontaktperson før. Hun anbefaler, at de vælger en kontaktperson og at netværket bruges, når der er behov herfor.

Kathrine, sygeplejemedarbejder fra KH, spørger, om de ikke skal vente med at vælge alle disse personer til de bliver fuldtallige.

Den afgående afdelingssygeplejerske spørger, hvad der skal ske efter deres introduktionstemadag den 5. maj. "Hvad skete der? Var der noget med overlap du ville?" spørger hun oversygeplejersken. Oversygeplejersken siger, hun synes, de skal vente med at diskutere det, til referatet fra temadagen bliver skrevet rent.

Anne Mette, sygeplejemedarbejder fra KH, siger, at hun synes, det er urealistisk at patienterne skal op kl. 7 og spise morgenmad "med de patienter vi har."

Dorthe kommer tilbage og fortæller de har et lille problem, patienten Konrad – en ældre konfus herre - er forsvundet igen. "I går kom han igen efter 2 timer".

Den afgående afdelingssygeplejerske mener, at Dorthe bliver nødt til at ringe til politiet.

Oversygeplejersken fortæller, at der er 7 sygeplejemedarbejdere, der har sagt op på afdelingen ovenpå, og at de bør prøve at få dem herved.

Inga, en sygeplejerske fra Sankt Elisabeth, der ikke skal blive på afdelingen, kommer ind og spiser brød – hun går derefter ud igen.

"Så er der kurser i det grønne system. I skal kunne indlægge, udskrive og bestille et røntgen," siger oversygeplejersken.

⁷¹ Arbejdspladsvurdering. Alle virksomheder over en vis størrelse er forpligtet til minimum hvert tredje år at foretage en vurdering af arbejdspladsen ud fra en arbejdsmiljømæssig optik.

De taler om brød. Dorthe fortæller, at hun står for brød og kaffekassen og for gavekassen.

Oversygeplejersken fortæller, at hun får kontor oppe ved siden af kantine. Det er endnu ikke færdigt. Daghospitalet og ambulatoriet skal ligge på Sønderbro.

Oversygeplejersken siger, at når geriaterne kommer så skal vi være patientfrie i nogle dage. Så vender bøtten. Så skal vi indrette afdelingen sammen. Vi er en stærk gruppe, som nok på AMA skal sørge for at få visiteret de rigtige patienter lige så stille.”

De diskuterer derefter vaskemaskinen, de havde på KH. Er der plads til den?

Oversygeplejersken siger, at de gerne vil have en ud herfra for at se på det, der er pakket fra KH til at tage med hertil. Lise vil gerne gøre det på sin fridag. De bliver enige om, at Bente fra Sankt Elisabeth skal tage med, hun kender jo afdelingen her bedre. De kan få taxabon. Det lyder også til, at Lise vil få kompensation for tabt fridag.

14.50 Erna, sygeplejemedarbejder fra KH kommer og kigger ind. Hun sætter sig. Et minut senere kommer en anden til og kigger ind, men går.

14.54 en tredje kommer og kigger ind og sætter sig

Patienten Konrad er kommet tilbage. Han var bare ude med socialrådgiveren, hun havde bare ikke informeret om det.

Mødet hæves 15.02. Men de bliver siddende lidt endnu. Der tales om sygeplejerskeklubben, der har været her i huset. Den har været velfungerende med mange medlemmer, fortæller dem fra Sankt Elisabeth.

Til sidst siger oversygeplejersken: ”I har haft det godt her?”

Den afgående afdelingssygeplejerske svarer: ”Ja”.

Oversygeplejersken siger: ”Det får vi igen”.

Der var, som netop set, mange forskellige ting, der kom op i løbet af personalemødet. Nogle havde en meget praktisk karakter, andre handlede om at få styr på konkrete forhold i forbindelse med rutiner såsom ophængning af blod, formelle forhold så som at vælge repræsentanter til forskellige fora. Overordnet set syntes temæet dog at være et forsøg på at konfirmere hinanden i, at de var ved at indgå i et fællesskab. Hovedparten af mødet anvendtes således på at validere konsensus ved at forme interne og eksterne grænser. Hvem er med? Hvem er vi? Hvem er vi ikke? Ved blot at forholde sig til, at det er ønskværdigt at være et vi – fik uoverensstemmelser og potentielle konflikter dog ikke lov til at blive udfoldet. Et homogeniseret vi taltes dermed frem – men det endte med at blive et vi uden deltagelse af de fem medarbejdere fra Sankt Elisabeth.

Mødet 19. maj 1999 begyndtes med indgangsreplikken: ”*Hvordan har I det?*” Med spørgsmålet satte afdelingssygeplejersken følelser på dagsordenen. Indgangsreplikken og de deraf følgende svar kunne også ses som et udtryk for, at det ”at have det godt” italesattes som betydningsfuldt og som et væsentligt element i arbejdet - Jf. Etienne Wengers Alinsu analyse, hvor der var en gensidig afhængighed medarbejderne imellem i forhold til selve det at få arbejdsdagene til at hænge sammen på en så behagelig måde som muligt. (Wenger 1998). De bekræftede under mødet løbende hinanden i, at de sådan set havde og ikke mindst skulle have det godt sammen. Det var oversygeplejerskens udgangsreplik, at de nok skulle få det godt igen. De problemer, der havde været, glattedes ud, blev fortiet. Dorte, der kunne ses som en slags *borderline* sygeplejerske tog aktivt del i at formidle budskabet om, at de godt kan lide hinanden. Hun var ”så glad for at være her”, ”så glad for, at de var kommet fra KH og *I er så søde,*” sagde hun. Hun byggede dermed en bro på tværs. I hendes fortælling var der ikke plads til uoverensstemmelser. Dorte havde blot været tre måneder på Sankt Elisabeth, før de kom fra Kommunehospitalet og hun havde tidligere arbejdet på Kommunehospitalet. Alligevel iscenesatte hun sig som en del af Sankt Elisabeth om end ikke en del af det fællesskab, der primært flyttede til AMA.

8.3.3 Interne konflikter undertryktes

”at kommunikere vil sige at blive bevilget mening som et privilegium fra andre.” (Gergen 1997:263).

Den afgåede afdelingssygeplejerske prøvede som den eneste denne fællesskabsstemning af ved først at fortælle, hvordan de en dag havde følt sig ædt op, og derefter at fortælle om, hvordan en medarbejder havde låst sig inde på toilettet, da det en dag blev for meget. Idet den afgåede afdelingssygeplejerske åbnede mødet kunne hun ses som tagende mødelederrollen på sig på trods af, at hun nu blot arbejdede på afdelingen som ”menig” medarbejder, der fremover skulle være i fast aftenvagt. Gennem den manglende respons på hendes dagsorden og oversygeplejerskens videre mødeledelse tildeltes hun dog ikke autoritet i interaktionen (jf. Gubrium & Holstein 1997:133). Og dette kunne anses for at være et udtryk for, at hendes magt, indflydelse og sociale status ikke længere kunne mobiliseres som den hun havde haft som afdelingssygeplejerske.

Den manglende respons kunne også forstås i det perspektiv, at hun typificeredes som en utilpasset afgående afdelingssygeplejerske. Og dermed som bidragende med et forsøg på at bringe dissensus og ikke kun konsensus frem.

Typificeringer er, som beskrevet i kapitel 3, Alfred Schutz’ ord for hverdagsmåder at kategorisere og forstå ting på. Typificeringer tilbyder tilmed et ’ordforråd af motiver’ (Mills 1940 i Gubrium & Holstein 1997:138). Typificeringer får derfor betydning for handling fx for, hvordan udsagn tolkes og følgelig responderes på. Om en patient eksempelvis af en sygeplejerske tolkes som besværlig eller i stedet som ked af det kan således medføre, at hun vælger to forskellige tilgange til patienten og dermed skabes forskellige former for interaktioner med forskelligt udkomme. En række studier har ifølge Nicolas Dodier og Agnès Camus i tråd hermed vist, at medarbejderes kategorisering af patienter kan have større betydning end kliniske kriterier for måden de håndteres på (Dodier & Camus 1998).

I tilfældet med den afgåede afdelingssygeplejerske kan den manglende respons fra de andre ses som en typifikation eller *casting* (Antaki & Widdicombe 1998b) af hende som provokatør og hendes sproglige handling som illegitim og potentielt farlig. Typificeret anderledes kunne hendes motiv have været læst som et behov for ærlig dialog om en proces, der havde været svær. Ingen gik efterfølgende ind i de problematiserende fortællinger. Ingen fortalte i dette forum om, hvordan fx medarbejdere fra KH ”i begyndelsen var gået grædende hjem” (samtale med medarbejder fra Sankt Elisabeth).

”Vi næsten tudede af afmagt og træthed”. (Interview med social- og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Eller hvordan medarbejdere fra Sankt Elisabeth havde følt sig koloniseret (samtaler med medarbejdere fra Sankt Elisabeth). Konflikter blev undgået. Der glattedes derimod ud med bemærkninger som: ”*Det kan kun blive bedre*” og ”*Det går bedre*”. I stedet for at tale uddybende om det, der havde været svært, begyndte de at tale om en af de yngre læger og de mangler, de mente, han havde. Ved ikke at forholde sig til, at den tidligere afdelingssygeplejerske sagde noget ved ikke at svare, bevilgedes hendes budskab jævnfør Gergen ingen mening fra de andre (Gergen 1997:263) og dermed måtte der potentielt være tale om nonsense. I hvert fald privilegeredes hendes fortælling ingen plads. Der var så at sige ikke tilstrækkelig retorisk potens (Edwards 1998) knyttet til positionen. Måske fordi fortællingen opfattedes som farlig. Det har i andre studier af sygeplejersker således været pointeret, at de ofte opfatter sig som konfliktsky (Muff 1988) og dermed skyer den åbne konfrontation med det der er svært. Generelt syntes det at være anset for legalt at tale sammen i krogene og udtale bekymringer i mere uformelle sammenhænge, hvor få personer var til stede. Til personalemøder og lignende var der dog meget lidt kritik af hinanden.

Den kritik der kunne have været rettet internt mellem hinanden – dem der kom bragende fra KH med tale om *På KH gjorde vi...* og alle de artefakter de ville medbringe og dem der var blevet tilbage fra den gamle Sankt Elisabeth afdeling, der ikke var uddelt begejstrede for den nye situation og de deraf følgende nye kolleger og deres KH artefakter. Og den uvenlighed disse følelser til tider havde genereret. Alle disse potentielle konflikter og gensidige anklager blev fortiet. I stedet skiftede samtalefokus over på en yngre læge. Den yngre læge figur kunne således også ses som havende en slags prægelnabe funktion. Her var det tilladt at give kritikken frit spil. Den yngre læge fremtrådte i sammenhængen blot som en figur, fordi han kun havde en meget løs tilknytning til afdelingen og fordi han ikke selv var til stede⁷². Når han ikke er til stede, var han ikke dækket ind af ”pænhedsnormen” om, at man skal opføre sig pænt over for hinanden. Han rangerede derudover lavt i hierarkiet. Fortællingen om den yngre læge, ”Søren hjælpeløs, der burde have været forsker”, kunne derfor ses som en måde at komme videre på i samtalen.

“shifting the line of talk provides a procedural solution to problematic, nonresponsive speech environments” (Gubrium & Holstein 1997:131).

⁷² Der er undersøgelser, der viser at det blandt plejepersonalet ofte anses for legalt at lægge en verbal distance til lægerne ved at kritisere dem og kalde dem ved navne - se fx (Holm-Petersen et al. 2006a).

Og dermed et switch til et *'safe territory'*⁷³. Inspireret af den russiske litteraturteoretiker Mikhail Bakhtin påpeger Kenneth Gergen, at der er to hovedtendenser i en kulturs sproglige mønster (Gergen 1997:268). Den ene er centripetal og bevæger sig mod enighed og fælles mening. Den fremmer en stabil og positiv ontologi. Den anden tendens er centrifugal og bevæger sig mod destabilisering. Den fremmer en oppositionel ontologi med meninger, som går imod. Set i dette lys er tilstedeværelsen af sådanne modsætningsfyldte dynamikker således et vilkår ved fællesskaber. Samtidig argumenterer Gergen for, at den centrifugale tendens rummer kulturens potentielle ødelæggelse i sig, fordi den negerer det, fællesskabet bygger på (Gergen 1997:268).

Det at stille spørgsmålstegn ved, om afdelingen kunne blive en meningsfuld reumatologisk sengeafdeling med reumatologiske patienter indlagt, kunne altså ses som en potentiel trussel mod det spirende men stadig meget sårbare fællesskab. Hvis det ikke ville lykkes at holde fast i billedet af den reumatologiske afdeling, ville der ikke længere være et konkret mål for en attraktiv – og meningsfuld – fremtid.

Den afgående afdelingssygeplejerskes problematiserende fortællinger kunne derfor anses for at udgøre en trussel mod den konsensus, der ellers blev søgt valideret. Ved at bringe ”hjælpeløs” figuren på banen var der igen mulighed for at være enige, eller i det mindste ikke selv at have noget i klemme. Ingen sagde, at Søren faktisk ikke var så dum endda. En sådan bemærkning ville sandsynligvis være blevet opfattet som en provokation og en trussel mod det spæde fællesskab, der søgtes etableret. Fællesskabskonstruktionen fordrede en fælles orden og i dette tilfælde var der tale om en orden, der ekskluderede medarbejdere og tidligere ledere fra Sankt Elisabeths perspektiv på, hvad fusionen havde betydet for dem.

Hvis den afgående afdelingssygeplejerske havde ønsket en længere samtale om de problemer og konflikter, der havde været, så må hun altså have følt sig udenfor. Der var i dette forum heller ingen støtte at hente hos de andre fra Sankt Elisabeth.

⁷³ Et eksempel fra observationsdata på et lignende switch til et *safe territory*: Klokkeren er 8.15 sygeplejerske Dorte udbryder: ”Åh hvad skal vi lave?” mens hun retter på to journalvogne. Hun går ind i kaffestuen og siger: ”Nej, det er en fornøjelse, at der ikke er ret meget at lave for vi har haft så travlt i den seneste tid.” Sygeplejerske Sanne fra Sønderbro sidder derinde. Hun spørger: ”Hvorfor skal vi sidde herinde? Der er vist ikke så bredt som derinde,” siger hun og peger på det der før var kaffestuen. ”Ja, det ved jeg ikke. Det er ikke så godt,” siger Dorte. Sanne siger: ”lagde du mærke til, at jeg sagde Vi! Det må betyde, at jeg allerede føler mig hjemme.” Dorte fortæller, at der stadig er nogle fra KH som siger I og at hun synes, det er så irriterende. Ingrid sygehjælper fra Sankt Elisabeth sidder tavs og lytter. Sanne tænder en cigaret og hun og Dorte begynder at tale om, hvor uværdigt det er at bo på et plejehjem. (Observationsdata, juni 1999).

Ikke desto mindre gik der ikke mere end godt to måneder efter dette møde, før end alle fra den tidligere Sankt Elisabeth afdeling var rejst.

”Altså det er svært at få en helhed ud af nogen, der føler sig skubbet ud af os.” (Interview med social- og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Hvis man følger den amerikanske organisationspsykolog Kenneth Gergens tanke om netværk af gensidige identiteter (jf. kapitel 4) og bringer den ind i en kontekst, hvor medarbejdere gør meget ud af at tale om ’enshed’, kan dette perspektivere, hvorfor det kan blive opfattet som omkostningsfuldt at sætte spørgsmålstejn ved ’den fælles identitet’. Dette betyder ikke, at der ikke sættes spørgsmålstejn, men hvis spørgsmål til den forhandlede opfattelse af identiteten bliver for påtrængende risikeres det, at den stabile beretning om et arbejdsfællesskab, der viderefører bestemte ikke-akutte måder at se på behandling og pleje og viderefører et moralsk kodeks, knuses. Knuses denne beretning vil forestillingen om identiteten degenerere (Gergen 1997:212) og arbejdsfællesskabet sandsynligvis nedbrydes med personaleflugt til følge. Det er altså en arbejdskrævende proces at spille de rigtige støttepositioner for at stabilisere forestillingen om en identitet.

8.4 Fortællinger om fællesskab og forfald

I anden delanalyse behandles spørgsmålet, hvordan ’de selv’ taler om ’deres fællesskab’ og udviklingsretningen heri. Der er altså tale om en analyse af deres narrative identitetsarbejde. Det vil fremgå, at hvor medarbejdere og oversygeplejersken fra Kommunehospitalet sammen med medarbejderne og senere også afdelingssygeplejersken fra Sønderbro talte om en bedre fremtid og et fællesskab, så talte medarbejderne fra Sankt Elisabeth om et fællesskab, de havde haft men som nu var i forfald. Anden delanalyse er således en analyse af, hvordan narrativer (fortællinger eller beretninger) er et led i konstruktionen af, hvem de ’er’ og hvor der er på vej hen.

Som beskrevet i kapitel 4 anser Gergen narrative redegørelser for at gøre sociale begivenheder synlige og at de typisk vil skabe forventninger om fremtidige begi-

venheder (Gergen 1997:190). Narrativer skal forstås som samtalemæssige og kulturelle ressourcer samt som konstruktioner som er åbne for løbende ændringer, efterhånden som interaktionen fortsætter (Gergen 1997:192). Gergen inddeler forskellige former for beretninger i litterære genrer og når frem til at pege på tre rudimentære former for narrativer (Gergen 1997:198):

Den stabile beretning vil sige en beretning som sammenknytter begivenhederne, så individets bane stort set ikke ændrer sig i forhold til mål eller til resultater. Livet fortsætter uden ændringer til det bedre eller det værre. Fortællingen handler om, at udkommet stabilt vil være det samme.

Den opadstigende beretning vil derimod sige en beretning som sammenknytter begivenhederne således, at bevægelsen med tiden går mod højere vurdering. Fortællingen handler om, at udkommet vil blive bedre.

Den nedadgående beretning sammenknytter omvendt begivenhederne således, at bevægelsen er faldende. Den nedadgående beretning afbilder således en fortsat rutschetur nedad.

Gergen mener, at de tre former er udtømmende for fundamentale valgmuligheder med hensyn til bevægelser i et vurderende rum. Og at de som sådan kan betragtes som rudimentære grundlag for mere komplekse varianter (Gergen 1997:200). Samtidig pointerer Gergen, at 'kulturen' kan medvirke til, at repertoire af muligheder afkortes. Mængden af narrative ressourcer i et givet samfund under dettes historiske betingelser er således ikke uendelige. Mulighederne bør snarere ses som kulturelt begrænsede. Fortælles en fortælling, der ikke holder sig til de narrative konventioner, anses denne for med Shakespeares ord at være "en fortælling fortalt af en tåbe" (Gergen 1997:193). Dette vil i den sammenhæng sige en fortælling, der ikke giver nogen mening. Den mening, fortællingerne normalt har, er at definere, 'hvem vi synes, vi er' og ikke mindst 'hvor vi er på vej hen'. Man kan sige, at dette er det dobbeltsidige i at se 'kultur' som ressourcer – de både muliggør og begrænser.

8.4.1 "Det har været hårdt" og "det skal blive godt" fortællingerne

I det første halve år af den nye afdeling F1s eksistens var der særlig blandt medarbejdere og oversygeplejersken fra Kommunehospitalet en fortælling, der havde to

elementer. Nogle gange fortaltes kun om, hvor hårdt de havde haft det med nedlukningen af Kommunehospitalet. Andre gange var fokus på en fortælling om, at det skulle blive godt alt sammen nu. Men disse to fortællinger kunne ses som værende en del af en samlet beretning om, hvor de havde været og hvor de var på vej hen. Det ville også sige, hvem og hvad de havde været og hvem og hvad de var ved at blive (Gubrium & Holstein 2000:123). Fortællingerne om, hvor hårdt det havde været, handlede ofte om en meget langstrakt proces, hvor de havde oplevet megen usikkerhed. Usikkerhed om hvorvidt Kommunehospitalet skulle lukke eller ej og siden hen også usikkerheden om, hvor de så skulle tage hen og arbejde. De talte om tabet af en arbejdsplads som havde været usædvanligt god. De talte også om tabet af kollegerne og det fællesskab, de forbandt med at arbejde der.

“Det altafgørende i forhold til den nedlæggelse var alle de gode venner og alle de gode netværk. Ikke bare blandt vores kolleger, alle kendte hinanden og respekterede og accepterede hinanden.” (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Fortællingerne indeholdt eksempelvis billeder af ar, der var blevet skabt i processen og billeder af et skib der sank.

“Det var som at være ombord på Titanic. Vi ventede bare på, at det skulle synke”. (Interview med klinikchef, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

”Vi har været meget igennem og der er mange ar at hele.” (Samtale med fungerende afdelingssygeplejerske, tidl. Kommunehospitalet, maj 1999).

Det var dog ikke kun medarbejdere og ledere fra Kommunehospitalet, der talte om en hård proces. Også medarbejderne fra Sønderbro talte om, at det havde været hårdt, om end det, der var hårdt, her ikke var en langstrakt proces men snarere en beslutning, der var kommet som en overraskelse. De havde således også deres egen version af en ”det har været hårdt fortælling”. De talte om, at de var blevet chokerede over, at deres afdeling skulle lukkes:

”Jeg tror, alle var chokerede. Der var mange forskellige reaktioner. Den jeg egentlig husker bedst, det var en sygehjælper. Hun var så vred, og det var noget med, at hun havde været på kirurgisk afdeling på Italiensvej, og den kirurgisk afdeling – jeg tror det var den organkirurgiske – den lukkede, fordi nu skulle der ikke længere være organkirurgi på

Amager Hospital. Cut – luk, og der havde hun været i 16 år. Så kom hun på en anden afdeling, som så skulle skære ned i personalet, og på det tidspunkt var hun jo så sidst ankommet – først ud, og så blev hun arbejdsløs i en periode. Så fik hun job ovre på G5 og så den der: Cut, nu lukker vi. Hun var så rasende. Jeg syntes, det var en fed reaktion, fordi det viser noget kampgejst.” (Interview med afdelingssygeplejersken, tidl. Sønderbro, januar 2000).

Måden afdelingen var blevet lukket på var også en kilde til en fortælling om frustration over den ledelsesmæssige lemfældighed, de havde oplevet:

”Det var en lidt besynderlig oplevelse, fordi det kom så pludseligt. Efterfølgende fandt vi så ud af i personalegruppen, at klinikledelsen af geriatrisk klinik faktisk havde vidst det i flere måneder, men jeg tror, det var interne problemer i klinikledelsen, der så gjorde, at det ikke blev meldt ud til personalet. Det blev meldt ud til personalet på en måde, som at ”det er besluttet, at der skal nedlægges så og så mange senge”, og vi skulle så pludselig med lyn og torden afholde en masse møder og finde ud af, hvordan nedlægger vi de senge på den bedst mulige måde, og vi havde møder og blev enige med klinikken om, at vi ville være solidariske og nedlægge senge på alle tre afdelinger og på den måde fordele det. Så blev alt personalet i geriatrisk klinik kaldt til et møde af vores klinikledelse. Jeg tror, det var den 12. februar – hvor det så blev meddelt på mødet – det vil sige centerledelsen kom og meddelte, at det var G5 der skulle lukke, færdig arbejde. Og det vidste klinikledelsen godt. Og det var meget besynderligt, for der var jo ingen grund til at hive hele geriatrisk klinik sammen, når man vidste, at det kun var G5. Så kunne man have nøjes med at holde et møde med personalet i G5 og sagt: ”Hør her venner, nu lukker vi boksen og I skal have nogle nye jobs” (Interview med afdelingssygeplejersken, tidl. Sønderbro, januar 2000).

Fortællingerne om, hvor hårdt det havde været, blev ofte understreget af, at den der fortalte så træt og nogle gange lidt opgivende ud, når fortællingerne blev fortalt. Der var minder der kom frem om kollegaer, der var tabt, fordi de nu var adskilte. Der var minder om kollegaer der var blevet kritisk syge midt i det hele. Der var minder om en hverdag og et stort fællesskab, der nu var tabt. Der var således elementer af genren tragedie i måden, der blev talt om lukningen af såvel Kommu-

nehospitalet og geriatrisk afsnit G5 på Sønderbro. De to ”det har været hårdt” fortællinger kunne ses som separate, men de kunne også kombineres (Holstein & Gubrium 2000:116). Sammen sagde de noget om, at de var fælles om at have oplevet at blive lukket.

”Det skal blive godt” fortællingen kunne ses som en anderledes fortælling, der var mere fyldt med energi, dog kunne den også ses som hængende strukturelt sammen med ”det har været hårdt” fortællingen. Dels fordi de sammen pegede på en udviklingsretning fra hårdt til godt. Dels fordi det netop blev vigtigt at fremhæve, at de skulle have det godt, fordi de havde haft det svært. ”Det skal blive godt” kunne således enten ses som en modfortælling til, at ”det har været hårdt” eller til et værdiladet slutmål (Gergen 1997) på ”det har været hårdt” fortællingen.

Den energi medarbejdere og ledere på F1 lagde i, ”at det skal blive godt at arbejde på afdelingen”, kunne samtidig ses som en væsentlig ressource og en motiverende kraft⁷⁴. Finn Borum taler ligefrem om, at energi kan være en væsentlig magtbase i et forandringsprojekt (Borum 1976; Borum 1995a). Hvor det var betydningsfuldt at holde fast i gejsten og den gode energi. På F1 taltes der således om sammenholdet og fremtiden på afdelingen i meget positive vendinger.

”Vi vil det her. Og det tror jeg gør en forskel” (Samtale med social- og sundhedsassistent, maj 1999).

Samtidig med at der blev fortalt om, at det havde været hårdt og at der blev fortalt om, at det skulle blive godt, blev der også talt om, at det havde været bedre på Kommunehospitalet.

8.4.2 ”Det var meget bedre på KH” fortællingen

Plejepersonalet fra Kommunehospitalet talte om, at de blev chokerede, da de begyndte at arbejde på afdelingen. Dette var ligeledes tilfældet for ergoterapeuterne, der kom fra Kommunehospitalet, som følgende citat viser:

⁷⁴ Motivation er et centralt emne inden for forskning i offentlig administration og ligeledes er interessen for begrebet *organisatorisk commitment* (Moon 2000:178). Om end det ikke altid står klart, hvad der menes med organisatorisk commitment, er det netop denne og motivation, der ofte forventes at dale i forbindelse med en fusionsproces.

”Lige da vi startede tænkte jeg: åå...vi er lige blevet bombet 10 år tilbage i alt, både hvad angår de fysiske rammer og indvendig på hospitalet og fagligt syntes jeg også: Tak skal du have, for det var da noget helt andet end det, jeg kom fra. Ikke at jeg havde forventet, at det skulle være det samme, men dog noget mere end det, der var, men det er også fordi, det er et meget mindre sted og færre til at føre det ud i livet.” (Interview med ergoterapeut, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Dagvagterne var længere end plejepersonalet fra Kommunehospitalet havde været vant til og patienterne var tungere medicinske patienter, end de havde været vant til. Det vil sige, at de var fysisk dårligere og havde brug for hjælp eksempelvis til personlig hygiejne og til at komme ud og ind ad sengene. Samtidig var hjælpemidlerne dårligere. Sengene var ikke elektriske som på Kommunehospitalet og der var mindre plads til at komme omkring sengene. Der var heller ikke bad og toilet i tilknytning til sengestuerne som på Kommunehospitalet. For at gøre det hele meget værre, var de sure dem der var blevet tilbage fra den tidligere afdeling. De ville kun vrangvilligt hjælpe med at vise, hvor ting var og det følte tydeligt, at de ikke var velkomne.

”Vi næsten tudede af afmagt og træthed”. (Interview med social- og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Den afgående afdelingssygeplejerske fra Sankt Elisabeth afdelingen havde svært ved at aflære sig sin rolle og blev eksempelvis ved med at bestille vikarer. Den nye midlertidige afdelingssygeplejerske fra Kommunehospitalet kom fra et daghospital og var ikke vant til at være afdelingssygeplejerske på en sengeafdeling. Der var en del uro over vagtplanerne, som hun lagde, om at de ikke var efter reglerne og at de ikke var retfærdige. Oversygeplejersken fik først senere sit kontor og var derfor midlertidigt stadig på Kommunehospitalet, hvor der stadig gik plejepersonale og pakkede ned.

Langsomt kom der flere reumatologiske patienter i sengene, men plejepersonalet fra Kommunehospitalet talte en del om, at deres fysiske og psykiske arbejdsbetingelser var meget dårligere her. Det var sværere at løfte på den korrekte måde og der var for lidt plads. Ofte begyndte deres sætninger med ordene: “Jeg synes bare, det var meget bedre på KH, fordi...”. Der udviklede sig dermed hurtigt en fortælling om, at alt havde været meget bedre på Kommunehospitalet. De talte også om at ændre forhold og ting, sådan at de ville blive mere “ligesom på KH”. Også for

at de ikke skulle vænne sig til at give for meget køb på kvaliteten af plejen af patienterne, der blev italesat som ringere her i de nye omgivelser.

Fra introduktionstemadagen 5. maj: I frokostpausen har to af sygeplejerskerne fra Kommunehospitalet sammen med sygeplejerske Dorte fra Afdeling M6 været nede at se på de fysiske rammer på F1. Det viser sig at Dorte tidligere har været i kort tid på Kommunehospitalet. Dorte spørger de to andre, hvordan de syntes F1 var. De og to andre omkringstående fra Kommunehospitalet svarer, at de kommer fra noget, der er optimalt, så derfor er det hårdt. Dorte siger: ”Man vænner sig til det. Jeg var også lidt ked af det i starten.” Kathrine siger, at det ikke altid er en fordel at vænne sig til ting. Det kan nemlig være lig med at give køb på kvalitet og det etiske. Fx hvis man skal bade en patient, så kan man ikke gøre det ved stuerne ligesom på KH. Her skal man køre patienten ned for enden ad gangen med håret osv. strittende ud alle vegne. ”Er det etisk”, spørger hun? (Observationsdata, maj 1999).

De fysiske rammer på Kommunehospitalet blev omvendt italesat som have været perfekte, for hospitalet var for nyligt blevet istandsat for et stort millionbeløb. Der var moderne udstyr og faciliteter og lokalerne var meget store lyse og rummelige. Der var gode arbejdsbetingelser og opfattelsen af høj kvalitet i plejen.

”Man havde fornemmelsen af, at vi skulle lukke, fordi vi gjorde det for godt.” (Sygehjælper, tidl. Kommunehospitalet, observationsdata, juni 1999).

De fortalte historier om, hvordan patienter og personale havde siddet udenfor om sommeren i hospitalets store gårdhave. Nu var de her på F1 med små lokaler, dårlige faciliteter og fysisk meget tungere patienter og mere akutte patienter.

”I begyndelsen var det meget svært for dem, for det var akutmedicin, og det havde de ikke haft i årevis. Der var ingen mennesker. Der var håbløs planlægning og der var overbelægning. Og det var vagter, vagter og vagter. De løb næsten skrigende bort. Men så snakkede vi hele tiden om, jamen det bliver bedre og det skal være reumatologi. Og så begyndte de at få et rigtig godt sammenhold.” (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Ifølge Jane Shaw, som har studeret engelske sygehusfusioner, opstår der ofte ”golden age” myter i forbindelse med fusioner, hvor den tidligere afdeling eller organisation glorificeres (Shaw 2002). I hendes undersøgelse af fusionen af to engelske sygehuse fortalte medarbejdere fra begge hospitaler historier – *golden age* myter – om hvor godt alting var før fusionen (Shaw 2002). Wilhelm Barner-Rasmussen, Mia Örndahl og Marjana Johanson kom i deres studie af en fusionsproces ligeledes frem til, at der udover en integrationsdiskurs også var en nostalgisk diskurs (Barner-Rasmussen et al. 2003).

”Det var meget bedre på KH” fortællingen kunne således ses som en måde at fejre mindet om det tabte fællesskab på. Og samtidig som en måde at markere, hvor det rigtige sted var at søge inspiration til ændringer af den nuværende situation. ”Det var meget bedre på KH” fortællingen var således med til at understøtte legitimiteten i at søge at arbejde hen imod et ”Mini KH” – fordi alt der jo havde været bedre. Og hvem ønsker ikke noget, der er bedre? ”Det var meget bedre på KH” fortællingen var på denne vis ikke blot en før fortælling (Holstein & Gubrium 2000:121). Den indeholdt også et værdiladet slutmål om, hvordan det burde blive igen fremover.

Med udgangspunkt i Gergens genrebegreb kunne beretningen om F1 som reumatologisk sengeafdeling ses som en blanding mellem en stabil og opadstigende beretning. En stabil beretning hvis der sættes fokus på videreførelse og en opadstigende beretning som beretningen om, hvordan det gradvist bliver bedre fra at svært i begyndelsen. Fortællingen afprøves en gang imellem, men søges opretholdt. Når afdelingssygeplejersken eksempelvis deponerer sin opsigelse hos oversygeplejersken i tilfælde af, at en patient hvis behandling de ikke kan stå inde for, skulle komme tilbage, kan dette ses som et udtryk for, at både den stabile og den opadstigende beretning er i fare. Der kommer så at sige et dramatisk udsving på spændingskurven, hvor det kan gå flere veje.

Den samlede beretning om F1 kunne således enten ende som en tragedie, hvor aktørerne ville spredes for alle vinde, ende som en beretning om en løbende degenerering - en nedadstigende beretning hvor det aldrig blev lige så godt, som det havde været på fx Kommunehospital, men bare blev gradvist værre, eller måske en heroisk saga⁷⁵ eller et heltetogt (Downing 1997:235 i Pedersen 2005), hvor der var

⁷⁵ Denne genre kan også ses som en *romance*, som er en af de fire basale genrer som Northrop Frye hævdede at kunne opdele narrativer i (Frye 1957 i Gergen 1997:197): komedien, romancen, tragedien og satiren.

flere farer og trusler undervejs, men hvor disse blev overvundet. Genren bestemtes løbende undervejs. Samtidig var der en flerhed af beretninger (jf. Gergen 1997:208), der blev fortalt. Der blev således også ind imellem fortalt om forfald. En fortælling der var blevet næret af medarbejderne fra Sankt Elisabeth.

8.4.3 Sorteper i fusionsspillet - en forfaldsfortælling

Medarbejderne fra den tidligere Sankt Elisabeth afdeling fortalte en anden beretning end den stabile eller opadstigende. De mobiliserede ikke samme gejst for at skabe noget ”godt”. De italesatte deres afdelings situation som en forfaldsfortælling, hvor det hele blev gradvist værre. Plottet i denne fortælling handlede om undergangen – bevægelsen fra succes til fald (Downing 1997:235 i Pedersen 2005).

”Vi følte os overset, og det syntes vi nok vi var i forvejen i forhold til Italiensvej. Og så kom De [fra Kommunehospitalet] også. Det var ligesom nå tak for det! Det var kaotisk og lidt voldsomt, at de bare væltede ind.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

Fortællingen om afdelingen på Sankt Elisabeth fremstilledes som historien om en afdeling, folk var glade for at arbejde på. Arbejdet var akut og det var meningsfuldt. De var en perfekt afdeling på et lille hospital præget af fællesskab. Så kom første prøvelse: fusionen med Sundby Sygehus på Italiensvej og senere anden prøvelse: lukningen af skadestuen, hvormed afdelingen ikke længere var en akut medicinsk afdeling. Øjeblikket var kritisk, genren kunne stadig gå flere veje: mod tragedien og afslutningen eller mod en fortælling om heroisk overvindelse. Med nedlæggelsen af afdelingen, gruppen der rejste til AMA og tredje prøvelse: ankomsten af medarbejderne fra Kommunehospitalet syntes det ikke længere at være muligt at videreføre deres fortælling om et fællesskab. Det blev i stedet til fortællingen om forfald, hvordan fusionsspillet havde ført til affolkning, kedelige arbejdsopgaver og ødelæggelse af fællesskabet. Og hvordan de dertil oven i det hele var blevet væltet og koloniseret af de ’indtrængende’ fra Kommunehospitalet.

”Da vi fik at vide, at der ville komme en udflytning fra Kommunehospitalet følte vi os presset ud. Vi kunne jo godt tælle, at der ikke ville blive plads til alle. Og så blev der en panisk stemning og folk begyndte at rejse. Vi havde et håb om at kunne flytte fuldt sammen til en ny afdeling fx

C1 og begynde den. Men det var der ikke mulighed for. Men jeg ved, alle ville have rejst med. Det var ærgerligt. Vi havde en god afdeling. Det bliver aldrig det samme mere. Vi har prøvet at få så mange af de gamle herovre til AMA.” (Samtale med sygeplejerske på AMA, tidl. Sankt Elisabeth, januar 2000).

Forfaldsfortællingen som Sankt Elisabeth medarbejderne fortalte den havde igen et væsentligt element af at være ofre for lemfældige ledelsesmæssige og politiske beslutninger, hvor de ikke oplevede at der blev taget hånd om dem som medarbejdere og hvor de efterfølgende omrokeringer var foregået på en problematisk måde med kun ringe kvalitet i informationen:

”Vi fik jo ingenting at vide. Det var meget usikkert. Den ene dag skulle det laves til det ene og den anden til det andet og den tredje til det tredje. Og skulle vi flytte eller skulle vi blive. Informationen var ualmindeligt dårlig - og specielt ovre på HBA [Hans Bogbinders Allé] tror jeg nok skred den lidt i svinget. Også kollega mæssigt for vi havde det jo smadder godt sammen derovre, men nu er vi jo her [på AMA] alle sammen, så det har vi jo fortsat, men det var da meget utrygt.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

”Vi hørte en masse rygter. Vi hørte at vi alle sammen skulle flytte samme sted hen. Og så hørte vi senere, at dem fra KH ville komme herud. Og så at de ikke skulle alligevel.” (Interview med sygeplejerske, tidl. Sankt Elisabeth, januar 2000).

”Det med at folk bare lagde noget over hovedet på én og ikke fortalte én, hvad er det det bærer hen imod det her. Der var ikke nogen, der fortalte os, hvad er det, det skal blive til herovre. Der var en hel masse visioner, men der var ingen, der fik fortalt os, hvad det var, det handlede om.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

I forbindelse med beslutningsprocessen og efter fusionen af Sundby Hospital og Sankt Elisabeth Hospital til Amager Hospital var der fulgt en række reaktioner. Specielt personalet på det tidligere Sankt Elisabeth talte om, at de havde følt sig klemte og følte at deres institution blev opslugt af hospitalet på Italiensvej (se også

Sygeplejersken, vol. 98, 1998 nr. 18/19/20)⁷⁶. Dette var ført til, at mange af dem var rejst. De gav udtryk for at være meget demotiverede over fusionsprocessen mellem Sankt Elisabeth og Sundby. De konstruerede en fortælling om, at der blot var bygningerne og nogle få rutiner tilbage. Samtidig blev Italiensvej italesat som ”storebror” i fusionsspillet og at de selv som afdeling og som hospital sad tilbage med ”sorteper”.

”Det var bedre dengang vi havde egen skadestue på Sankt Elisabeth, men den lukkede 1.12. [1998]. Det var en kanonændring. Alting blev kaos. Folk rejste, og vi havde færre dårlige patienter derefter. Det er svært. Det har været sådan: At pludselig skulle vi her på Sankt Elisabeth gøre som de sagdeovre på Italiensvej. Følge deres ideer og mål. Så kunne vi ikke bruge vores mere.” (Sygeplejerske, observationsdata maj 1999).

Til sidst var det ikke meget tilbage. Ifølge fortællingen holdt bygningen nærmest op med at fungere som hospital. Den mindede nu mere om et plejehjem.

”Det blev da til et frustrationsmoment hele tiden at de blev ved med at lukke ned, og til sidst blev det ligesom bare som at være på et plejehjem mere eller mindre. (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

Den var altså tale om den endegyldige tragedie. Alt var blevet ødelagt. Man kan stille sig selv det spørgsmål, om det ikke havde været lettere for de fem tilbageblevne medarbejdere fra Sankt Elisabeth at blive på afdelingen, hvis de ikke vedblivende havde taget del i en fortælling, der ikke rummede mulighed for en positiv udvikling. På denne vis kan valget af et fortællingsplot ses som en væsentlig aktant i relationen mellem medarbejderne fra heholdsvis Sankt Elisabeth og Sønderbro og Kommunehospitalet.

⁷⁶ Også afdelinger på det tidligere Sundby Hospital oplevede at blive klemmt i processen i forhold til ændringer i funktioner om der eksempelvis skulle være organkirurgi eller ej på Amager Hospital. Medarbejderne oplevede her at være kastebold i en række politiske spil (Issa 1997).

8.5 Diskussion – det retoriske fællesskab

I afrundningen af kapitel 8 vil jeg på baggrund af besvarelsen af spørgsmålet: *Hvordan dette identitetsarbejde gjordes i det daglige* diskutere det iscenesatte fællesskab som en primært narrativ konstruktion.

I arbejdet med at iscenesætte afdelingen som et fællesskab ekskluderedes medarbejderne fra Sankt Elisabeth. Deres historie var, at det fællesskab, de havde haft her i disse fysiske rammer, nu var smadret. De var stærkt demotiverede, hvilket blandt andet kom til udtryk gennem en meget hård holdning til de nye kollegaer fra Kommunehospitalet. De talte om det reumatologiske speciale som værende forkert, og de talte om afdelingen som tiltagende kedelig. Derudover satte de spørgsmålstegn ved oversygeplejerskens vision for afdelingen. De talte således om, at det var urealistisk, at de primært kunne få reumatologiske patienter i genoptræningsforløb. Det varede ikke længe før der var tale om en gensidig modvilje, hvor oversygeplejersken og senere også afdelingssygeplejersken *castede* medarbejderne fra Sankt Elisabeth som værende forkælede.

I den daglige iscenesættelse af afdelingsfællesskabet iscenesattes dette således som et homogent fællesskab uden plads eksempelvis til at tage de konflikter op den afgående afdelingssygeplejerske fra Sankt Elisabeth søgte at tage op. Sankt Elisabeth medarbejdernes historie blev dermed ikke bevilget mening i billedet af en F1 fremtid.

Det er samtidig fremgået af analyserne i kapitlet, at 'fællesskab' på F1 ikke var en dyb 'ting', hvor alle tænkte, følte og handlede ens. Der syntes snarere at være noget tryghed, mening og muligheden for at skabe sig et selvstændigt rum i spil. Fordi beretningen om, hvad og hvem de var og hvor de var på vej hen, kom under pres, var der et akut behov for at 'sensemake' omkring, hvad der nu skulle ske. Hvem de nu skulle være og hvilke mål de skulle have. Der var så at sige et 'reparationsarbejde', der skulle igangsættes for at kunne opretholde italesættelsen af 'fællesskab' og dermed narrativ validitet herom. Der var flere forskellige fortællinger, der kunne anvendes i beretningen om, hvem og hvad de var. Der var "det har været hårdt fortællingerne", "det skal blive godt fortællingen" og "det var bedre på KH fortællingen". Disse fortællinger kunne holdes adskilt eller kombineres

og flerheden af fortællingerne var dermed omgivet en portion narrativ elasticitet (Holstein & Gubrium 2000:116). Samme person kunne således fortælle en fortælling i en situation og en anden i en anden situation. På denne vis kunne man med Holstein og Gubriums ord sige, at der var tale om en *diversely storied collective identity* (Holstein & Gubrium 2000:116).

Der var dog grænser for elasticiteten. I denne proces med at fortælle hvad og hvem de var, var der ikke plads til hovedparten af medarbejderne fra Sankt Elisabeth, der havde svært ved at definere sig som en del af dette rum. De var snarere frustrerede og iscenesatte sig som en del af en forfaldsfortælling – en ”sorteper i fusionsspillet fortælling”. Denne fortælling udgjorde en trussel for de andres ”det har været hårdt, men skal nok blive godt” fortælling. For enten var F1 en del af en større fortælling om forfald eller også var afdelingen på vej mod et bedre sted at være. De to fortællinger kunne ikke rummes i en samlet beretning, hvis genren skulle være en heroisk saga eller et heltetogt (Downing 1997:235 i Pedersen 2005), hvor alt på trods af alle prøvelserne ville blive godt igen.

Ifølge Stephen Downing, der har arbejdet med narrativer i en organisationsammenhæng, anvender ansatte i organisationer mytefortællinger i deres hverdag. Hans pointe er blandt andet, at disse fortællinger er med til at forme medarbejdernes forståelse af eksempelvis organisationsændringer. I disse fortællinger identificerer medarbejdere sig selv og andre som helte, skurke og ofre (Downing 1997 i Pedersen 2005).

På sengeafdeling F1 indgik disse tre positioner også i fortællingerne. I ”det har været hårdt, men det skal nok blive godt” fortællingen var der flere skurke. En af skurkene var for Kommunehospitalets medarbejders vedkommende de beslutningstagere, der havde besluttet at lukke Kommunehospitalet. De var skurke, fordi det var en forkert beslutning, der kom til at gå ud over mange patienter og mange medarbejdere, der eksempelvis blev syge. De var også skurke, fordi processen havde strakt sig over så lang tid. For medarbejderne på Sønderbro var det deres gamle geriatriske klinikledelse og den medicinske centerledelse, der var skurkene. De var skurke, fordi de havde ladet dem gennemføre arbejdsgrupper uden at anvende resultatet heraf. Og de var skurke, fordi måden, de fik fortalt beslutningen om lukningen af sengeafsnit G5 på, ikke var ordentlig. Deres position i fortællingen var således som upålidelige beslutningstagere. Og selv blev således både medarbejderne fra Kommunehospitalet og fra Sønderbro til ofre for politisk og ledelsesmæssig lemfældighed. Heltestatus ville derimod komme med den begiven-

hed, at de alligevel ved fælles kræfter klarede den og formåede at genskabe det meningsfulde arbejde og det meningsfulde fællesskab.

I ”sorteper i fusionsspillet” fortællingen var skurkene Sundby Hospital på Italiensvej, der var en grov storebror, der tog alt til sig selv, den medicinske centerledelse, der overså dem ovre på Hans Bogbinders Alle og de indtrængende kolonister fra Kommunehospitalet. Ofre var dels medarbejderne og afdelingssygeplejersken fra afdeling M4/M6 på Sankt Elisabeth, dels hele det gamle Sankt Elisabeth Hospital. Hvis der var nogle helte i denne fortælling var det dem, der slap væk for at videreføre en del af fællesskabet på AMA. Men pointen med denne fortælling var, at der ikke var nogen heltepositioner i relation til afdeling F1, der var tilgængelig. Der var kun derouten tilbage.

Medarbejderne og lederne fra Kommunehospitalet og fra G5 på Sønderbro så dem derfor rejse uden de store bekymringer om, at de havde trængt dem væk. Der var en opmærksomhed på, at ”Dem” fra Sankt Elisabeth havde haft det svært:

”Dem, der havde det sværest, det var helt klart de der Sankt Elisabeth-folk, der havde været her i forvejen.” (Interview med afdelingssygeplejersken, tidl. Sønderbro, januar 2000).

Men der var ikke rum til begge – til både at have en opadstigende og en nedadgående beretning. Det blev derfor et eksistentialetisk spørgsmål, at de måtte af deltagerne i forfaldsfortællingen for at bevare en narrativ validitet om et positivt selvbillede, en fælles identitet i en fælles afdeling. Sankt Elisabeth medarbejdernes positionering af medarbejdere og ledere fra Kommunehospitalet som skurke var yderligere en aktant i den differentiering, der skabtes. Medarbejderne og lederne fra Kommunehospitalet kunne således ikke rummes som både skurke, ofre og potentielle helte i en og samme fortælling. Dette ville bryde med den narrative konvention, hvorved identiteter bør fremstå som stabile og ikke som værende både en helt og en skurk (Gergen 1997).

Det var dog stadig et vedblivende arbejde at italesætte et ’fællesskab’ og skabe narrativ validitet om fællesskabet. Det narrative identitetsarbejde var således ikke gjort en gang for alle. Der var snarere tale om en *going concern* (Holstein & Gubrium 2000; Hughes 1971). Selv om der syntes at være succes hermed i den forstand, at afdelingen havde nemt ved at tiltrække arbejdskraft og medarbejderne ofte gav udtryk for at have det godt sammen, så var der løbende en række ’kriser’ og problemer med at ’holde dampen oppe’.

”Personalet er ved at gå i opløsning dernede” siger hun. ”De er så søde og vil gerne. Men hvis det ikke bliver bedre, end det er nu, så rejser de.” (Samtale med oversygeplejersken, januar 2000).

I modsætning til den ”traditionelle kulturanalyse” har målet her ikke været at tegne et billede af et fællesskab af ensrettet kulturel praksis og social handling (Liep & Olwig 1994:16). Intentionen har snarere været at vise, hvordan fortællinger anvendes i det daglige identitetsarbejde til at skabe en narrativ validitet om tilstedeværelsen af et homogent fællesskab. Ifølge antropologerne John Liep og Karen Fog Olwig kan den diskursive hegemoni, der måtte omgive et italesat fællesskab ses som et enighedsrum og som en fungerende misforståelse:

”Danskere udsøger sig enighedsrum, eller skaber sådanne, hvor de ikke umiddelbart findes. Selvom dansk kulturs homogenitet primært er af ideologisk karakter, har den derfor haft så stor gennemslagskraft, at folk i vid udstrækning har skabt enklaver af homogenitet omkring sig i det praktiske liv, der kan skjule de mange forskellige opfattelser og handlingsmønstre, som det danske samfund indbefatter. Denne danske evne til at opretholde illusionen om, at det danske samfund består i ét samlet socialt og homogent fællesskab, til trods for at dette fællesskab rummer et vidt spektrum af kulturelle værdier, der omsættes til vidt forskellig social praksis, kan kaldes ”en fungerende misforståelse” for at citere den amerikanske antropolog Marshall Sahlins. (Liep & Olwig 1994:18).

Fællesskabet på sengeafdeling F1 kunne således måske ses som en erfaringsbaseret fungerende misforståelse. Erfaringsbaseret fordi alle kom med den ressource, at de var vant til at tale om deres respektive afdelinger og eller hospitaler som havende været et fællesskab. Ideen om et fællesskab var således forbundet med en række positive konnotationer om mening, tryghed og nærhed. Iscenesættelsen af fællesskab kunne også ses som en fungerende misforståelse, fordi fællesskabet fremstod som mytisk og uden sammenhæng med flertydighed og alle de konflikter, der uundværgeligt også var en del af hverdagen. Konstitueringen af en fælles lokal virkelighed og bekræftelsen af fællesskab kunne på denne vis ses som et sprogligt fatamorgana (Molin 2002:22), der gav en illusion af, at der fandtes en fællesskabs virkelighed. Iscenesættelsen af et fællesskab kunne også jf. kapitel 4 ses som etableringen af et netværk af gensidige identiteter (Gergen 1997). Et net-

værk hvori der udspillede støttepositioner og dermed skabtes en fornemmelse af samhørighed og fælleshed.

Den narrative validitet, der søgtes opretholdt om et fællesskab, kunne således ses som en *sense-making* ressource, der dels gav mening til arbejdet dels blev en måde at overleve på. Det blev således fortalt, at de var på vej. De havde et mål og en retning. Dermed blev det også muligt at fremstå som en enhed med et selvstændigt indhold, et selvstændigt rum. Et rum der udgjorde et modstykke til den medicinske centerledelse.

I næste kapitel ses på de daglige 'teknologier' (Holstein & Gubrium 2000) i måden at forme dette rum på. Og det vil også sige måder at arbejde med at iscenesætte en specialeidentitet på i den daglige interaktion med medicinsk center som repræsenteret ved den akutte modtageafdeling (AMA).

9. HVORDAN EN SPECIALE-IDENTITET FORHANDLEDES I DET DAGLIGE

”Boundary management can help integrate a unit with the outside world, or it can be used to isolate that unit so it can function in an autonomous way.” (Morgan 1997:182).

”Set fra vores side vil vi nok føle, at vi var i stand til at klare os godt alene men med mulighed for at udvikle relationer de steder, hvor vi synes, det er naturligt for os i forhold til hvor vores faglige indsats ligger og skal ligge. Nu kan der godt ske det, at man kan få en lidt forkrampet oplevelse, når man bliver puttet sammen med nogle, som måske ikke er ens yndlingskusiner og fætre, og frem for alt, at man ikke får lov at vælge partnere!” (Interview med overlæge, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

I kapitel 7 vistes, at F1 ’fællesskabet’ italesattes som knyttet an til en reumatologisk, ikke - akut omsorgsidentitet og til et reumatologisk fagligt projekt båret af lægerne. Denne omsorgsidentitet blev italesat som unik i et generelt omsorgsfjendtligt system og fællesskabet blev italesat som anderledes end og i opposition til medicinsk center politik.

Dette skete blandt andet gennem fortællingen om de rigtige og forkerte patienter og brugen af institutionelle kategorier som diagnoser til at klassificere og trække grænser mellem rigtige og forkerte patienter. Der syntes dog at være så megen for-
tolkningsmæssig fleksibilitet omkring sammenhængen mellem diagnoser og be-

handling, pleje og genoptræning, at diagnoser også kunne ses som symbolske kategoriseringsværktøjer (Kreiner & Schultz 1998). Men kategoriseringen af de rigtige patienter som værende reumatologiske og dermed som havende reumatologiske diagnoser var et væsentligt aspekt i deres arbejde med at tildele sig selv en reumatologisk identitet.

Kapitel 8 viste, hvordan dette identitetsarbejde medførte en eksklusion af medarbejderne fra Sankt Elisabeth, der iscenesatte en anden fortælling om afdelingen. En fortælling der handlede om det umulige i at blive en specialiseret reumatologisk afdeling og en fortælling, der handlede om forfald.

I dette kapitel undersøges det, *hvordan dette identitetsarbejde blev gjort i det daglige* i relation til aktanter i det medicinske center som repræsenteret ved AMA i det daglige.

9.1 Patienten som identitetsforhandlingsobjekt

I løbet af feltstudiet var der som vist i kapitel 7 en vedblivende grænsedragning, der fandt sted i forhold til den akutte modtageafdeling på Italiensvej (AMA). Identitetsgrænsearbejdet var således en 'going concern' (Holstein & Gubrium 2000; Hughes 1971). Grænsedragningen blev i kapitel 7 set som hængende sammen med F1 personalets italesættelse af deres egen "kind" og følgelig "difference" (jf. Van Maanen & Barley 1984) repræsenteret her ved relationen til personalet på AMA.

Det, at afdelingen kunne ses som havende et rodekassepræg, at det var en bufferafdeling og at afdelingen havde et opbevaringspræg, fyldte dog samtidig en del i den måde, medarbejderne talte om F1 på som en brik i et system, de kun havde ringe indflydelse på. Denne "buffer fortælling" kunne således ses som en modfortælling til "Det skal blive godt fortællingen". I denne buffer modfortælling var medarbejderne ofre, der havde meget svært ved at blive helte. Modfortællingen rummede således kimen til identitetsmæssig kaos og undergang.

Denne buffer afdeling italesættelse greb således ind i, hvem personalet på F1 selv talte om, at de var. Deres egen italesættelse af, 'hvad F1 er', påvirkedes nemlig på et meget konkret plan af samarbejdet med AMA. Sagt på en anden måde, så var

deres egen ønskede identitet som en primært reumatologisk afdeling med stabile patienter i længere genoptræningsforløb nemlig afhængig af, om AMA sendte dem ”de rigtige” reumatologiske patienter. På denne vis blev konkrete elementer i samarbejdet med AMA en del af deres identitetsarbejde og deres identitetsmæssige grænsepolitik.

Samtidig blev netop spørgsmålet om, hvilke patienter der lå i sengene – om de var reumatologiske eller ej - en måde hvorpå medarbejdere på afdelingen kunne pejle sig ind på, om tingene gik i den rigtige retning og en måde, hvorpå meningen med arbejdet og betingelserne for arbejdet kunne monitoreres. Således udgjorde italesættelsen af, at afdelingen var en ”buffer afdeling” eller en ”skraldespand” et identitetsmæssigt problem, fordi dette ikke var måden de ønskede at se sig selv på. Hvilke patienter der hørte til i afdelingen blev således et symbol på, hvem de var som medarbejdere. Hvilke patienter der hørte til i afdelingen blev samtidig til et væsentligt element i arbejdet med at søge en narrativ validitet om tilstedeværelsen af afdelingen som reumatologisk.

Italesættelsen af F1 som en genoptræningsafdeling var ikke uproblematisk. Det udviklede sig hurtigt til et ’meningsforstyrrende’ problem, at italesættelsen af, hvad de kunne og hvad de ville være, kun delvist passede til, hvad de ’gjorde’ med de patienter, de havde, der ikke nødvendigvis var reumatologiske, og hvilken hast de af medicinsk centerledelse forventedes at udskrive patienterne i. Sengeafdelingen blev helst ikke talt om som en blandet medicinsk afdeling. Der var snarere tale om en reumatologisk afdeling, der godt nok var atypisk, fordi den havde 7 reumatologiske, 7 geriatriske og 6 intern medicinske sengepladser.

”Sengeafdelingen er jo en atypisk reumatologisk afdeling, der ikke har fundet sit ståsted, alene fordi de er sammensat af geriatri og medicin og reumatologi.” (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

For plejepersonalet syntes dette at udgøre et statusmæssigt problem. Og det at se sig selv som specialiseret syntes at udgøre en magtbase (Borum 1976; Borum 1995a), der var med til at gøre arbejdet meningsfuldt.

”Personalet føler sig nedgjort, når de skal tage imod patienter, andre ikke vil have fx N1 [apopleksiafdelingen] men også geriaterne. De vil også gerne være en specialafdeling og ikke en skraldespand.” (Samtale med oversygeplejersken, juli 2002).

“Det øjeblik de fik deres egne læger dernede, kom der ro på. Nu var de noget”. (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

At der i det specialiserede ikke blot var tale om en identitetsressource men også om en magtbase – og dermed noget der gav rum - blev understreget i det paradoks, at der på den ene side blev talt meget om vigtigheden af at være specialiseret – den status som noget særligt der følger hermed og på den anden side var det meget andre slags emner, der fyldte i arbejdet med patienterne. Her taltes der ofte om det givende i at varetage mere brede funktioner med eksempelvis personlig pleje og tage hånd om døende og patienter med komplekse problemer. Selv om det reumatologiske til tider omtaltes som meget betydningsfuldt i relation til F1 – var der også eksempler, hvor det modsatte var tilfældet. Hvor udtrykket var, at bare normeringen passede til patienterne, så var det okay. Bare de ikke fik for mange apopleksipatienter.

”Har vi fire apopleksipatienter, gør det mig noget, for vi er ikke normeret til den slags patienter. Men selvfølgelig kommer de, så skal vi pleje og passe dem, det kan vi jo ikke nægte. Men det er klart, vi vil hellere ha’ dem, vi skal ha’.” (Interview med sygehjælper, tidl. Sønderbro, februar 2000).

Hvor vigtig den narrative validitet om afdelingen som reumatologisk var, syntes således at afhænge af situationen. Klinikchefen udtrykte sin version af vigtigheden for plejepersonalet i, at patienterne var reumatologiske, på følgende måde:

”De er generalister. De føler sig ikke som reumatologer. Det er snarere noget med patienternes tarv, de interesserer sig for. Og at der er en god tværfaglig kommunikation, at de føler sig hørt af os.” (Samtale med klinikchef, juli 2002).

Ud fra klinikchefens perspektiv gjorde det ikke nogen forskel for personalet, hvilke patienter der lå i sengene for deres faglige interesse heri syntes at være minimal. Omvendt var lægernes interesse heri ikke minimal, fordi behandlingen af patienter var en central del af udviklingen af deres reumatologiske kompetencer og vedligeholdelse af disse *learning by doing – losing by not doing*. De andre læger gav heller ikke udtryk for, at sygeplejerskerne, som de gik stuegang med, var sær-

lig specialiserede. De syntes ofte, at de vidste for lidt om patienterne og for lidt om deres sygdomme:

”Klinisk erfaring, konkret viden om anatomi, fysiologi, indsigt i sygdomme. Det er ingen hemmelighed. Det nytter ikke noget man har sygeplejersker der ikke kan læse en journal, at de mest basale begreber, som vi alle bruger har de ikke kendskab til. Og det har de ikke fordi de i en lang årrække har haft en anden fagpolitisk holdning til, hvordan opgaverne skal løses på et hospital, hvordan det skal prioriteres. Jeg mener, at den nye sygeplejerskeuddannelse, der kom for en del år tilbage nedprioriterede paratviden inden for det anatomiske og lagde op til et større selvstudie blandt sygeplejerskerne på andre områder, som vi reelt ikke har brug for i den daglige stuegang, men som de garanteret har brug for i nogle andre situationer. Men det går ud over deres paratviden om sygdomme. Det er der masser af eksempler på.” (Interview med læge, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Oversygeplejersken mente heller ikke, at de var dybt fagligt specialiserede. Hun mente, at kollegerne var det vigtigste for personalet:

”Det er ligegyldigt, hvilke patienter der ligger i sengene. Kollegerne er vigtigere”.

Men selv ønskede hun, at det hovedsagelig skulle være reumatologiske patienter og også gerne ortopædkirurgiske genoptræningspatienter, som de havde haft på Kommunehospitalet. Afdelingssygeplejersken syntes ikke, det var så vigtigt, hvad der officielt stod på de der senge:

”Jeg synes, det er vigtigt, at afdelingen har et klart mål, et klart sigte. Det er specielt i forhold til personalet. Jeg tror, det ville være meget svært at rekruttere personale til en afdeling, hvor du ikke har et klart sigte. At vi så har en reumatologisk afdeling med 20 pladser, hvor de 10 af pladserne er belagt med alt muligt andet – skidt med det. Sådan er det på alle afdelingerne. Lungemedicinsk afdeling har nogle lungepatienter, selvfølgelig har de det, men de har også alt muligt andet. Og det tror jeg er rigtig svært at undgå i medicinske afdelinger, fordi folk kan blive indlagt med én diagnose, og så når der er gået 2 dage, så har de en anden, og vi skal ikke køre rundt i systemet med patienterne, så de kommer til at passe til systemet. Altså patienterne de skal ind og have den bedst mu-

lige behandling, men ikke køres rundt med fra afdeling til afdeling, selv om vi så kalder det et eller andet specielt". (Interview afdelingssygeplejersken, tidl. Sønderbro, januar 2000).

Specialeidentiteten syntes således også at være et spørgsmål om at iscenesætte og afpatuljere grænser, således at afdelingens personale fik et meningsfuldt rum, de kunne forholde sig til og opleve som deres eget.

I dette kapitel analyseres konkrete nedslagspunkter i dette identitetsarbejde. Det vises således, hvordan det vi ofte kalder 'kulturforskelle' produceredes i den daglige praksis som led i visitation og beslutninger om indlæggelseslængde. Det vises, hvordan disse processer var forbundet med spørgsmål om kontrol og autonomi. Det vil sige afhængighed og uafhængighed af det medicinske center.

Professionerne er traditionelt blevet anset for at adskille sig fra andre faggrupper ved i højere grad at have kontrol over det arbejdsområde, de gør krav på (Jespersen 2005b:63). I Van Maanen og Barleys perspektiv handler udviklingen af kulturer heller ikke kun om behovet for sensemaking, men også i høj grad om behovet for autonomi og kontrol over eget arbejde i organisationer. Det er et grundelement i Van Maanen og Barley's perspektiv, at se udviklingen af kulturer som hængende sammen med det politiske liv i organisationer og herunder kampe om kontrol over arbejdet. Kontrol over arbejdsprocesser ses således som et fundamentalt ledelsesproblem i organisationer. Og ønsket om kontrol over eget arbejde ses som den primære motivation for at udvikle kulturer i organisationer.

"In the ideal, only the members dictate how their labor is to be organized." (Van Mannen & Barley 1984:309).

Van Maanen og Barley mener, at det forholder sig sådan, at jo mere kontrol over eget arbejde et arbejdsfællesskab har, jo mere distinkt og stabilt vil fællesskabets kultur være (Van Maanen & Barley 1984:315). Det der kendetegner en profession er i tråd hermed den relative autonomi den er i stand til at omgive sig med (Van Maanen & Barley 1984:287). Van Maanen og Barleys perspektiv udgør i denne forstand et alternativ til management perspektiver på organisationer, hvor det primært handler om, at en ledelse sætter målene og forventer, at alle arbejder i den af ledelsen ønskede retning:

"From an administrative standpoint, "deviance" among organizational members is defined in terms of exceptions to management expectations.

The sources of such deviance are typically ignored or muted since administrative solutions are sought in terms of correcting the “system” so that expectations can be met.” (Van Maanen & Barley 1984:290).

Denne ’motivator’ var genkendelig i forhold til studiet af F1 og kan bidrage til forståelsen af den kamp for at definere arbejdsbetingelserne, som afdelingen havde i relation til den medicinske centerledelse og AMA. Når afhængigheden af det medicinske center var på tale, var det ofte som noget problematisk. I relationer hvor ressource- og beslutningsafhængigheden i forhold til centret trådte frem blev der ofte i Reumatologisk Klinik eller sengeafdelings regi givet udtryk for et ønske om øget selvstændighed.

I den reumatologiske klinik og på sengeafdeling F1 medførte fortolkningen af autoritetsrelationen, at der var tale om en underordning i forhold til det medicinske center. Det var ikke en sideordnet klinik men en underordnet klinik. Der kunne forhandles om beslutninger og ideer, men den officielle og legitime beslutningskompetence lå hos centerledelsen. Dette ansås i den reumatologiske klinik for at være en stor kilde til irritation men samtidig også som værende en del af de gældende ’spilleregler’. Den organisatoriske sammenkobling havde derudover også en betydning for kontrollen over arbejdet qua den arbejdsmæssige afhængighed. Kampen om at definere meningen med arbejdet var således en del af det daglige sammenfletningsmønster med den akutte modtageafdeling (AMA).

Finn Borum (Borum 1976; Borum 1995a) skelner mellem to typer af bindinger i spørgsmålet, hvor megen autonomi en gruppe besidder 1) *autoritetsrelationen*, hvor den enkelte efterhånden udvikler forestillinger om hvordan systemet fungerer. Hvem er overordnede og dermed placeret i en organisatorisk position, der gør det legitimt at bestemme over ens handlinger og 2) *den arbejdsmæssige afhængighed*. Er der eksempelvis en funktionel arbejdsmæssig sammenknytning? (Borum 1976:106). I relationen til den medicinske centerledelse var der begge typer af afhængighed tilstede. Afhængigheden var samtidig under løbende konstruktion og til løbende afprøvning. Dette kom blandt andet til syne i forhandlingen og kampen om visitationen og i forhandlingen og kampen om indlæggelseslængder.

Forhandling kan have mange dimensioner. I en enhver samtale er der i Gergens analytiske optik et element af forhandling om mening. At kommunikere er at blive bevilget mening fra andre (Gergen 1997). Forhandlinger kan foregå åbent eller skjult (Strauss 2001:198), føre til formelle eller uformelle aftaler (Strauss et al.

1997:267). At forhandle er at arbejde (Strauss et. al 1997:267) og dermed en central del af, hvad der dagligt foregår i organisationer.

9.2 Kampen om visitationen

”Når geriaterne kommer, så skal vi være patient frie i nogle dage. Så vender bøtten. Så skal vi indrette afdelingen sammen. Vi er en stærk gruppe, som nok på AMA skal sørge for at få visiteret de rigtige patienter lige så stille.” (Oversygeplejersken, observationsdata, personalemøde maj 1999).

Næsten alle medicinske patienter på Amager Hospital blev indlagt via AMA. Det betød blandt andet, at patienter blev visiteret fra AMA til de andre klinikker i medicinsk center, heriblandt til den reumatologiske kliniks sengeafsnit F1. Nogle af henvisningerne blev foretaget af de reumatologiske læger, såfremt de var til stede ved AMAs morgentavlemøde (eller førte tilsyn med patienter på AMA). Hovedparten af henvisninger skete dog over telefonen direkte fra AMAs oversygeplejerske til afdelingssygeplejersken på F1.

AMA og F1 var således organisatorisk afhængige af hinanden forstået på den måde, at det var AMA, der leverede og ikke mindst udvalgte patienterne til F1, og omvendt var det afdelinger som F1, der aftog de patienter, AMA havde brug for at komme af med for at få plads til de nyankomne patienter. Dette betød, at patientens gang i systemet bandt de to sengeafdelinger sammen i en slags ufrivillig gensidig afhængighed. Set fra F1 og den reumatologiske kliniks perspektiv var det AMA, der havde en irriterende stor indflydelse på, hvilke patienter der blev sendt ind over F1s grænser, og på hvilke tidspunkter de blev sendt. Set fra AMAs perspektiv var det irriterende, at afdelingerne på Hans Bogbinders Alle – herunder F1 ikke gerne tog imod de patienter, de gerne ville af med.

På AMA sagde de om patienterne, de sendte til F1:

”De får meget causa soc. patienter. Dehydratio eller fald i hjemmet eller regulær causa soc. – desværre. Og så får de mange pheonomi [lungebetændelse]. Men vi har jo tavlemøderne, hvor overlægerne fra både N [apopleksikliniken] og F1, de kan jo visitere selv og trække dem fra de

gerne vil. Hvis vi har deres speciale, sender vi dem selvfølgelig derover. Vi har jo masser af de der apopleksier, men N1 har jo slet ikke plads til dem alle sammen. Dem sender vi så også til F1 og ud af huset. Men vi prøver at bestræbe os på at sende dem deres specialer, men det er ikke altid, det lykkes. Men vi sender ingen komplicerede. Det får de ikke.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

Der var på F1 en opfattelse af, at plejepersonalet på AMA måtte leve under et meget stort arbejdspress⁷⁷ og dertil at AMAs måde at visiterer patienter til F1 på ikke var præget af tilstrækkelig respekt for de arbejdsvilkår, der var på F1. Her følte medarbejderne ofte, at de blev brugt som ”skraldespand for svært anbringelige patienter”.

”Vi har sådan en konkurrence. Det er os der visiterer patienter herfra. Men vi har meget svært ved at få visiteret patienter derhen, for de tager dem ikke. Og selvom vi har dem liggende her både 4 og 5 på gangene – og vi kan jo ikke have fuldt hus hele tiden, for vi skal jo passe de nye patienter hele tiden, så vil de ikke have så mange som en i overbelægning derovre. Det er specielt N1, der er grove ved det. Og det har de på en eller anden måde fået forhandlet igennem. At de må godt sige nej til patienter, hvis de skal ligge på gangene. Og det gør da, at man – og det gør jeg også selv - bliver frygteligt irriteret på dem. Men de har jo ikke læger i vagten derovre, så vi kan jo ikke sende nogle komplicerede patienter. Det kan vi jo ikke, når der ingen læger er mellem kl. 15 og 7. Så på den måde er det også blevet en magtkamp mellem dem og os. Som

⁷⁷ Medarbejderne på AMA italesatte sig også selv som havende et stort arbejdspress: ”Det der holistiske menneskesyn - det ryger lige i svinget.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000). ”Jeg synes altid, jeg er gruppeleder eller også har jeg altid nattevagter og der har du ikke den store kontakt med patienterne. Jeg savner ikke, at de [patienterne] skal blive liggende her i 100 år - at man skal lave et eller andet forløb, men det er mere noget med, at man ikke bare klasker en klud i hovedet på fru Hansen, fordi man har faktisk ikke tid - og så skifter bleen. Og mere har man ikke tid til og det sker alt for tit herovre. Og det er utilfredsstillende. Da vil jeg sige, at da bliver de plejet ovre på den anden side. Det bliver de altså ikke her. Så må man håbe, at de bliver det på de stationære afsnit, når de bliver sendt videre. Hvis man ikke bare er hård og sender dem hjem.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000). ”Der kan også være dage hvor vi ikke laver noget særligt men som regel har vi et stort flow. Man kan starte om morgenen med at have 8 eller 10 patienter som hedder det og det og så om eftermiddagen er der 10 andre, som du ikke aner hvem er. For du har ikke selv været med til at modtage dem og du har bare fået kardeks - værsgod! Det er bare et navn - mange af dem. Specielt i dagvagten. I nattevagten hvor du ofte har noget mere tid, da går du jo ikke ind og konverserer med dem, når de sover.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

man oven i købet er hoppet lidt med på selv, selvom man engang var ovre på den anden side. Det, jeg tror, kunne være sundt, var om HBA⁷⁸ og Italiensvej Iså hinandens steder og afdelinger an. Så havde de måske lidt forståelse for, hvorfor vi ringer og kimer dem ned og så kunne vi måske få lidt mere forståelse for, hvorfor de ikke kunne tage flere.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

Relationen mellem F1 og AMA, som den udspillede sig omkring visitation, kunne således anskues som en konflikt, hvor parterne snævert set oplevede at have modsatte interesser. Dette producerede en fornemmelse af, at der er en negativ interdependens i forholdet. Håndteringen af placering af patienterne repræsenterede dermed et dilemma, hvor oplevelsen var, at den ene part kun kunne ”få noget” på bekostning af den anden.

En sådan visitation fandt dagligt sted ved AMAs morgentavlemøde. Dette tavlemøde kunne ses som en forhandlingsarena, hvor specialister fra de forskellige klinikken diskuterede og forhandlede sig frem til hvilke patienter, og dermed diagnoser, der hørte til hvor, og hvem der burde sendes hjem. Den lægefaglige viden var dermed væsentlig i magten til at definere, hvem der hørte til hvor. Lægerne gav udtryk for, at de havde det ambivalent med tavlemøderne på AMA, hvor visitationen blandt andet fandt sted.

”Tavlemøder på AMA har jeg et ambivalent forhold til. De foregår ikke på lægeligt særlig højt niveau. Ingen ved, hvad der foregik inde i den seng. Det er overfladisk. Hele mentaliteten er ud, ud, ud. Man skal af med problemer. Man løser dem ikke. Intet detektivarbejde. Ikke lægefagligt interessant. Samtidig er det drøn-effektivt”. (Samtale med klinikchefen, juli 1999).

”Det, vi ser til hverdag derovre [på AMA], er, at det ikke holder. Men intentionerne kan jo godt holde og man kan også godt stræbe mod det. Jeg synes da, at det har været meget interessant at opleve de tanker forsøgt iværksat – og på nogle punkter er de stormfyldte, men jeg mener, at det på nogle punkter har gavnet forløbet for en del patienter.” (Interview med overlæge, januar 2000).

⁷⁸ HBA var medarbejderne fra Sankt Elisabeths dagligdags betegnelse for Hans Bogbinders Allé, der i denne sammenhæng ville sige: det tidligere Sankt Elisabeth Hospital på Hans Bogbinders Allé.

”På AMA lever og ånder de for tavlemøder. De ved slet ikke hvordan patienterne ser ud – kun på tavlen”. (Observationsdata juli 1999).

9.2.1 Stabile patienter – inden for dagarbejdstiden

De rigtige patienter på F1 ansås ud over at være reumatologiske også for at være patienter, der var stabile. Og samtidig patienter, der ankom i dagarbejdstiden. Det, at der ikke var lægelig bemanning efter kl. ca. 16, og normeringen blev italesat som årsager til at F1 ikke ønskede at modtage patienter i aften- og nattevagter, samt i weekenden hvor de var færre på arbejde. For AMA blev der tale om en irriterende begrænsning, der passede dårligt ind i AMAs arbejdsbetingelser og rytmer. Her kom patienterne jo døgnet rundt og også i weekenderne. Dette forhold var derfor løbende til forhandling og afprøvning. Personalet på F1 havde et ønske om entydighed, men en oplevelse af flertydighed.

Inspireret af Molin kan relationen til AMA ses som håndteret ved privilegeringen af parametre som udtryk for en iscenesættelse og iagttagelse af konkrete, for systemet væsentlige, pejlemærker (Molin 2002), såsom: Hvornår på døgnet patienter ankom til F1, i hvilken tilstand patienter ankom til F1 (stabil eller ikke-stabil). Der fokuseredes således meget på fortolkning af aftaler og brud herpå, når disse pejlemærker blev overtrådt ved kritiske hændelser, såsom at en ikke stabil patient overførtes til F1.

Sådanne brud medførte krisestemning og forsøg på at genetablere den tabte orden. Det forventedes således, at oversygeplejersken tog sådanne hændelser op med relevante personer i omgivelserrelationen, således at afdelingens fortolkning af korrekt adfærd fra omgivelsernes side kunne opretholdes. Medarbejdere bekræftede derudover hinanden i, at der var tale om brud ved at fortælle om hændelsen. Fortællinger om kritiske hændelser, hvor AMA ikke levede op til de aftaler, der mentes at være gældende, fyldte således en del. Der fortaltes historier om, hvordan patienter der ikke var stabile blev sendt til F1. Der fortaltes historier om, hvordan enkelte patienter blev sendt frem og tilbage. Endelig diskuteredes det jævnlige, hvornår patienter måtte ankomme fra AMA.

Afdelingssygeplejersken fortæller oversygeplejersken, at de i går eftermiddags fik en 51 årig mand ind med blodprop i hjernen, der ikke var

stabiliseret – han var ved at dø mellem hænderne på dem.” (Observationsdata, september 1999).

”Det betyder så, at vi sender patienter over [tilbage til AMA], som vi mener er ustabile, men de tager ikke gerne imod. Kan I virkelig ikke klare dem? er holdningen. Og så sender de dem tilbage et døgn efter. Det virker, som om de mener, vi her på F1 er nogle idioter, der ikke kan finde ud af noget.” (Observationsdata, januar 2000).

Fortællingerne om brud gav således dels næring til buffer modfortællingen og var med til at destabilisere fortællingen om den reumatologiske identitet. Dels blev opretholdelsen af, at der var tale om brud og overskridelsen af en grænse samtidig en måde at opretholde fortællingen om, at der var en grænse at fastholde og ikke blot kaos. Den narrative validitet om et reumatologisk fællesskab prøvedes på den vis løbende af.

”Stemningen har været rigtig dårlig lige siden starten af året. Nu er de pludselig ikke glade for at arbejde her. Det gik ellers så godt sidste sommer”. Oversygeplejersken ser lidt træt ud. ”Der var en kæmpe sag, der har været med til at ødelægge stemningen, hvor Else [afdelingssygeplejersken] og en af sygeplejerskerne endte med at skrive brev til Sundhedsministeren, HS og Sundhedsstyrelsen med kopi til hospitalsdirektionen og centerledelsen. Det handlede om en dement patient. Else deponerede sin opsigelse hos mig [oversygeplejersken]. Centerchefsyrgeplejersken sagde til mig: Så lad hende rejse. Men Ulrik [den reumatologisk klinikchef] talte med centerchefen og jeg talte med centerchefsyrgeplejersken, som lovede, at patienten ikke ville komme tilbage. Alligevel blev patienten meldt af oversygeplejersken på AMA – efter direkte ordre fra centerchefen. Else sagde, hun ville rejse, hvis han kom. De kunne ikke passe ham. Han var voldelig. Men det gjorde han. Næste gang går Else, siger hun selv”. (Samtale med oversygeplejersken, april 2002).

Bagsiden af begrænsningerne i måden at forholde sig til hinanden på førte blandt andet til manglende interesse for F1 fra AMAs side som andet end aftager af patienter. Holdningen var, at det bare var ovre på Hans Bogbinders Alle og at ”*Det er geriatrisk*”.

”Jeg synes, man herovre mangler indsigt i, hvordan HBA [Hans Bogbinders Alle] ser ud, og hvordan faciliteterne er, hvad det er vi sender patienterne over til. Det er ligesom, det er folk ligeglade med. Det er bare en dum kasse, der ligger derovre. Det er synd, for det er et smukt hospital, men det kommer i anden række. Vi bruger også Sundby Hospitals papirer endnu. Det er sådan lidt derovre på HBA og nu selvom de er mere specialiserede, så er de nedprioriterede med ingen vagt efter kl.15. Når der skal skæres, så er det der. Jeg kan mærke en ligegyldighed overfor, hvad der sker ovre på den anden side af vejen. Det er bare et sted, vi kan sende vores patienter hen til at løse problemer, de er specialister i derovre. De er ikke en del af Amager Hospital på samme måde. Det er de ikke.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

Dette var en måde at tale om de medicinske funktioner på det tidligere Sankt Elisabeth Hospital, som medarbejderne fra den tidligere afdeling på Sankt Elisabeth dels delte med de andre medarbejdere på AMA, dels talte de samtidig om, at de var ærgerlige over den nedvurdering af deres eget tidligere arbejdssted, de oplevede, at der lå heri. En ærgrelse der således kunne ses som hængende sammen med deres ”sorteper i fusionsspillet forfaldfortælling”. Blandt medarbejderne på afdeling F1 på Hans Bogbinders Alle var der omvendt en manglende interesse for AMA, hvad angik andet end AMAs overholdelse og overtrædelse af pejlemærkerne.

9.3 Kampen om indlæggelseslængde

”What counts as work is a matter of definition.” (Star & Strauss 1999:9).

”Det lyder jo godt, og når du et stykke tid har været i systemet, så vænner man sig til, at det lyder godt, men det er praktisk uladsiggørligt. Og så må vi forsøge at gøre det på den bedste måde, men at få pisket folk igennem alle de undersøgelser på 1-2 dage det kan man simpelthen ikke. Jeg har ikke prøvet det, men jeg vil tro, at hvis centerledelsen kommer og hiver en journal frem ved en patient og går konkret ned omkring den enkelte patient og spørger: Hvorfor er den stribe undersøgelser, som I

har strakt ud over 14 dage, hvorfor er det ikke sket på 3 dage? – og vi så begynder at svare på det og fortæller, hvordan verden ser ud i virkeligheden, så vil de sagtens kunne se det og acceptere det, men de er lidt fjernet fra realiteterne, synes jeg.” (Interview med afdelingssygeplejersken, tidl. Sønderbro, januar 2000).

Indlæggelseslængde var et andet område, hvor uafhængighedsgraden forhandlede og udkæmpedes. Når patienten overførtes fra AMA til F1 var der som udgangspunkt tilknyttet en diagnose til patienten. Patienter der indlagdes i det medicinske center klassificeredes i henhold til et klassifikationssystem, der muliggjorde patientens videre interaktion med 'systemet'. Nogle patienter fik stillet en diagnose, andre fik stillet en hoveddiagnose samt en eller flere bidiagnoser. Diagnosen 'gjorde noget' for patienten, idet behandling muliggjordes ud fra diagnosen. Diagnosen 'gjorde noget' for systemet gennem de DRG point, der knyttede sig hertil. Omvendt gjorde diagnosen samtidig, at patientens relation til systemet reificeredes til at omhandle diagnosen og de behandlings, og plejeformer, der knyttede sig hertil. Der var således foregået et klassifikationsarbejde forud for indlæggelsen på F1. Denne diagnose kunne ses som et grænseobjekt (Bowker & Star 1999) forstået på den måde, at diagnosen havde fælles betydninger på tværs af afdelinger og dermed i en vis udstrækning en konstant form, samtidig med at diagnoser indeholdt så megen plasticitet, at de alligevel kunne have varierende betydninger i forskellige dele af organisationen (jf. Bowker & Star 1999:16). Selve planen for indlæggelsesforløbet, terapeut- og plejeopgaver var således ikke defineret på forhånd. Dette gav et fortolkningsrum, som muliggjorde, at medarbejdere tilknyttet F1 kunne tilskrive et indlæggelsesforløb en lokal mening. Indlæggelseslængde var en væsentlig del af denne mening.

I januar 2000 var afdelingens gennemsnitlige indlæggelseslængde stadig over det af medicinsk centerledelse forventede gennemsnit. Ifølge oversygeplejersken hang dette dels sammen med, at mange af de tunge medicinske patienter, der visiteredes til afdelingen typisk lå længere i sengene, dels hang det sammen med at de havde muligheden for at tilbyde patienterne genoptræning på afdelingen:

”Vi har fysioterapeuter på afdelingen. Vi har træningssalen og faciliteter dernede, det gør jo også, at det bliver et lidt mere langvarigt forløb, for hvis de ikke var der, så ville man måske ikke tænke i de baner, så ville man udskrive. Også det at vi ikke har en ambulant virksomhed. Vi er ikke bemandede til at tage folk ind til ambulant træning, det gør, at de ligger

lidt længere.” (Interview med oversygeplejerske, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Samtidig italesattes fra begyndelsen af et pres fra centerledelsen ”de punker os for, at vi har for lange indlæggelser” (Den afgående afdelingssygeplejerske, personalemøde, observationsdata, maj 1999). Der taltes ikke om, hvorvidt indlæggelsestiden kunne forkortes ved, at arbejdet organiseredes anderledes eller gennem øget planlægning. Oversygeplejersken talte indimellem om, at plejepersonalet var dårlige til at prioritere deres tid (samtaler). Lægerne var ind imellem irriterede over, at sygeplejerskerne ikke læste journalen og var dårligt orienterede om patienterne (interview med læge, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000). Dette blev dog ikke taget op til diskussion på afdelingen. Oversygeplejersken gav udtryk af at gennemføre forhandlinger med centerchefsygeplejersken, om hvad plejeopgaven består i ”*de skal ikke udskrives, når de kan stå*”. Denne bemærkning førte tilbage til tidligere diskussioner, der blev igangsat ved introduktionstemadagen, hvor to synspunkter kom til udtryk. Centerchefsygeplejersken repræsenterede synspunktet om, at patienter skulle udskrives lige så snart de kunne stå. Den reumatologiske oversygeplejerske derimod synspunktet, at det først var, når de kunne stå, at genoptræning rigtig kunne tage form (jf. den etnografiske intro i kapitel 7). Der var altså tale om to væsentligt forskellige perspektiver på patientplejen. Disse perspektiver koordineredes dels ved forhandlinger i form af løbende samtaler med nøglepersoner såsom centerledelsen og nøglepersoner på AMA, der jo visiterede patienter til F1. Dels ved løbende at prøve perspektiverne af over for hinanden. En sådan afprøvning fandt fx sted, når repræsentanter for den reumatologiske klinik var med til at visitere patienter fra AMA til de andre klinikker.

Konsekvenserne af presset for korte indlæggelser taltes frem som udelukkende at være patientrelaterede. ”*Jeg synes, det er synd*”, ”*Nogle gange går der koks i det med hjemmepleje og hjemmehjælp*”, ”*Der er en grund til at Amager Hospital er udråbt til Danmarks dårligste i Ekstra Bladet*”. Der blev også fortalt fortællinger om patienter, der blev sendt hjem, men hvor de ”vidste”, at de ville blive indlagt igen kort tid efter. Genindlæggelser blev italesat som noget rod og som uacceptabelt over for de patienter, der igen skulle ind og ud. Liggetider blev dermed italesat som et pejlemærke for ansvar for patientens tarv og omsorg. Og presset for at udskrive repræsenterede derfor en trussel mod de opfattede betingelser for omsorg for patientens tarv.

”Vi tager patienten på gulvet, hvis der er 2½ måneds ventetid for videre genoptræning på daghospitalet og for genoptræning i Kommunen, hvis vi heller ikke kan her.” (Observationsdata, september 1999).

”Hvis de øvrige samarbejdspartnere, primærkommunen, primærlæge, primær Sundhedsplejerske osv. fungerer optimalt, så turde man måske også udskrive lidt flere patienter i en ringere tilstand, fordi man vidste, de kunne genvinde deres tabte funktion i hjemmet. Men da vi godt ved, at virkeligheden er noget andet, så kan man ind imellem godt være nervøs ved at udskrive dem. Og da holder man dem måske i lidt for lang tid i specialafdelingen. Det gør man af hensyn til patienten. Og det er jo også det, der er det vigtigste. Hvis man skulle få andre til at løse den opgave, man selv gerne ville løse, så kræver det, at man har tillid til, at den øvrige del af systemet fungerer. Hvis man ikke har det, så vælger man at løse det selv. Og det vil sige at holde patienterne i et par dage ekstra - eller tre uger ekstra. Det er der mange eksempler på.” (Interview med læge, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Kampen om indlæggelseslængde retfærdiggjordes på afdelingen gennem italesættelsen af et ”*moralsk kodeks*”.

”Vi har en patient, som egentlig skulle plejehjemsindstilles, men visitationen var der på et tidspunkt, hvor han faktisk var ret dårlig og hvor vi kunne ikke sige - altså han kunne være død i morgen, han kunne også dø om en uge. Han kunne også dø i ambulancen på vej til plejehjemmet, og hvor jeg så snakkede med visitationen og aftalte med dem, at vi ser det lige an i en uge og så ville jeg så ringe til dem og sige, hvad vi havde besluttet. Så ringede jeg og sagde, at vi havde besluttet, at den patient var hospitalsplejepatient og så sagde hende på visitationen, at det var første gang, hun nogen sinde havde oplevet en hospitalsafdeling ringe og sige sådan. Så sagde hun: ”Har I en moralkodeks?” og så sagde jeg: ”Ja det har vi!” Og det synes jeg er vigtigt, at vi tænker på etik og moral. Vi skal ikke indstille en patient til plejehjem og sende ham i en ambulance til et plejehjem, hvor han dør efter to dage, måske endda risikerer at dø i ambulancen derud. Det vil jeg ikke være med til overhovedet. Så må det koste liggedage og så tager vi de øretæver, det giver. Hvis ikke de er tilfredse med det, vi gør, så må de fyre os. Og det gør de jo ikke –

heldigvis.” (Interview med afdelingssygeplejersken, tidl. Sønderbro, januar 2000).

Der italesattes i tråd hermed et engagement i forhold til patientarbejdet. Samt en holdning om, at patientarbejdet skulle udføres ordentligt, også selv om tiden ikke altid var til det:

”Så prøver vi at nå det, og så slider man faktisk sig selv op. For vi vil nå det, man har sat sig for. De skal være pæne og det skal være færdigt. Og de skal også nå at træne.” (Interview med social og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

”Hvis de [patienterne] sidder i vand ud til kanterne, så tager man sig af det. Man går ikke bare. Det synes jeg er et positivt træk, men jeg kan godt se på flowet, at det er da hårdt for dem, der går i det. (Interview med ergoterapeut, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Den identitet de som plejepersonale tildelte sig selv på afdelingen kan i denne forstand ses som ’kompensatorisk’ (jf. Andersen 2005:158). Det vil sige, at de som plejepersonale konstruerede deres legitimitet gennem at kompensere for det patienterne ikke kunne få i andre dele af ’systemet’. Lægerne tog del i samme tale om, at det handlede om, at en patient genvandt så meget af sin tabte funktion som muligt gennem genoptræning og at hjemmeplejen, patienten og patientens hjem skulle være klar til en udskrivelse – ved at der ”*spændes et sikkerhedsnet ud under patienten*”, så at udskrivelse kunne foregå trygt. Konkret blev der dog for den stuegangsgående læge tale om en afvejning af hensyn, der til tider kunne opfattes som modsatrettede:

”Lægen der går stuegang, der skal udskrive så hurtigt som muligt, men stadigvæk med faglig korrekthed. Det er ikke altid kombinationen lykkes. Og hvis man så vælger at gå efter det faglige, koster det på liggetiderne og så ved man godt, at man ikke imødekommer ledelsens ønsker og ledelsen det er så både lokalt og centerside. Så indirekte ligger der et pres hver eneste gang, vi møder en patient.” (Interview med læge, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Presset om korte og effektive indlæggelser var således helt ude i det udførende led. Samtidig blev det ofte en stor opgave at gå ind i patientens problemer, fordi dette i nogle tilfælde medførte, at det i et vist omfang blev afdelingens opgave at

kompensere for en svigtende omverden. Omverdenen taltes ofte om som svigtende og uforudsigelig. Svigtende i forhold til patientbehandlingen i form af fx videre genoptræning efter udskrivelse, svigtende og uforudsigelig i forhold til, hvilke informationer man kunne stole på. Der var således en udbredt fornemmelse for, at andre dele af det medicinske center og hospitalet generelt ikke nødvendigvis ville afdeling F1 det bedste. Forventningen var, at der var en manglende forståelse for værdien af deres arbejde på F1. De talte om sig selv som udførende et godt stykke arbejde men som undervurderede af andre.

For de to yngre læger var der tale om en løbende overvejelse om, hvad man fx som læge skulle gå ind i:

”De mennesker der ligger indlagt har ofte så mange problemer at hvis du virkelig vil så kunne du ansætte ti læger og du ville stadigvæk have nogle ting, der skulle løses, fordi det er jo ikke bare en pheomeni [lungebetændelse], der behandles med penicillin. De har også nogle boligændringer, de har også et alkoholproblem. Og hvor mange timer skal man bruge på at løse et alkoholproblem?, hvor mange timer skal man bruge på at holde en patient i hånden for at give en tryk udskrivelse? Hvor mange timer skal man sidde med en terminal cancerpatient for, at han kan dø trygt?!”. (Interview m. læge, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

”Det er det med at kigge på antallet af sider på terningen. Jeg kan også gå en hurtig stuegang, hvis jeg kun vælger at kigge på den side af terningen, som præsenterer sig ved indlæggelsen [hvor der] er spotlight på lige præcis den del af terningen. Og når man så bruger lidt mere tid på patienten, så er der nogle andre ting.” (Interview m. læge, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

En konsekvens af, at særligt de to yngre læger kiggede på flere sider af terningen, var ifølge disse læger, at stuegangen ofte kom til at trække ud. Dette blev af sygeplejerskerne ikke italesat som omsorgsfuldt over for patienterne, men i stedet som irriterende i forhold til, hvad de skulle nå efter stuegangen. Når lægen først blev sent færdig med stuegangen, kom sygeplejersken først sent i gang med at effektuere hans eventuelle beslutninger, og lægesekretæren kom først sent i gang med at skrive i journalerne, efter det han havde dikteret. Lægerne italesattes her (når læ-

gerne ikke var tilstede) dels som nogle snøvl, dels som nogle der havde svært ved at træffe beslutninger selv.

”De yngre læger skal altid sørge for at deres handlinger kan retfærdiggøres, hvis en af overlægerne spørger. Derfor tager det [stuegang] længere tid for dem. Det skal nok blive godt nu, hvor overlægerne skal gå mere fast i stuegang på afdelingen, da de andre er i vagt.” (Sygeplejerske, observationsdata januar 2000).

Lægerne italesatte omvendt sygeplejerskerne (ikke når sygeplejerskerne eller andet plejepersonale var tilstede) som en del af årsagen til at stuegangen trak ud.

”Hvis man siger, nu går man stuegang i blå gruppe på det og det tidspunkt, så kan de godt ugen efter sige jamen bemanningen har gjort, at vi må bytte rundt. Og så kan sygeplejerskerne i tre skifte vagt ofte medføre, at man møder med en sygeplejerske, der siger, jamen jeg har ikke været her i de sidste tre dage og kender ikke patienterne så godt. Eller de kommer med en bemærkning om, at de har først mødt klokken ni og så ikke har sat sig ind i journalerne. Det er noget, der kan irritere mig grusomt. [...] det er ens for alle personalegrupper. Jeg har heller ikke været her i tre dage. [...] I mandags var de første bemærkninger, jeg blev mødt med, at nu havde de skrevet en seddel til mig, fordi de ikke havde tid til at gå stuegang med mig. Så siger jeg hvor mange sygeplejersker er I i alt? To. Hvor mange plejer I at være? Tre, men hvad er problemet, jamen der er to eller tre sygemeldinger blandt de øvrige personalegrupper. Dvs. at en sygemelding fra en sosu-assistent eller en sygehjælper kan flytte så meget, at en sygeplejerske ikke længere har mulighed for at afsætte tid til stuegang med lægen med det resultat, at lægen skal gå den selv. Der er ingen besparelse i det, for lægen skal alligevel tilbage og have fat i sygeplejersken for at få uddybet problemstillingen eller referere, hvad beslutningen ved stuegangen blev. Det er sådan nogle ting hvor jeg synes der en gang imellem bliver prioriteret forkert. Men vi er ikke boss for dem – jeg skal nok blande mig uden om.” (Interview med læge, tidl. Kommunehospitalet, 2000).

Det moralske kodeks blev heller ikke for alle omsat i at være meget ude ved patienterne, men de bekræftede løbende hinanden i, at de engagerede sig i patienterne. Ideen om det moralske kodeks var således med til at iscenesætte afdelingen som

noget unikt og som noget, der stod i kontrast til en medicinsk centerledelse, der blev italesat som primært værende interesserede i, om patienterne blev udskrevet hurtigt nok og budgetterne blev overholdt. Det moralske kodeks blev også italesat som værende i kontrast til hjemmeplejen og plejehjemmene, hvor patienterne et langt stykke hen ad vejen blev anset for at være forsømte. Når de talte om sig selv som værende 'engagerede i patientens tarv' blev dette ofte sat i sammenhæng med, hvordan de tidligere havde opfattet deres arbejde på deres respektive afdelinger, og sammen med hvordan de opfattede arbejdet på Italiensvej, som i modstrid hermed.

Der var her tale om en italesættelse, der også kunne trække på deres kulturelle ressourcer som sygeplejersker i og med, at der er tale om en omsorgsdiskurs, der kan ses som udbredt blandt sygeplejersker. (Eriksen 1992; Fagerberg & Kihlgren 2001; Holm-Petersen et al. 2006a; Strauss 2001). I deres omsorgsfortælling italesatte de dog sig selv som en sidste bastion i et generelt omsorgsfjendtligt system. Denne fortælling tilbød dermed en entydig helteposition. En helteposition der kunne fejres her og nu uden at afvente enden på fortællingen om afdelingen, hvor det stadig var under forhandling, hvorvidt de ville ende som helte, der overvandt alle prøvelserne (jf. kapitel 8).

9.4 'Space' – rum til at være

I Jane Austens roman *Stolthed og fordom* drømmer heltinden om 'space'. Det vil sige rum til at være i såvel social som psykologisk forstand. Faktisk påstår hun selv med et skælmsk anstrøg, at hun først rigtig forelskede sig i Mr. Darcy, da hun så, hvor omfattende vidder hans gods havde. Plottet i *Stolthed og fordom* ligger inden for genren heltetogt. Heltinden går mange svære prøvelser igennem og er lige ved at ende som et offer for omstændighederne, men alt ender til sidst lykkeligt. Fortællingen om F1 endte ikke lykkeligt. Men så længe det var muligt at fortælle om afdelingen som reumatologisk og så længe det var muligt at tro på, at afdelingen var på vej et godt sted hen, så gav dette rum til at være for afdelingens medarbejdere. Før genren endeligt afgjordes som en tragedie, var fortællingerne således med til at skabe rum.

Gubrium og Holstein ser *social worlds* som et udtryk for steder, der giver space. Og som eksempelvis kan tilbyde ”*breathing rooms*” (Jaber Gubrium, Ph.d. kursus, København december 2003). Arbejdet med at definere F1 som værende et selvstændigt rum kan i dette perspektiv ses som en måde også at skabe et mentalt rum på. Et rum der tilbød forskellige måder at sensemake omkring meningen med afdelingen på og håndteringen af omverdenen. Et rum der således gav mulighed for at se sig som bedre end omverdenen. Men også et rum der i sig selv tilbød et sted at være. At have et sted at være kan måske i sig selv ses som betydningsfuldt blandt medarbejdere, der havde oplevet at deres tidligere arbejdspladser lukkede og i den forbindelse oplevede, at de ”havde mange år at hele”. Men dette ikke-akutte, mentale reumatologiske rum kunne også ses som voksende ud af relationerne i den organisatoriske kontekst. På det fysiske plan gjorde afstanden til resten af det medicinske center på Italiensvej, at det var lettere at opretholde ideen om det særskilte rum. Der var ingen anledninger til at mødes face-to-face i hverdagen. Geografiske skel bidrog derfor på godt og ondt i konstruktionen. På denne vis kan man sige, at ”Walls do boundary work” (Gubrium på ph.d. kursus København 2003 citerende Goffman) forstået på den måde, at den geografiske afstand gør, at diskurser nemmere kan holdes adskilt. Afstanden gør nemlig, at de ikke mødes i face-to-face relationer.

Den geografiske opsplitning syntes at medvirke i konstruktionen af en center - periferi relation, hvor Hans Bogbinders Alle opfattedes som lavstatus. ”*Sankt Elisabeth er blevet lavstatus efter fusionen*”. Et forhold der bestyrkedes i oplevelsen af, at der på Hans Bogbinders Alle var en overvægt af ikke akutte-patienter, der krævede lange indlæggelsesforløb fx patienter der ventede på plejehjemsplads, såkaldte tunge neurologiske patienter og terminale cancerpatienter.

Ifølge Van Maanen og Barley er der tre forhold der typisk vil bidrage til udviklingen af, hvad de kalder et fælles værdisystem⁷⁹ (Van Maanen & Barley 1984:303-305). Disse er grupper, der: A) er stigmatiserede B) har høj status og er feterede og C) grupper der eksempelvis gennem deres uddannelse har gennemgået en stærk fælles socialisering i et langvarigt, usikkert og barsk forløb.

Som beskrevet i kapitel 6 blev ledere og medarbejdere i den Reumatologiske Klinik, der kom fra Kommunehospitalet af den medicinske centerledelse på forhånd *casted* som nogle, der havde en ’forkert kultur’. Oversygeplejersken oplevede ek-

⁷⁹ Jeg ville snarere kalde dette en italesættelse af, hvilke ressourcer det er relevant at trække på.

sempelvis i tråd hermed, at det var svært at blive en del af den bredere sygeplejeledelsesgruppe på Amager Hospital:

”Det var svært at komme ind i huset. Jeg følte, de følte sig påduttet af mig.” (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Klinikledelsen oplevede også løbende at være i modvind i centerledelsesmøder, når de ville påvirke beslutninger. Ved flere anledninger (fx i forbindelse med sygeplejeledelsesmøder) oplevede de, at de sammen med den geriatriske klinik var lavstatus i det medicinske center og at der følgelig ikke var plads til og respekt om deres meninger.

”På et akut hospital, [reumatologien] det er lavstatus. I forhold til alt det akutte. Og det er irriterende.” (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Oversygeplejersken og afdelingssygeplejersken deltog i disse møder, men de oplevede sig aldrig som en del af et bredere sygeplejeledelsesfællesskab. Dette oplevede oversygeplejersken som anderledes end på Kommunehospitalet, hvor:

”Der var vi ligemænd. Der var vi i virkeligheden hele hospitalet lavstatus. I forhold til alle de andre, men vi havde en mission, og de andre havde respekt for os, fordi de vidste, at de ikke kunne undvære vores bufferfunktion. Altså med at tage patienter over, så de kunne få de akutte ind”. (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Ifølge Van Maanen og Barley fører stigmatisering til, at de der er fælles om at blive stigmatiserede vil søge trøst og opmuntring hos hinanden og at de samtidig også vil bekræfte hinanden i, at de selv er berettiget og de andre er forkerte på den (Van Maanen & Barley 1984:303-305). Fordommen om en forkert kultur bevirkede, at medarbejdere og ledere i den reumatologiske klinik måtte orientere sig i andre retninger end den af centret dikterede for at opleve, at der var plads til dem. Eneste anden tilgængelig position i dette setup ville have været at underordne sig og indrette sig efter det dikterede.

Et centralt udgangspunkt i megen symbolsk interaktionistisk litteratur er, at vi bliver, hvad der forventes af os (se fx Holstein & Gubrium 2000). Det vil sige, at hvis man *castes* som tilhørende en stigmatiseret kategori, så er det som udgangs-

punkt inden for denne ens handlemuligheder ligger og denne identitet man på sigt vil se sig selv som havende. Pointen er, at den *castede* identitet fx som afviger eller klient⁸⁰ ikke er udtryk for en essens men som noget der konstrueres i en social proces. Den utilsigtede konsekvens af at kategorisere 'Dem' fra Kommunehospitalet som 'forkerte' blev således dels, at samarbejds klimaet blev dårligt med masser af gensidige fordomme, dels at rum og respekt måtte søges uden for de 'mentale rammer' af det medicinske center. Konsekvensen blev også, at de oplevede sig som stigmatiserede og dermed uden et legitimt socialt *space*. Dette kan være med til at forklare, hvorfor det syntes vigtigt at skabe sig et reumatologisk rum. Et reumatologisk rum var således både et mentalt rum og et fællesskabsrum og det var også et potentielt socialt rum, fordi der i det specialiserede ligger en ressource af magt og legitimitet. Problemet var blot, at den specialiserede tankegang ikke var i højsædet i det medicinske center. Og i tråd hermed var det qua de interdependenser, der var, svært at skabe et reumatologisk socialt rum.

9.5 Handlingsmæssige konsekvenser

At reformer i sygehusvæsenet ikke har de tiltænkte konsekvenser forbindes (jf. diskussionen i kapitel 2) ofte med, at reformer ikke anses for at ændre på fagprofessionernes 'kulturer' og dermed måder at tænke og handle på. Som det netop er blevet beskrevet gav det medicinske center projekt ikke anledning til, at de reumatologiske læger eller plejepersonalet på sengeafdelingen identificerede sig med centret frem for deres speciale (i lægernes tilfælde) eller afdeling (i plejepersonalets tilfælde). Tværtimod var center projektet en aktiv medkonstruktør i konstruktionen af og fortællingen om en F1 identitet, der italesattes som et modstykke til centret blandt andet ved at være reumatologisk (og dermed specialiseret) og moralsk omsorgsfuld (ved at udfordre kravet om korte indlæggelser).

Herfra kan dog ikke sluttes, at 'projekt medicinsk center' ikke havde handlingsmæssige konsekvenser for afdelingen. Samtidig med den ideologiske differentie-

⁸⁰ Denne litteratur som også kaldes et *labelling perspective* har især studeret skabelsen af klienter i formelle institutioner og konstruktionen af social afvigelse (Andersen 2005; Gubrium 1992; Gubrium 1997; Järvinen & Mik-Meyer 2003; Järvinen & Mortensen 2002). Klassiske studier inden for traditionen er Howard S. Beckers studie af *outsidere* (Becker 1963), Erving Goffman studie af totale institutioner (Goffman 1961) og af stigmatiseringsprocesser (Goffman 1963) (i Järvinen & Mortensen 2002:19).

ring (jf. Van Maanen & Barley 1985) oplevede således både klinikledelse og medarbejdere relateret til F1, at centrets forskellige 'værktøjer' begrænsede deres kontrol over arbejdet i det daglige. Ændringen foregik således ikke 'oppe i hovedet' som en ændring af hverken værdier eller italesættelse af dem selv. Ændringen kom snarere på andre måder i det daglige – fx gennem betingelserne omkring arbejdet med patienterne. Der var således tegn på, at centret rent faktisk var i stand til at påvirke visse former for handlings- og ændringsprocesser. Afdelingen kom efterhånden til at give køb på nogle af sine idealer og eksempelvis ”*de ældre damer der før blev nusset om, går nu for lud og koldt vand*” (Interview med klinikchef, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000). Og lægerne oplevede, som det fremgik af forrige afsnit, et pres, hver gang de stod med en patient, om de skulle følge deres faglige indskydelse eller gå efter at leve op til forventningerne om indlæggelseslængde. Der var derudover blandt hovedparten af medarbejderne en ofte italesat bevidsthed om, at de som afdeling primært blev målt på deres produktivitetstal. Denne blev blandt andet kædet sammen med en fornemmelse af manglende anerkendelse for deres arbejde i det medicinske center. Og blev ind imellem kædet sammen med oplevelser af kriser i samarbejdet med centret og demotivation. Det var således i de perioder, jeg observerede afdeling F1, svingende, hvorvidt energi og glæde ved arbejdet blev italesat eller i stedet demotivation og håbløshed⁸¹.

9.5.1 Loyalitet og arbejdsmotivation

”Cook and Wall define organizational trust as the extent to which one is willing to ascribe good intentions to and have confidence in the words and actions of other people.” (Laschinger et al. 2001:7).

Fusioner anses for at være forbundet med medarbejderstress og en række negative konsekvenser heraf såsom høj medarbejderudskiftning, lav arbejdsmoral og højt fravær (Cartwright 1997 i Armstrong-Stassen & Cameron 2003:105) samt i en nedgang i tillid til organisationen (Schweiger & DeNisi 1991 i Armstrong-Stassen

⁸¹ Nogle så følelsen af håbløshed som et generelt HS fænomen: ”Ja, og det er også noget af det, der gør, at jeg tænker, det der med H:S, ja jeg gider det ikke mere. Jeg ved godt, de har travlt, ikke, men der er også tit, altså har de et eller andet vigtigt at snakke om, så kan klokkerne ringe ad helvede til - der er ikke en kæft, der reagerer. Der er ikke den der hold-spirit mere, at nu giver vi den lige en skalle. Det findes ikke i hele H:S. Det er som, den er feset ud, og jeg tror, at de ansatte har opgivet ævret. Der er meget få idealister. Jeg kan pege dem ud i plejepersonalet, hvem der virkelig er sygeplejersker af hjertet. Det kan du jo se” (Interview med lægesekretær, januar 2000).

& Cameron 2003:108). Dette var til dels genkendeligt på F1, hvor der på trods af tilfredshed med afdelingen var en relativt stor medarbejderudskiftning.

Organisatorisk var Reumatologisk Klinik placeret som en del af et medicinsk center. Ledelsesmæssigt og budgetmæssigt hørte klinikken dermed under den medicinske centerledelse. Det medicinske center gav på mange måder indtryk af at være en konstruktion, der primært måltes på, om budgetterne blev overholdt. En væsentlig del af relationen mellem center og klinik bestod i tråd hermed i løbende overvågning af og dialog om overholdelse af klinik budgettet.

Den medicinske centerledelse så omvendt den reumatologiske klinik og dens sengeafdeling som del af den kulturelle udfordring i at etablere et medicinsk center. Centerledelsen havde været med fra centrets begyndelse og så sig selv som en slags kulturentreprenører, hvis opgave det blandt andet var at styrke tænkningen i tværgående processer i centret. Medarbejdere på F1 havde kun få anledninger til at møde centerledelsen i en face-to-face interaktion, men de forholdt sig løbende til centerledelsens udmeldinger og beslutninger via mundtlige referater fra fx centerledermøder, ledende sygeplejerskemøder og andre mere uformelle samtaler mellem medlemmer af F1s ledelse og centerledelsen.

Der italesattes på F1 et billede af 'fjern ledelse' som udøvelse af tilfældige, uigenomtænkte og ind imellem rå beslutninger og 'nær ledelse' som udøvelse af meningsfuldhed og beskyttelse mod systemets, øvre/fjern ledelsers råhed. Hønemor med de beskyttende vinger mod høgene. Det italesattes i tråd hermed som et stort problem for sekretærerne, at de i den nye struktur ikke havde en nærleder, men derimod en center fjernleder, der ikke varetog deres interesser, men alene centrets. Sekretærerne var dermed blevet en gruppe, der følte sig i klemme. De havde kun klinikledelsen til at prøve at agere nærledere uden at have den formelle kompetence hertil. Resultatet var, at sekretærerne i princippet kunne flyttes rundt med efter de behov deres fjernleder så. Der var således foretaget ændringer i normeringen (til Italiensvejs fordel – eller sådan blev det i hvert fald udlagt), sekretærerne blev pålagt weekendvagter på AMA (hvilket resulterede i at en af klinikkens lægesekretærer sagde op).

”Jeg tror ikke spor på, at man i de lidt større processer har noget som helst at skulle have sagt. For det bliver alligevel bare pålagt, og det kan jeg ikke gå op i mere. For det har jeg gjort i alt for mange år, og deltaget i alt for mange ting, og det bliver bare pålagt uanset. Det er sådan et

pseudodemokrati, hvor du bruger mange kræfter og det er fuldstændigt ligegyldigt.” (Interview med sygeplejerske, tidl. Sønderbro, januar 2000).

Der var generelt en lav grad af tillid til beslutninger truffet på centerniveau. Samt generelt en lav grad af tillid til beslutninger truffet af ’fjernledelser’ i det hele taget.

”Når der mangler penge, ansættes der typisk flere ledere. Ikke at det hjælper noget” Nu mangler vi 10 millioner på sygehuset p.g.a. overforbrug. Det er ikke medicinsk centers skyld, vi har faktisk været gode til at styre økonomien, men ortopædkirurgerne, der har problemer med at rekruttere sygeplejersker til deres afdeling, der er tung og hvor der nok er nogle ledelsesproblemer, de har et kæmpe vikarforbrug. Og det kommer vi sikkert til at være med til at betale. Så spørger direktionen, hvad vi synes, de skal gøre – og vi har bedt dem om at gøre noget i et halvt år – men de har ikke evnet eller ønsket at gøre noget. Og hvis vi ikke vil foreslå noget, så må de jo beslutte, hvad der skal gøres – siger de. Og det nye er også at nu skal de dialogbaserede aftaler underskrives, som om det gjorde en forskel. Er det en måde at bedrive ledelse på?” (Samtale med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, oktober 2002).

I måden at tale om beslutninger i omverdenen repræsenteret ved fx sygehusledelsen, HS, Christiansborg politikere lå som regel en antagelse om, at de beslutninger de havde truffet eller ville træffe ikke nødvendigvis ville være i medarbejdernes eller specielt i patienternes interesse.

Mistilliden til centerniveauet kom blandt andet til udtryk i, at de fleste ikke gav udtryk for at føle sig som en del af det medicinske center. Interviewundersøgelsen i begyndelsen af 2000 viste bl.a., at det ikke var udbredt at føle sig som en del af det medicinske center. I forbindelse med, at patienter visiteredes til afdelingen, var der en bevidsthed om, at patienterne kom fra det medicinske center repræsenteret ved AMA, men ellers følte medarbejderne sig primært som ansatte på sengeafdelingen. På spørgsmålet om hun følte sig som en del af medicinsk center svarede afdelingssygeplejersken:

”Ja to minutter hver morgen. Når Eva hun ringer ovre fra AMA for at høre, hvor mange pladser vi har – plus selvfølgelig, når vi har de der fælles afdelings- oversygeplejerskemøder. Jeg synes, det er lidt svært at

vurdere. Det jeg tænker på, det er den fysiske afstand herfra og til Italiensvej, men jeg har ikke arbejdet på Italiensvej, så jeg ved jo ikke, om de på Italiensvej oplever den samme afstand mellem fx de kardiologiske afdelinger og de medicinske afdelinger. Det kan jo meget vel tænkes, at de oplever, at de ikke har noget som helst med hinanden at gøre i det daglige.” (Interview med afdelingssygeplejersken, tidl. Sønderbro, januar 2000).

”Jeg mærker ikke noget. For mig er det ikke andet end navnet, jeg kender. For jeg ved, vi tilhører centerledelsen, ikke andet.” (Interview med sygehjælper, tidl. Sønderbro, februar 2000)⁸².

Det var forskelligt, om F1s medarbejdere følte sig som en del af Amager Hospital. Nogle gav udtryk for, at de selv boede på Amager og derfor følte en tilknytning, andre at de blot så sig som en del af F1 – hverdagens fællesskab. Blandt de interviewede, der følte sig som en del af Amager Hospital, var der således en overvægt af personer, der selv boede på Amager og følgelig havde føling med lokalområdet. Mange forklarede valget af Amager Hospital med, at de selv boede på Amager eller i nærheden⁸³ samt med at der var tale om en gammel bygning.

Fællesskabet gik på det at være ansat på dette hospital i dette lokalområde og ikke på det at være en del af det formelt organisatoriske og ledelsesmæssige Amager Hospital. Der var fx en udbredt mistillid til anvendeligheden af projekter som *Det gode hospital*, der fremstillede sygehuset som et hele.

Lægen Anders fortæller, at han var med til temadagen om: Det gode hospital, ”hvor vi skulle være så positive. Jeg måtte gå halvvejs, kunne ikke holde det ud. Enhver, der har været her et stykke tid, ved, at de ting aldrig ville kunne realiseres”. (Observationsdata, september 1999).

Dette var en indstilling, der også var at finde på AMA, der lå på Italiensvej:

⁸² Medarbejdere på AMA svarede i øvrigt på lignende måde, hvilket bekræftede, at plejepersonale primært orienterer sig mod deres afdeling (jf. Brooks & MacDonald 2000; Holm-Petersen et al. 2006a): ”Jeg ved jeg er ansat i medicinsk center sådan rent juridisk, men ellers siger det mig ikke noget”. (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

⁸³ Også medarbejdere fra Sankt Elisabeth, der tog til Italiensvej forklarede valget med, at de selv boede på Amager og at de gerne ville have kort til arbejde. ”Når man møder kl.7 så gider jeg altså ikke bruge en halv time på at køre på arbejde” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

”Jeg synes, det var en gang fis i en hornlygte! Det var tidsspilde. Jeg var der ikke frivilligt. Jeg var blevet peget ud til at være der. Det var en gang social slider sladder. Jeg blev træt af alle de visioner mig her og visioner mig der! Jeg synes det var sat op på et plan, hvor det slet ikke hører hjemme. De glemmer altså, hvordan hverdagen ser ud. Jeg synes, man skulle starte nede på gulvet. Jeg synes, det er kendetegnende for HS - nu kender jeg jo mest til Amager - at man siger: Kunne det ikke være vidunderligt? Jo, det kunne det godt, men det er ikke realistisk! Selve ideen er da sikkert udmærket. Nu har jeg ikke hørt en konklusion på noget endnu, om hvad de egentlig kom frem til. Men man har da lov at håbe på, at de hørte lidt på, hvad vi sagde.” (Interview med sygeplejerske, AMA, tidl. Sankt Elisabeth, februar 2000).

Bygningen hvor afdelingen lå - det tidligere Sankt Elisabeth Hospital - og den fysiske afstand til dele af det medicinske center og Amager Hospital syntes også at spille en rolle. Nogle følte sig således som en del af de fysiske rammer, de var omgivet af.

”Jeg føler mig ansat på F1. Og så lidt på Sankt Elisabeth – ikke så meget på det der center” (Interview med sygeplejerske, tidl. Sønderbro, januar 2000).

”Jeg føler ikke vi er en helhed med Amager. Jeg føler vi er to hospitaler.” (Interview med social- og sundhedsassistent, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Iscenesættelsen af et fællesskab var således måske også et spørgsmål om et forsøg på at hegne et rum ind som beskyttelse mod en omskiftelig omverden. At værne om det Vi’et på F1 stod for, blev således en måde at søge at skabe arbejdsro og i en vis forstand kontrol over eget arbejde. Måske var det også et spørgsmål om at finde en enhed, det gav mening at *committe* sig til. Som Ronald Burke og Cary Cooper spørger: ”Can individuals commit to organizations that do not commit to them?” (Burke & Cooper 2000).

9.5.2 Indskrænket autonomi

”Jeg er gået fra en situation på KH, hvor vi var få til at kæmpe om ressourcerne til en situation langt væk fra indflydelse i et system, der er præget af få ressourcer”. (Interview med klinikchef, tidl. Kommunehospitalet).

Både for klinikchefen, oversygeplejersken og den ledende ergoterapeut, der kom fra Kommunehospitalet, var der tale om et væsentligt statusdyk i den nye organisering. På Kommunehospitalet havde klinikchefen haft 300 medarbejdere i sengeafdelinger, daghospital og ambulatorier samt en forskningsenhed. Han havde samarbejdet med to oversygeplejersker, hvoraf den ene var flyttet med til Amager. Hun havde som beskrevet i kapitel 7 på Kommunehospitalet været oversygeplejerske for 90 sengepladser beliggende i tre etager. Nu var hun oversygeplejerske for 20 senge. I selve denne ændring lå der således noget *sense-making* og noget identitetsarbejde set i et karrierespørgsmål (Strauss 2001).

Samtidig var de som ledelse rykket et trin ned i det hierarkiske lag i og med, at der var skudt en centerledelse ind mellem dem og hospitalsdirektionen. Den medicinske centerledelse repræsenterede en række betingelser og ønsker for den fremtidige relation til den reumatologiske klinik og dens sengeafdeling. Og den reumatologiske klinikledelse oplevede ofte, at der var tale om en ret ind strategi, hvor der ikke var plads til den store dialog om alternative udfoldelsesmuligheder. Eller at denne dialog i hvert fald ingen forskel ville gøre på beslutninger truffet af centerledelsen. På spørgsmålet om der var noget, hun savnede fra tiden på Kommunehospitalet, svarede oversygeplejersken blandt andet:

”Vores direktør. Og kollegerne. Og så savner jeg at være leder. Jeg synes, det er ret lammende at have en mellemlidelse til direktionen. Jeg savner ikke at tale med direktionen som sådan, men jeg savner at kunne beslutte. Fordi de beslutter ikke altid det, jeg gerne vil. Det gjorde de heller ikke på KH, men da kunne vi da tale om det og kompromisse. Det kan man jo i princippet også her, men vi er jo mange om det” (Interview med oversygeplejersken, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

Men da relationen var mere kompleks end blot at være præget af en simpel tilpasning til et af centerledelsen determineret rum af betingelser, fandt det reumatologiske sengeafsnit måder at håndtere betingelserne på. Denne øvelse krævede en ba-

lancegang mellem afhængighed og autonomi, hvor de oplevede at de blev ”banket på plads mange gange” (Samtale med oversygeplejersken, december 1999).

En kilde til stor frustration for klinikledelsen var fx indskrænkninger i deres økonomiske råderum. Alt hvad de opfattede som betydningsfuldt skulle nu gå via centerledelsen, som havde en højere beslutningskompetence.

”Vi har jo ikke nogen beslutninger om økonomi. Vi har heller ingen kompetence i forhold til beslutninger om visitation.” (Interview med oversygeplejersken, januar 2000).

Fx kunne de ikke konvertere stillinger fra en faggruppe til en anden. Eksempelvis beskæftigelsesterapeuter til fysioterapeuter. Det blev også opfattet som en indskrænkning i råderummet, at klinikens og afdelingens sekretærer beslutningskompetencemæssigt hørte under en ledende center sekretær⁸⁴. Tidligere var sekretærene organisatorisk en del af afdelingen. Nu ”tilhørte” de centret. Det betød, at sekretærer kunne pålægges arbejde i andre klinikker i centret – dette gjaldt også den lægesekretær, der før var klinikoverlægens sekretær. Arbejdet i andre klinikker kunne være ved ferie og sygdom, weekendarbejde på AMA eller permanent overflytning til en anden klinik. At kunne flyttes rundt med på den maner blev af sekretærerne anset for et udtryk for at være langt nede i organisationshierarkiet:

”Så flytter man rundt på os ligesom møbler. Det er jo det, de gør. (Interview med lægesekretær, marts 2000).

Indskrænkningen i ressourcer betød ifølge klinikchefen bl.a.:

”Der er opgaver, som vi har måttet skære væk. Bl.a. kommunikationen med terapeutgruppen, som lægerne og også terapeuterne betragter som vigtig. Hvor man på andre hospitaler går ud og konfererer med terapeuterne om de patienter, de har. Det gør vi ikke. Det skal sendes til os, hvis det er akut og slemt og forfærdeligt, men vi går ikke ud og diskuterer problemer og superviserer dem. Det vil de gerne, og vi vil gerne, men det gør vi ikke. Det kan vi ikke for vi er en lille klinik. Yderligere er en af de stillinger, som jeg har taget med herud, blevet lagt i mølposen i

⁸⁴ Medicinsk centerchef forklarer herom: ”Hvis man kigger på, hvordan man har været vant til at have det, så er det noget af ens magtstruktur som afdelingsledelse at have en ledende lægesekretær. Så det giver mindre indflydelse for en klinikledelse ikke at have sin egen sekretærgruppe. Det er jo igen noget af det, der er egentligt svært, at få tingene til at fungere i en større enhed.” (Interview med Centerchef, marts 2000).

medicinsk centers økonomi til trods for, at jeg har mine synspunkter – og jeg mener også at jeg er rimelig velformuleret. Yderligere er de læger, som jeg havde med, nu blevet sat i vagt. Så i virkeligheden har jeg mistet to læger i forhold til, at jeg skulle ud med af en lille stab på 6. Så vi har meget få ressourcer. Så på den måde synes jeg, at det er forløbet dårligt. Der er ikke blevet hørt nok på os, og vi er for få.” (Interview med klinikchef, tidl. Kommunehospitalet, januar 2000).

9.5.3 Fællesvagten som udvanding af det reumatologiske

”At være besætning på Titanic i 3 år er ikke sjovt. – Og nu på båd med knækket mast. Jeg kan slet ikke se enden på det. Det er omkostningsfuldt”. (Interview med klinikchef, januar 2000).

I september 1999 fik de to læger i den reumatologiske klinik, der var under udannelse til speciallæger i reumatologi at vide, at de skulle indgå i fællesvagten på AMA på Italiensvej hver 14. dag som bagvagter. Dette ville betyde, at de skulle være væk 1½ dag fra arbejdet i den reumatologiske klinik på grund af den afspadsering, vagtarbejdet ville medføre. Centerchefen indkaldte de to læger til et møde om det forestående vagtarbejde. De to læger gav udtryk for at tolke mødet som et ”personaleplejemøde” men gav samtidig udtryk for at de ikke forstod, hvad formålet var.

”Vi skal fortælle, hvordan vi har det med at skulle i akutvagt. Men hvad kommer der ud af det? Det behøver vi ikke. Får vi en læge mere her? – Så kommer jeg tilbage i respirator”. (Læge, observationsdata, september 1999).

Under mødet gav de to læger udtryk for deres bekymringer for arbejdet i den reumatologiske klinik og kontinuiteten i samarbejdet med plejepersonalet på F1, når de skulle være mere væk fra afdelingen. Klinikchefen sagde hertil blandt andet: ”Hvis I går i vagt, så må vi overveje, om I ikke skulle have den ubesatte stilling besat⁸⁵.” De to læger tolkede det, at de skulle i fællesvagt dels som en degradering,

⁸⁵ Der var tale om en klassificeret 1. reservelægestilling, som der ifølge klinikledelsen havde været en del tovtrækkerier over, hvorvidt den Reumatologiske Klinik måtte besætte. Eller om ressourcen skulle bruges andet steds i det medicinske Center.

fordi de ikke tidligere havde deltaget i vagtarbejde, dels som en så kraftig amputation af det i forvejen amputerede reumatologiske speciale og arbejdet med de reumatologiske patienter, at de talte om at overveje at søge en anden stilling. Fællesvagten passede blandt andet dårligt ind i deres specialiseringsproces frem mod at blive speciallæger i reumatologi.

”Vi skal vel alle tage en del af den vagtbyrde. Det er bare sådan, at reumatologer ikke tidligere har været vant til at gøre det. Set ud fra et personligt synspunkt kan jeg egentlig være hamrende ligeglad med, hvordan jeg arbejder i de 37 timer, men set ud fra et klinikmæssigt synspunkt er det en dårlig ide. Hvor jeg synes, at vi svigter den reumatologiske del af patienterne på Amager Hospital. Det betyder, at jeg har færre ambulatoriedage, mindre kontinuitet i stuegangen og dermed i samarbejdet med kolleger på alle faggrupper. Jeg har afspadseringsdage. Det synes jeg er dårligt for reumatologisk klinik. Det tredje er min egen personlige ambition om at skulle være idrætslæge eller gigtlæge. Hvis jeg vil være blandt de bedste til det, så skal jeg ikke bruge en tredjedel af min tid på at rende og skrive journaler eller gennemgang af dehydrations, causa soc, eller undersøge patienter for dårligt hjerte. Så skal jeg bruge mine ressourcer inden for reumatologien. Så set ud fra et ambitionsmæssigt eller karrieremæssigt synspunkt, så synes jeg, det er noget bras. Professionelt set mener jeg, at jeg skal løse min opgave på lige fod med alle andre, og det gør jeg gerne. Men inderst inde er jeg ikke helt tilfreds, fordi jeg gerne ville bruge mere tid på eget speciale.” (Interview med læge, tidl. Kommunehospitalet, februar 2000).

Lægerne italesatte således deres faglige ambitioner som værende i overensstemmelse med de reumatologiske patienters interesser og de fandt ikke deltagelse i det fælles vagtarbejde på Italiensvej foreneligt med deres reumatologiske projekt. På denne vis indskrænkede det medicinske center deres reumatologiske handlemuligheder.

9.6 Diskussion: Stolthed og trojanske heste

I afrundningen af kapitel 9 diskuteres rum til faglig stolthed og økonomiledelse som en trojansk hest. Dette gøres med udgangspunkt i besvarelsen af spørgsmålet, *hvordan dette identitetsarbejde blev gjort i det daglige* i relation til aktanter i det medicinske center som repræsenteret ved AMA i det daglige.

Kapitel 9 har argumenteret for, at patienten i den daglige relation mellem sengeafdeling F1 og AMA spillede den passive rolle som et identitetsforhandlingsobjekt. I konstruktionen af afdelingen som reumatologisk blev visiteringen af patienter i relation til diagnoser og tilstand ved ankomsten samt indlæggelseslængde således til centrale pejlemærker i arbejdet med at definere afdelingen og overvåge, om udviklingen gik i den ”rigtige retning” mod en ikke- akut reumatologisk afdeling.

I Foucaults magtanalytik er viden og magt to sider af samme sag (Holstein & Gubrium 2000). Og magt er som en produktiv kraft en del af enhver relation (Lindgren 2002). At der var magt i spil i relationen mellem på den ene side den reumatologiske klinik og sengeafdeling F1 og på den anden side den medicinske centerledelse og AMA er således ikke i sig selv en interessant pointe. Det interessante er dels, hvordan medarbejderne og lederne oplevede, at magt var af betydning, dels hvordan magten var med til at forme dagligdagen.

Med Meyer og Rowan i tanke (Meyer & Rowan 1977) kunne det være en forestilling, at der var tale om dekobling centerets formelle strukturer og afdelingens arbejdspraksisser imellem, men pointen er, at det kun delvis var muligt for afdelingen at opnå en sådan dekobling grundet de interdependenser afdelingen og klinikken var en del af i forholdet til det medicinske center. Der var således et økonomisk og beslutningsmæssigt afhængighedsforhold. Det økonomiske afhængighedsforhold iscenesattes bl.a. ved de månedlige økonomimøder centerledelse, klinikledelse og kontroller imellem. Her diskuteredes bl.a. feedback på forbrug og forklaringer på eventuelt overforbrug. Hver måned fik klinikledelserne før dette møde tilsendt en oversigt over deres forbrug af ressourcer, såsom antallet af indlagte, liggetider og eventuelt brug af vikarer. Økonomimøderne fandt sted på centerchefens kontor på Italiensvej. Det medicinske center og følgelig den reumatolo-

giske klinik blev af klinikledelsen og plejepersonalet på afdeling F1 set som en konstruktion, der primært måltes på, om budgetterne blev overholdt. En væsentlig del af relationen mellem center og klinik bestod i tråd hermed i løbende overvågning af og dialog om overholdelse af klinik budgettet. I denne sammenhæng var kravet til F1 primært at agere som rationel almenmedicinsk driftsenhed med lave indlæggelseslængder. De månedlige økonomimøder kunne således ses som et led i den disciplinering og adfærdsregulering (jf. Foucaults magtanalytik), der var en del af relationen center – klinik. I relationen center – klinik var det på denne vis økonomien, der stod i centrum for arbejdet. Medarbejdernes tillid til den medicinske centerledelse var i tråd hermed lav. Der var en tydelig markering af, at ledelser ovenover klinikledelsesniveauet sandsynligvis ikke ville en det godt. Centerledelsens beslutninger iscenesattes således som rå og lempfældige.

Hvad der for centret kunne ses som en ønskeafdeling: Bufferafdelingen med korte effektive indlæggelser, var for medarbejderne i den reumatologiske klinik en uattraktiv afdeling. uattraktiv for lægerne, fordi den ikke passede ind i den uddannelsesmæssige opbygning af specialviden eller vedligeholdelsen af specialviden. uattraktiv for plejepersonalet, fordi de ikke følte sig normeret til at varetage pleje af fx meget dårlige apopleksipatienter og fordi det var lavstatus at være en ”skraldespands” afdeling og uattraktivt for terapeuterne, fordi normeringen ikke nødvendigvis kom til at passe og de dermed ikke oplevede at få tid nok til patienterne.

Relationen kunne ses som en forhandling af mulige afdelingsidentiteter, hvor der opstod et *gap* mellem den italesatte ønskede identitet og det oplevede handlingsrum. Dette kom blandt andet til udtryk gennem ”buffer modfortællingen”, der stod i modsætning til fortællingen om afdelingen som reumatologisk. Der var dog forskel på, hvor dyb en faglig identitet der blev *enacted* til centerpolitikken. Hvor det for lægerne i høj grad syntes at være et fagligt spørgsmål, at dette ’gap’ var et problem, syntes det for plejepersonalet snarere at være et spørgsmål om arbejdsbetingelser og tilstrækkelige lange indlæggelser for patienterne, så at de oplevede, at patienterne kunne nå at følge med. Det reumatologiske var her i højere grad anvendt som retorik og magtbase end som en veludviklet faglig viden og praksis. Det reumatologiske var dermed en tilgængelig ressource, der kunne trækkes på, men betydningen heraf var forskellig for lægerne, der tillagde det reumatologiske en anden mening end plejepersonalet gjorde.

At kæmpe for faglig autonomi kan ses som udtryk for en faglig stolthed. Det faglige betød noget og det skulle gerne perfektioneres i så høj en grad som muligt og

komme de reumatologiske patienter til gode. Oplevelsen var dog, at dette ikke i særlig høj grad var muligt. Samtidig var projektet om den autonome reumatologiske identitet måske eneste reelle tilgængelige subjekt position i dette set-up, hvor det var svært at forestille sig, at man kunne være andet end enten for eller imod. Og hvor det reumatologiske tilbød en tilgængelig ressource og et aktiv både i etableringen af mening og et rum. Det var således ikke alle muligheder, der stod åbne på sengeafdeling F1. Der var så at sige en hældning på brættet af muligheder.

Kapitlet viser, at det ikke var muligt at skærme sig i en autonomt dekoblet enhed. Kombinationen af autoritetsrelationen til den medicinske centerledelse og den funktionsmæssige sammenkobling til AMA medførte, at afdelingen nok kæmpede for en vis autonomi men kun delvis kunne skabe og vedligeholde denne. Mangel på frie sengepladser i centret, månedlige økonomi tal, begrænsede beslutningskompetencer og manglende mulighed for at sige nej til at modtage patienter betød, at hvad de opfattede som primært at være patientens tarv og reumatologisk faglighed måtte vige for hensyn til centerproduktionen.

På denne vis kunne centret ses som brud med den tidligere traditionelle afdelingsautonomi en reumatologisk afdeling ville have haft, hvis den ikke havde været del af et center. Dette oplevedes af klinikchefen og oversygeplejersken som en degradering og som en stækkelse af deres faglige, beslutningsmæssige og ledelsesmæssige rum. Der er således også tale om et brud med vurderingen at:

” Selv om [...] er sygehusets økonomistyringssystemer ikke udviklede til et niveau, hvor de kan styre handling og –ændringsprocesser på afdelingsniveau.” (Borum 1997a:268).

Hvis man forestiller sig, at professionerne primært interesserer sig for det faglige og sygehusadministratorerne sig primært for statistik og produktivitetstal, så må det konkluderes, at der med denne center konstruktion var lykkedes at skabe en trojansk hest. At det var lykkedes at få en ledende læge og en ledende sygeplejerske til at agere som var de sygehusadministratorer. Dette er alt for forsimplet men var jf. erfaringerne fra England netop meningen med at udpege kliniske ledere på et divisionaliseret niveau (Llewellyn 2002). I den internationale litteratur om *New Public Management* strategier ses en styrkelse af generel ledelse som et nødvendigt middel til øget kontrol med de professionelle (Ferlie m.fl. 1996, Sehested 2002 & 2003, Dent, Chandler & Barry 2004, Kirkpatrick, Ackroyd & Walker 2004 i Jespersen 2005a:23). Trojanske heste eller ej siger det noget om, at det ef-

fektiviseringspres der i dag ligger massivt på sygehusene kan mærkes helt ud i alle udførende led og har forskellige konsekvenser her. Peter Kragh Jespersen taler ligesom Sue Llewellyn om fremkomsten af hybridledere (Jespersen 2005a; Jespersen 2005b). Det vil sige, ledere der går på tværs af de traditionelle skel mellem faglig ledelse af fagprofessionerne og en mere professionel administrativ ledelse med fokus på økonomi og organisatorisk kvalitet. Han mener, at det professionelle arbejdes organisering samlet set bevæger sig væk fra det klassiske offentlige fagbureaukrati med dets indbyggede kollegiale og konsensusorienterede arbejdsformer til organiseringsmåder præget af konkurrence, læring og virksomhedsorientering (Jespersen 2005a:22). Det store spørgsmål er, siger han, om og hvordan de nye krav til ledelse som præges af økonomitænkning og organisatorisk kvalitet kan forenes med og gøre brug af de professionelles autonomi, viden og engagement (Jespersen 2005a:22). Studierne i denne afhandling underbygger, at dette er et vigtigt spørgsmål. Det er ikke uproblematisk at forene et primært fokus på økonomi og produktivitet med mere fagspecialiserede interesser. Hvor det store spørgsmål er i hvor høj grad, der er tale om en ny hybrid ledelsespraksisform, der trækker på ressourcer fra begge verdener og i hvor høj grad, der er tale om, at lægelige og sygeplejefaglige ledelser tilpasser sig omverdenens krav om et højere fokus på økonomi.

Kapitlet viste også, hvordan patienten (oversat til diagnose og tilstand) kom til at stå i centrum af udmøntningen af relationen sengeafdeling F1 og akut modtageafdeling (AMA). Dette var i en anden betydning end diskursen om ”patienten i centrum” normalt har inden for sundhedsvæsenet. Men patienten var i denne forstand central for den løbende forhandling eller *going concern* om, hvad afdeling F1 var. Og dermed også som følge heraf, hvem de der arbejdede på F1 var eller var ved at blive.

10. KONKLUSION – IDENTITETS- OG KULTURARBEJDE

”People construct their lives, but not completely according to their own desires.” (Karl Marx 1956 i Gubrium & Holstein 1997).

Nu til den afsluttende sensemaking om, hvad denne afhandling handlede om, hvad svarene på forskningsspørgsmålene var, hvilke fortællinger og *ongoing* projekter, den rummede. Og ikke mindst hvilke implikationer dette har for såvel fremtidige studier som fremtidige fusioner og ændringsprojekter.

Set i lyset af afhandlingens ontologiske og teoretiske udgangspunkt giver det måske ikke så megen mening at forestille sig, at der skulle være enkle eller på nogen måde uddybende svar på de i kapitel 1 stillede forskningsspørgsmål. Det er derimod relevant at diskutere, hvilke svar der blev produceret og eventuelt hvilke nye spørgsmål der opstod undervejs.

Set i et narrativt metaperspektiv var der ikke tale om en samlet glat fortælling med en lykkelig slutning. Der var fortællinger fra en proces, en verden hvori indgik ’virkelige mennesker’, der deltog i forskellige projekter og indgik i hverdagsliv på en hospitalsafdeling. Det var ikke entydigt, hvem der var helte og skurke. Afhandlingen er på denne vis så at sige en lang fragmenteret *backstage* (Goffman 1959) fortælling, der sætter fokus på andre sider af hospitalsverdenen end dem, der ofte præsenteres i offentligheden.

10.1 Kultur – et repertoire af daglige ressourcer?

Som beskrevet i kapitel 1, så gives der ofte udtryk for, at der er for mange uhensigtsmæssige kulturer på hospitalerne. Uhensigtsmæssige i forhold til at arbejde effektivt, uhensigtsmæssige i forhold til at samarbejde på tværs. Uhensigtsmæssige i forhold til at kunne lykkes med at ”sætte patienten i centrum”. Kulturer på hospitalerne er i dette gængse perspektiv måske blevet til den væsentligste barriere for nødvendige og ønskede forandringer.

Måske fordi hospitalet ikke traditionelt har været anset for at udgøre en samlet organisation, men snarere betragtet som et fagbureaukrati (Mintzberg 1979), har megen litteratur om sygehuse, som beskrevet i kapitel 2, handlet om sygehusprofessionerne og ikke mindst deres kulturer og fagidentiteter. Dette giver for så vidt mening, fordi en betragtning af organisationskultur som noget, alle deltager i sammen på sygehuset, er svær at godtage. ’Sygehusvirkeligheder’ vil ofte være alt for komplekse og opsplittede i forhold hertil. Samtidig er der dog i megen af den eksisterende litteratur en tendens til at fokusere relativt ensidigt på professionerne og deres kulturelle ressourcer og kun i mindre grad på det arbejde de dagligt udfører (herunder også deres kultur- og identitetsarbejde). Dette kan dels give en aspektblindhed overfor andre måder at forstå det at gøre kultur på. Dels er det med til at segmentere forestillingen om sygehuskulturers stabilitet.

Afhandlingen har argumenteret for, at måden, vi forstår kultur på, ikke bare er af teoretisk betydning. Kulturbegrebet i integrationsperspektivet - og for så vidt også i differentieringsperspektivet - kan således være med til at fastholde os i forestillingen om, at det er kulturer, der skaber stabilitet, og at det er forskelle i kulturer, der skaber konflikter. I denne afhandling er der blevet argumenteret for at tænke sygehuse, konflikter og ’kulturer’ anderledes. Der er argumenteret for ikke på forhånd at antage, at konflikter er affødt af forskelle i ’kultur’. Og der argumenteres for, at måden at iscenesætte forskelle og konflikter som ’kulturforskelle’ og ’kulturkonflikter’ ligefrem kan være med til at skabe og vedligeholde forestillingen om konflikter. Ikke kun i fusionsprocesser men også i sammenhæng med daglig drift. Hvordan kultur og identitet gøres er derfor af stor betydning. Men hvordan gøres dette kulturarbejde så i det daglige? Hvilke forskelle, tilhørsforhold, grænser og identiteter markeres som led i dette arbejde? Og hvilke konsekvenser får det?

Hvad betyder det for en fusionssammenhæng? Dette er spørgsmål, afhandlingen har beskæftiget sig med. Det har derfor været et centralt udgangspunkt at se det som et empirisk spørgsmål, hvilke ressourcer det er, der trækkes på, når 'vi gør kultur'. I afhandlingen er kultur som defineret i kapitel 4 blevet set som et repertoire af ressourcer, der kan bringes i brug i den daglige interaktion.

Når jeg indledningsvist stillede spørgsmålet:

Hvordan iscenesætter medarbejdere kultur og identitet i forbindelse med oprettelsen af en ny sengeafdeling gennem fusion?

var det således for at sætte fokus på, at der indgår arbejde i at definere sig som en kultur, ligesom der indgår arbejde i at definere andre som havende en kultur.

I afhandlingen er dette arbejde studeret gennem fortællinger om, hvem de var og ikke var. Hvad formålet med deres arbejde var, og hvad det ikke var. Og det er studeret, hvordan disse fortællinger anvendtes som inklusion og eksklusion.

Der er således argumenteret for, at 'kultur' i organisationer ikke bare er et analytisk begreb eller en måde vi kan vælge at anskue organisationer på. Det er noget der i mange virksomheder og i felter som et hospitalsfelt anses for at være 'derude'. Noget 'Vi' og 'De' har som står i modstrid med hinanden. Noget vi alle ved, hvad er, men ingen gør sig umage for at forklare, hvis der er tale om noget konfliktfyldt. Og aktørerne i sygehusfeltet arbejder selv med såvel at søge som at skabe og modarbejde kulturer. De skriver værdigrundlag og *caster* hinanden i kulturer. Det antages i afhandlingen, at kultur potentielt kunne have været gjort anderledes med andre relationer og andre slags udkomme til følge. Afhandlingen bygger således på den symbolske interaktionistiske antagelse om, at den måde vi iscenesætter os selv og hinanden på har en betydning for måden vi interagerer på og ser os selv og andre på.

10.2 Et grænsedragningsarbejde

"Vi sætter pris på at have en særegen karakter og vi kan godt dyrke det noget mere." (Interview med afdelingssygeplejersken, januar 2000).

Hvordan studerer man kultur i arbejde? Som det fremgik i kapitel 3 er dette et spørgsmål med et kompliceret svar. Afhandlingens måde at håndtere denne udfor-

dring på har som beskrevet i kapitel 4 været at studere 'deres' kultur- og identitetsarbejde på ved at studere grænsedragningsarbejde. Dette vil blandt andet sige iscenesættelse af Vi-De relationer. Ifølge princippet om meta kontrast og afhandlingens læsning af Van Maanen og Barleys udvikling af begreberne *consciousness of kind* og *consciousness of difference* følger det i tråd hermed, at enhver iscenesættelse (*casting*) af en fælles kultur og en fælles identitet må forudsætte en Vi - De relation for at leve op til de narrative konventioner. Der må være nogen, der er anderledes end 'Os' for at vi kan føle 'Os' som noget særligt. Det har således været studeret, hvem der gjorde sig til et Vi og i hvilke situationer i relation til skabelsen af den nye sengeafdeling F1.

Kapitel 7 gav et svar på spørgsmålet: *Hvilke* former for forskelle og tilhørsforhold og grænser markeredes? Det analyseredes således, *hvilke* kulturer der iscenesattes i relation til den nye sengeafdeling F1 i den reumatologiske klinik i det medicinske center. Kapitlet viste, at dette skete i relation til primært plejepersonalet på sengeafdelingen. Reumatologisk Klinik var en organisatorisk enhed i det medicinske center. Den reumatologiske klinik var således en enhed, der havde en ledelse bestående af fire personer og deres tilknyttede sekretærer. Disse fire personer iscenesatte dels et fælles klinikledelsesprojekt, dels fungerede de i hver deres "fagsøjle". På medarbejdersiden var det kun lægerne, der dagligt iscenesatte sig som en del af en klinik. De havde deres faste gang i flere dele af klinikken og sad kontormæssigt tæt på klinikledelsen. Resten af klinikken var stærkt geografisk spredt i det daglige. For medarbejderne på sengeafdeling F1 fyldte det således ikke så meget, at de var en del af en reumatologisk klinik. De orienterede sig primært mod sengeafdelingen. Det ville sige mod de medarbejdere, der havde deres daglige gang her. Og mod den kategori af patienter, de syntes hørte hjemme her.

Oversygeplejersken havde en vision for afdelingen om, at den skulle være reumatologisk. At de skulle skabe et "Mini KH" med ikke-akutte patienter i lange genoptræningsforløb. Den reumatologiske funktion taltes i tråd hermed som udflyttet fra Kommunehospitalet. Plejepersonalet iscenesatte denne vision som rummende et håb for en god fremtid på afdelingen. Visionen om afdelingen som reumatologisk indgik ligeledes i en italesættelse af de rigtige og de forkerte patienter.

Der blev set på, hvem der så sig selv som udgørende et 'Vi' og hvem der blev 'De' i denne relation. Hvem iscenesatte en *consciousness of kind* og en *consciousness of difference* i hvilke situationer? Der sås på, hvilke identiteter der italesattes i re-

lation til sengeafdeling F1 i den reumatologiske klinik på Amager Hospital og dermed var med til at iscenesætte, hvad F1 'var' eller 'skulle være'.

Der blev argumenteret for, at der fandt en grænsedragning sted mellem medarbejderne knyttet til afdeling F1 og det medicinske center som repræsenteret dels ved den medicinske centerledelse, dels den akutte modtageafdeling (AMA). I dette tilfælde italesattes den medicinske centerledelse, AMA og den neurologiske afdeling som anderledes end 'Os' på F1. Hvor Vi på F1 var en reumatologisk afdeling, der var tværfagligt orienteret, hvor patienterne skulle være i ikke-akutte genoptræningsforløb, hvor man kunne nå at spænde et sikkerhedsnet ud under patienterne. Den medicinske centerledelse og AMA *castedes* som værende alt for produktionsorienterede. Den neurologiske afdeling *castedes* som værende anderledes, fordi de havde nogle bedre vilkår og var forkælede i og med, at de kun havde neurologiske patienter.

Der gik ikke længe før medarbejdere og ledere på sengeafdeling F1 begyndte at iscenesætte deres egen selvstændighed og uafhængige identitet ved at markere, at de var forskellige fra resten af medicinsk center. De konstruerede dermed sig selv som anderledes end andre klinikker ved at italesætte en *kind*: Vi er specialister i genoptræning og reumatologiske lidelser. Vi er til de lidt langsommere patientforløb, hvor vi kommer rundt om patienten. Og en *difference*: Vi er anderledes end afdelinger der tørrer patienter af på os, medicinsk centerledelse/AMA der forventer hurtig udskrivelse. Og som ikke forstår os og ikke anerkender vores arbejde.

Grænsedragningsarbejdet anvendtes således til at differentiere sig fra andre afdelinger og fra det medicinske center. Og et særegent fokus på patienterne blev iscenesat. Der er blevet argumenteret for, at centerledelsens kulturelle præ *casting* af medarbejderne og lederne fra Kommunehospitalet som medbringende en forkert kultur havde en betydning for iscenesættelsen af differentiering. Måske kan differentiering selv ses som en tilgængelig kulturel ressource i hospitalskonteksten jf. kapitel 1 og 2, hvoraf det fremgår, at hospitalsmedarbejdere er vant til at iscenesætte sig selv og hinanden i forskellige kulturer.

Det var således ikke det direkte patientrettede arbejde, der var i fokus men snarere alt det arbejde, der foregik ved siden af, samtidig med og i sammenhæng med det såkaldte direkte patientarbejde, hvor eksempelvis sygeplejersken eller lægen stod ansigt til ansigt med patienten. Samtidig indgik patienten set som diagnose som et centralt element i iscenesættelsen af, hvad den nye sengeafdeling var og hvem de, der arbejdede på den, var. Der iscenesattes således en *casting* af de 'rigtige patienter

ter' som værende reumatologiske patienter, mens andre patienter eksempelvis de neurologiske apopleksi patienter *castedes* som 'forkerte' patienter. Denne *casting* var med til at tegne et billede af, at afdelingen burde være reumatologisk. Den reumatologiske patient som kategori var dermed med til at definere afdelingen i måden, den iscenesattes på. Dette såvel i relation til medarbejderne på afdelingen som i relation til det strategiske spil med det medicinske center. Italesættelsen af de rigtige og de forkerte patienter kan på denne vis ses som en del af et identitetsarbejde og et arbejde med at definere et autonomt arbejdsrum. Om denne iscenesættelse så havde en afsmittende effekt på den konkrete daglige relation til patienter og pårørende er et spørgsmål, afhandlingen ikke kan svare på. Det synes dog her at være centralt, at der ikke som led i det daglige patientrettede arbejde var en *casting* af patienter som 'gode' eller 'dårlige' patienter (Dodier & Camus 1998). Tværtimod iscenesatte de sig som havende et "moralsk kodeks" og som tagende udgangspunkt i de enkelte patienter som mennesker, de gerne ville hjælpe.

10.3 Fortællinger fra en hospitals- hverdag om fællesskab

Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere fortalte alle om, at de før ændringerne og oprettelsen af sengeafdeling F1 på Amager Hospital havde været del af et fællesskab på deres respektive afdelinger og hospitaler. Der iscenesattes således en række positive konnotationer med ordet fællesskab. Forestillingen om fællesskabet var med til at iscenesætte en fornemmelse af, at de havde det rart med hinanden. Fællesskabet syntes ydermere at blive anset for at være noget at være fælles om, et sted at forstå verden ud fra. Ideen om et fællesskab syntes jf. kapitel 7 på denne vis for plejepersonalet at være en ressource, som var både tilgængelig og ønskværdig at trække på. Der blev dermed ikke sat spørgsmålstejn ved, hvorvidt fællesskabsarbejde var relevant eller vigtigt. Det var snarere et spørgsmål, hvem der var en del af fællesskabet og hvem der ikke var.

Kapitel 8 viste, *hvordan dette identitetsarbejde blev gjort i det daglige*. Kapitlet bestod af to delanalyser: 1) *hvordan* fællesskabsarbejde blev 'gjort' på et personalemøde. 2) *hvordan* fortællinger om afdelingen indgik i fællesskabsarbejdet og var med til at forme motivation og billeder af fremtiden.

I arbejdet med at iscenesætte afdelingen som et fællesskab ekskluderedes medarbejderne fra Sankt Elisabeth. Kapitlet viste, at hovedparten af medarbejderne fra det tidligere Sankt Elisabeth hurtigt valgte at rejse. De tilbageblevne fra Kommunehospitalet og fra Sønderbro definerede sig i løbet af et par måneder som et fællesskab. Et fællesskab der italesattes som byggende på en fælles ikke-akut reumatologisk identitet og på et projekt om at spænde et sikkerhedsnet ud under patienten under indlæggelsen. Dem fra den tidligere Sankt Elisabeth afdeling, der rejste, definerede afdelingen som kedelig og specialet som kedeligt. De talte om, at Sankt Elisabeth var blevet sorteper i fusionen med Sundby Hospital med den konsekvens, at stedet var blevet affolket. Deres historie var, at det fællesskab, de havde haft her i disse fysiske rammer, nu var smadret. De var stærkt demotiverede, hvilket blandt andet kom til udtryk gennem en hård holdning til de nye kollegaer fra Kommunehospitalet. De talte om det reumatologiske speciale som værende forkert, og de talte om afdelingen som tiltagende kedelig. Derudover satte de spørgsmålstegn ved oversygeplejerskens vision for afdelingen. De talte således om, at det var urealistisk, at de primært kunne få reumatologiske patienter i genoptræningsforløb. Det varede ikke længe før der var tale om en gensidig modvilje, hvor oversygeplejersken og senere også afdelingssygeplejersken *castede* medarbejderne fra Sankt Elisabeth som værende forkælede.

I den daglige iscenesættelse af afdelingsfællesskabet iscenesattes dette således som et homogent fællesskab uden plads eksempelvis til at tage de konflikter op, som den afgående afdelingssygeplejerske fra Sankt Elisabeth søgte at tage op. Kapitel 8 viste, hvordan personalemødet blev anvendt som fællesskabsarena og også til eksklusion af medarbejdere fra Sankt Elisabeth. Sankt Elisabeth medarbejdernes historie blev dermed ikke bevilget mening i billedet af en F1 fremtid.

Det er samtidig fremgået af analyserne i kapitlet, at 'fællesskab' på F1 ikke var en dyb 'ting', hvor alle tænkte, følte og handlede ens. Der syntes snarere at være noget tryghed, mening og muligheden for at skabe sig et selvstændigt rum i spil. Fordi beretningen om, hvad og hvem de var og hvor de var på vej hen, kom under pres, var der et akut behov for at 'sensemake' omkring, hvad der nu skulle ske. Hvem de nu skulle være og hvilke mål de skulle have. Der var så at sige et 'reparationsarbejde', der skulle igangsættes for at kunne opretholde italesættelsen af 'fællesskab' og dermed narrativ validitet (Gergen 1997) herom. Der var flere forskellige fortællinger, der kunne anvendes i beretningen om, hvem og hvad de var. Der var "det har været hårdt fortællingerne", "det skal blive godt fortællingen" og

”det var bedre på KH fortællingen”. Disse fortællinger kunne holdes adskilt eller kombineres og flerheden af fortællingerne var dermed omgivet en portion narrativ elasticitet (Holstein & Gubrium 2000:116). Samme person kunne således fortælle én fortælling i én situation og en anden i en anden situation. På denne vis kunne man med Holstein og Gubriums ord sige, at der var tale om en *diversely storied collective identity* (Holstein & Gubrium 2000:116).

Der var dog grænser for elasticiteten. I denne proces med at fortælle hvad og hvem de var, var der ikke plads til hovedparten af medarbejderne fra Sankt Elisabeth, der havde svært ved at definere sig som en del af dette rum. De var snarere frustrerede og iscenesatte sig som en del af en forfaldsfortælling – en ”sorteper i fusionsspillet fortælling”. Denne fortælling udgjorde en trussel for de andres ”det har været hårdt, men skal nok blive godt” fortælling. For enten var F1 en del af en større fortælling om forfald eller også var afdelingen på vej mod et bedre sted at være. De to fortællinger kunne ikke rummes i en samlet beretning, hvis genren skulle være en heroisk saga eller et heltetog (Downing 1997:235 i Pedersen 2005), hvor alt på trods af alle prøvelserne ville blive godt igen.

10.4 Den daglige kamp om autonomt 'space'

Kapitel 9 undersøgte, *hvordan* dette identitsarbejde blev gjort i det daglige i relation til aktanter i det medicinske center som repræsenteret ved AMA i det daglige. Kapitlet viste således, hvordan en kamp om indlæggelseslængde og visitation af patienterne blev et led i sengeafdelingens og klinikkens forsøg på at gøre sig så reumatologiske som muligt. På sengeafdelingen defineredes også et moralsk kodeks, der indgik i arbejdet med at differentiere sig fra det øvrige medicinske center på Italiensvej. Sengeafdelingens omverden defineredes som svigtende i forhold til patienternes behov for værdige indlæggelser og genoptræning.

Relationen sås som en forhandling af mulige afdelingsidentiteter, hvor der opstod et *gap* mellem den italesatte ønskede identitet og det oplevede handlingsrum. Der var dog forskel på, hvor dyb en faglig identitet der blev *enacted* til centerpolitikken. Hvor det for lægerne i høj grad syntes at være et fagligt spørgsmål, at dette 'gap' var et problem, syntes det for plejepersonalet snarere at være et spørgsmål

om arbejdsbetingelser og tilstrækkelige lange indlæggelser for patienterne, så de oplevede, at patienterne kunne nå at følge med. Det reumatologiske var her i højere grad anvendt som retorik og magtbase (Borum 1995a; Borum 1976) end som en veludviklet faglig viden og praksis. Det reumatologiske var dermed en tilgængelig ressource, der kunne trækkes på, men betydningen heraf var forskellig for lægerne, der tillagde det reumatologiske en anden mening end plejepersonalet gjorde.

Kapitlet viste, hvordan patienten (oversat til diagnose og tilstand) kom til at stå i centrum af udmøntningen af relationen sengeafdeling F1 og akut modtageafdeling (AMA). Dette var i en anden betydning end diskursen om ”patienten i centrum” normalt har inden for sundhedsvæsenet. Men patienten var i denne forstand central for den løbende forhandling eller *going concern* om, hvad afdeling F1 var. Og dermed også som følge heraf, hvem de der arbejdede på F1 var eller var ved at blive.

Det reumatologiske iscenesattes også som et psykologisk rum. Et sted der var plejepersonalets eget i modsætning til at opfatte sig selv som en medicinsk skraldespand. Det reumatologiske ’space’ blev således også iscenesat som et åndested i et grundlæggende grumt og svigtende system, hvor man ikke kunne stole på, at ledere over klinikniveauet ville en det godt. Integration forstået som narrativ validitet om tilstedeværelsen af et fællesskab forudsatte således differentiering til centerledelsen og udvalgte afdelinger for at modgå den modløshed og retningsløshed, der blev forbundet med et mere fragmenteret tilhørshold.

Differentiering blev således iscenesat i flere forskellige relationer. Pointen er dog samtidig, at denne ikke var et ’naturligt’ udkomme af forskelle i værdier og at der ikke var tale om unikke og komplette meningsstrukturer og værdier, der deltes af alle ’medlemmer’ (jf. Martin 1992). Snarere blev differentiering - gennem iscenesættelse af Vi-De relationer - anvendt til kontinuerligt at skabe et billede af, hvad og hvem afdeling F1 var.

10.5 Implikationer for fremtidig fusionsledelse

”Prepare a face to meet the faces that you meet.” (T.S. Eliot i Gergen 1991).

Set som fusionsprojekt var det på den ene side fortællingen om integration i forstanden iscenesættelse af et fællesskab mellem medarbejdere fra to forskellige hospitaler. På den anden side var det fortællingen om udstødelsen af medarbejderne fra det tredje hospital og det var fortællingen om differentiering og modstandsarbejde til andre dele af centret, de var en del af. Hvilke implikationer disse fortællinger måske kan have for gennemførelsen af fremtidige fusioner i en hospitalskontekst er målet med dette afsnit.

- 1) Fusioner kan ses som en anledning til sensemaking og interessevaretagelse samt til processer som integration og differentiering.
- 2) Sensemaking kan ses som en central del af det kultur- og identitetsarbejde, der bliver præsent i en fusionssituation. Som studiet viste, kan en ledelsesperson som en oversygeplejerske være central i arbejdet med at udlægge en ny mening.
- 3) I arbejdet med at udlægge en ny mening og en ny retning kan fortællinger være centrale. Fortællinger om *hvem og hvad man var* og *hvem og hvad man er ved at blive*. Denne fortælling behøver ikke at være entydig. Der kan være flere forskellige fortællinger i spil på en gang. Genren bestemmes ikke nødvendigvis på en gang. Som vist i kapitel 8 kan det dog være svært at rumme en forfaldsfortælling fortalt af en gruppe, der ikke samtidig deltog i de andres ”det skal nok blive bedre” fortælling. Når fortællingerne på denne vis kom i tydelig opposition til hinanden, syntes det således svært ikke samtidig er foretage en differentiering grupperne imellem.
- 4) Kulturel præ *casting* kan ses som afgørende for, hvorvidt integrations- eller differentieringsprocesser bliver styrende for deltagernes iscenesættelse af kulturarbejde. Den medicinske centerledelses kulturelle præ *casting* af Dem der kom fra Kommunehospitalet indebar således en fordom om, at der kom en uønsket kultur fra Kommunehospitalet. Denne præ *casting* kunne ses

som bidragende til en relation præget af en manglende gensidig interesse og respekt. Lige som Afdeling F1 sygeplejeledelses *casting* af Dem fra Sankt Elisabeth som værende forkælede og medarbejderne fra Sankt Elisabeth afdelingens *casting* af det reumatologiske speciale som værende kedeligt var med at skabe en relation præget af en manglende gensidig interesse og respekt og dermed også en relation præget af differentiering.

- 5) Med fusionsarbejdet fulgte bestræbelser for at sikre indflydelse over arbejdet på afdelingen. Der var en faglig reumatologisk interesse, der syntes at være svært foreneligt med det medicinske generalist arbejde i centret. Der var et så stort pres på sengene i det medicinske center, at det blev til en daglig kamp at få patienterne placeret. Interessevaretagelse kunne således ses som central i processen. Hospitalsverdenen i denne kontekst syntes at være fuld af kompleksiteter, skjulte konflikter og dilemmaer.
- 6) Om end en sygehusafdeling som F1 kan ses som fragmenteret, så var der et stærkt ønske om at se sig selv som et fællesskab. Medarbejdere og ledere på F1 gjorde således en del ud af at foretage sig ting sammen, holde pauser sammen. At italesætte sig selv som en del af et fællesskab syntes i sig selv at udgøre en meningsfuld konfiguration i denne kontekst. I fusionssammenhængen kunne fællesskabet som symbol således ses som en ressource, der kunne anvendes i processen med at integrere sig – det vil sige at iscenesætte sig som værende en del af en fælles referenceramme.
- 7) De ledelsesmæssige styringsrelationer kunne ses som værende rettet mod andre opgaver end at arbejde med at integrere på tværs af enheder. De fire fagsøjler, der var en del af klinikledelsen holdtes i det daglige på mange områder separate. At arbejde mod fællesskab blev således iscenesat som værende relevante i de nære dagligdagsrelationer. Det vil sige, at fokus blandt plejepersonalet var på fællesskab på F1 og ikke på fællesskab i reumatologisk klinik eller i det medicinske center.
- 8) Der syntes ikke i konfigurationen at være standard tilgængelige måder at 'gøre' fusionsarbejde på. Kapitel 6 viste, at det ikke var i H:S regi, at den medicinske centerledelse eller den reumatologiske klinikledelse kunne finde konkrete inspirerende initiativer til at arbejde med sucsessfulde sammenlægninger af hospitaler og hospitalafdelingens medarbejdere. Der var i tråd hermed ingen ledelsesmæssig infrastruktur, der understøttede processen. Relationen til den medicinske centerledelse var primært centreret om bud-

getter og spørgsmål om økonomi. Der var ingen ledelsesmæssig tradition for åbent at diskutere og håndtere interessekonflikter. Der var derimod tale om en *business as usual* orientering som om det plejemæssigt mest var et spørgsmål om at passe den samme maskine i en ny kontekst. Samtidig var der patienter med det samme, et umiddelbart produktionspres og et pres for at overholde driftsprincipperne. Lægerne forventedes at deltage i det lægeli-ge arbejde på AMA.

- 9) Kendetegnende for de ændringsprocesser medarbejderne fra de tre forskelli-ge sygehuse havde været igennem var en høj grad af usikkerhed og pro-blemfyldt og manglende information. I det medicinske center var den gene-relle personalehåndtering ifølge mange af medarbejderne præget af en hold-ning om, at hvis folk ikke kunne lide lugten i bageriet, kunne de jo altid rej-se. Dette blev anset for at være en generel indstilling i H:S området.
- 10) At tale om andre i en fusionsproces som havende en anden kultur eller end-og også som havende en ”forkert kultur” kan måske ses som en standard til-gængelig måde at sensemake på i denne kontekst, hvor der tales meget om kulturer (jf kapitel 1). Fordelen heri kan eventuelt være at begrebet kultur tilbyder en måde at foretage en kategorisering på og dermed en måde at for-stå en sårbar situation på. Ulempen kan omvendt være, at der måske skabes nogle forestillinger om forskelle, der ikke behøvede at være der. At tale om hinanden som tilhørende forskellige kulturer kan således i sig selv bidrage til konflikter og uforsonlige holdninger, der argumenteres for ved at henvise til kultur. ’Kultur’ anses i afhandlingen ikke i sig selv automatisk for at være roden til disse konflikter. Det er måden kultur gøres på, der sammen med andre faktorer som interne konflikter i form af interessekonflikter og *orga-nizational politics* (Vaara 1999) samt infrastrukturer (Vinge 2003), der kan være med til at skabe kulturkonflikter.
- 11) Det er således en af afhandlingens pointer, at relationsarbejde i forbindelse med en fusion, hvor deltagerne ikke *castes* som forskellige kulturer (jf. rela-tionen mellem medarbejderne fra Kommunehospitalet og fra Sønderbro) nemmere fører til gensidig interesse og respekt og dermed også til et vel-fungerende samarbejde. Relationer og relationsarbejde anses således for at gøre en forskel og det vil sige, at kulturer ikke bare anses for at være iboen-de.

Set med fællesskabsbriller var det der lykkedes bedst nok at skabe narrativ validitet om sengeafdeling F1 som et fællesskab. Om end fællesskabet kun var en konstruktion i de fire år afdelingen var en realitet. Så syntes det alligevel at være en interessant bedrift at skabe narrativ validitet herom så længe. Lykkedes det mon netop, fordi konteksten iscenesattes som fjendtlig? Fordi de dermed havde noget at definere sig til forskel fra og fordi det lå lige for at definere sig som bedre end et system, der gik ud på hurtigere udskrivelser for at holde produktionen? Var det oversygeplejerskens stærke vision for afdelingen som reumatologisk og dermed som meningsfuld? Var det fortællingen om, at alt nok skulle blive godt igen? Eller var det den gejst og energi medarbejderne og lederne lagde i, at det skulle blive godt?

Der findes ingen simple svar herpå, men hvis der skal peges på noget, der kunne anvendes ved fremtidige fusioner, så er det nok:

- B) Hvor vigtigt det er at definere sig som en del af noget meningsfuldt.
- C) Hvor vigtig gensidig respekt og værdighed er, når man gerne vil opbygge en enhed.
- D) At manglen på gensidig respekt kan medføre differentiering og konflikt.
- E) At det at opretholde et fællesskab og en fælles identitet er et vedblivende arbejde, der kræver ledelsesfokus. Det er dermed ikke noget, der er klaret en gang for alle.
- F) At interessekonflikter vil være tilstede og derfor måske også bør håndteres.

Der kan på baggrund af undersøgelsen argumenteres for, at det at finde mening i en kompleks organisationssammenhæng som en sygehuskontekst er arbejdskrævende. Og at det større eller de større 'systemer' netop anses for at være meget lidt meningsfulde eller i stedet uhensigtsmæssige, svært håndterbare og ind imellem som udgørende en trussel netop for det meningsfulde.

Det store spørgsmål er så, hvor store enheder der kan skabes en forståelse af som meningsfulde i det daglige arbejde? Hvornår bliver det for stort og for komplekst?, hvornår sætter fremmedgørelsen og retningsløsheden ind? Dette må være relevante spørgsmål for fremtidig forskning og ved fremtidig planlægning af størrelsen på hospitalsenheder.

Er de beskrevne processer mon specielle for disse fusioner på dette hospital, eller ville man kunne studere det samme andre steder på andre hospitaler eller i andre

kontekster? På den ene side er der det særegne ved hospitaler – som ved andre nøglefunktioner i samfundet, der tager vare på liv og velfærd for borgerne 24 timer i døgnet - at kompleksiteten er høj. Det gælder bl.a. konsekvenserne af fejl, der ofte kan være invaliderende og fatale, men også den fagprofessionelle dominans og opdeling kan nævnes som særegen for hospitalerne – ikke mindst i forhold til betydningen i den ledelsesmæssige praksis. Deudover er selve ydelserne komplekse.

På den anden side vil man givetvis kunne studere lignende processer, om bl.a. vilkår for meningskonstruktion *sense-making*, i private og offentlige virksomheder, der indgår i fusioner af arbejdspladser og forretningsområder. I den sammenhæng kan eksempelvis den kommunale sektor nævnes. En sektor der kendetegnes af en mængde organisatoriske og opgavemæssige forandringer i disse år.

10.6 En arketype under forandring?

”Du kan ikke gemme dig på samme måde, som hvis du sidder i et lille lukket speciale, hvor der ikke rigtigt kommer nogen og hvor du tager de patienter, du synes er interessante og resten, det er ikke mit bord. Det får du væk ved at danne et center.” (Interview med centerchefspsygeplejerske, februar 2000).

Set som medicinsk center forandringsproces var det heller ikke entydigt, hvad metafortællingen var. Det syntes her at være centralt, at der fandt en forhandling og kontinuerlig sensemaking sted om, hvad formålet med fremtidens indlæggelse i det medicinske område skal være.

Organisationsstrukturer kan i den nyinstitutionelle optik ses som havende et symbolsk mål (Meyer & Rowan 1977). Det vil blandt andet sige, at det der officielt legitimerer en organisationsstruktur ikke behøver at have en direkte sammenhæng med det arbejde, der foregår i organisationen. Der er således ikke nødvendigvis en kobling mellem struktur og praksis. Etablering af medicinske centre behøver i denne optik ikke at have en konsekvens for dagligdagens arbejde.

Som vist i kapitel 6 blev det medicinske center af Hovedstadens Sygehusfællesskab og medicinsk centerledelse på Amager Hospital iscenesat som en måde at ændre lægernes arbejde og skabe ændrede lægefaglige identiteter på. Lægerne i de

medicinske centre skulle ikke længere fokusere på det grenspecialiserede og det fine (H:S Direktionen 1995:19).

Kapitel 6 viste, at formålet med det medicinske center projekt på Amager blev iscenesat som en optimering af patientbehandlingen inden for de givne ressourcer ved at skabe en kultur, hvor man hjalp hinanden på tværs med hele tiden at sikre de mest optimale og smidige indlæggelsesforløb. Dette betød, at den såkaldte basisbehandling skulle sikres bedre vilkår, end den traditionelt blev anset for at have haft på danske sygehuse, hvor grenspecialerne havde været i fokus. De mere smidige patientforløb skulle dels være med til at løse presset på de medicinske senge, dels give et bedre indlæggelsesforløb for den enkelte med kortere indlæggelsestid - ud fra tankegangen, at patienten har det bedst derhjemme og ønsker mindre ventetid under indlæggelsen.

Jeg vil ikke her forholde mig til ”det rigtige” eller ”det forkerte” i denne måde at icenesætte problematikken på. Men jeg vil derimod gerne rejse en diskussion på baggrund af det gennemførte studie af, hvordan problematikken oversættes i daglig praksis. Og dermed også bidrage til diskussionen fra kapitel 2 om, hvorvidt hospitalet som organisatorisk arketype er under forandring i disse år.

Det medicinske center som idé kunne ses som et ’kulturprojekt’. Et kulturprojekt, der forudsatte ’kulturledelse’ og ’kulturintervention’. Der italesattes et ønske om en fælles center kultur, hvor patienter skulle flyde gennem systemet i planlagte forløb. Og projektet lagde op til en organisering af medarbejderidentiteter som værende *fleksible* (kan flyttes rundt med i centerorganisationen), *effektive* (planlægger og fremmer hurtig udskrivelse) og *helhedsorienterede* (det vil sige orienterede mod centret og ikke blot mod eget speciale eller egen afdeling). Den enkeltes loyalitet og energi skulle således være knyttet til centret og ikke kun til afdelingen eller specialet.

Lægerne *castedes* dermed som nogle, der primært gik op i deres eget specialiserede område. H:S modstillede denne interesse med hensynet til patienterne. Og et væsentligt udgangspunkt for Sygehusplan H:S 2000 blev derfor iscenesat som værende et spørgsmål om at tilpasse strukturen til borgernes behov (H:S Direktionen 1995:19) og dermed også lægernes faglige identitet til borgernes behov. Der opstilledes således en modstilling mellem at være lægefagligt specialiseret og at interesse sig for ”de almindelige lidelser”, der udgjorde 85-90 % af indlæggelserne (H:S Direktionen 1999).

Kapitlerne 7 og 9 har beskrevet, at de reumatologiske læger primært definerede sig som værende en del af en reumatologisk funktion. De arbejdede for at styrke det reumatologiske speciale og havde et ønske om at hjemtage nogle af de højt specialiserede funktioner. Kapitlerne har også beskrevet, at dette projekt mødte modstand fra centerledelsen. Kapitel 6 viste også, at medarbejdere og ledere fra Kommunehospitalet på forhånd blev *casted* som en uønsket kultur i det medicinske centers (kultur) projekt af den medicinske centerledelse.

Det medicinske centers kulturprojekt syntes således at give næring til iscenesættelse af ideologisk differentiering og iscenesættelse af en fagligt specialiseret modkultur. I dagligdagen balancerede lægerne dog mellem ”det almindelige” og ”det meget specialiserede” i og med, at de havde mange patienter indlagt med såkaldt almindelige lidelser. Set som medicinsk produktionsprojekt syntes det medicinske center at have en vis gennemslagskraft, hvor lægerne, plejepersonalet og terapeuterne oplevede et pres for at der skulle finde hurtig udskrivelse sted.

Samtidig syntes det at være et indbygget problem for iscenesættelsen af en mindre grenspecialiseret lægefaglig identitet, at det var omgærdet af uklarhed, hvori denne faglighed bestod. Var der primært tale om en anden måde at være lægefaglig på – som eksempelvis mindede om den mere generaliserede almen praksis identitet – eller var der tale om en lægefaglig måde at være budgetbevist på. I den høje daglige grad af fokus på centrets driftsprincipper blev den lægelige behandling af de almindelige lidelser således stærkt sammenkædet med et produktionsrationale. Som en af lægerne sagde i kapitel 9: ”Det er overfladisk. Hele mentaliteten er ud, ud, ud. Man skal af med problemer. Man løser dem ikke.” Den hurtige koordinerede indsats blev på denne vis på den ene side ikke forbundet med noget, der gjorde arbejdet lægefagligt interessant. På den anden side var der på denne vis også en kamp om diskursen om, hvem der blev anset for at være på patientens side.

En stor del af udmøntningen af ledelsesrelationen center – klinik blev af medarbejderne og lederne i klinikken fortolket som bestående i ressourcestyring. Afdelingen blev således af centerledelsen primært målt på, om de levede op til produktivitetmålene. I denne relation var det dermed budgettet, der var i centrum.

De reumatologiske læger havde således svært ved at oversætte centerproduktionen til i højere grad at være en organiseringsform, der tog udgangspunkt i patienternes behov. Samtidig var de bekymrede over den lægefaglige *deskilling* som de forbandt med centerproduktionen og det deraf følgende dalende engagement.

Det synes således også fremover at være en *going concern*, hvordan der skabes en balancegang mellem på den ene side det meget specialiserede og på den anden side en stærk faglighed om og koordinering af indsatsen for de almindelige medicinske lidelser. Og det synes fremover at være en *going concern*, hvordan der skabes en balancegang mellem på den ene side fagligt tilfredsstillende indlæggelsesforløb og på den anden side pressede budgetter og for få sengepladser.

Er hospitaler i stigende grad præget af arketyper *corporate bureaucracy* (Greenwood & Hinings 1988), hvor generelle ledelseskompetencer vægtes højere end i det professionelle fagbureaukrati? Fremkomsten af hybridledere kan måske ses som et tegn herpå. Og mange lægers fortællinger om udviklingen i det danske sygehusvæsen kan måske ses som et tegn herpå. Der har således i flere år været talt en del om djøficering af hospitalerne. En fortælling der af nogle fortælles som en nedadstigende beretning (Gergen 1997), hvor der er tale om at hospitalerne fagligt set bliver gradvist forringede. Af andre forbindes fortællingen om djøficering med et håb om bedre organisering på fremtidens hospitaler. Hvilken genre der er tale om synes stadig at være åben for fortolkning, men der vil sandsynligvis også fremover være en flerhed af fortællinger.

Arketyper skal ses som idealtyper, hvor en given organisation kan have elementer af flere forskellige arketyper (Greenwood & Hinings 1988). Arbejdets infrastruktur på hospitaler kan således fremstå som liggende inden for den maskinbureaukratiske type (jf. Vinge 2003), mens andre elementer kan fremstå som typisk for fagbureaukratier – fx lægernes traditionelle autonomi, mens andre elementer kan være præget af *corporate bureaucracy* – fx økonomistyring og akkreditering.

Ifølge Greenwood og Hinings kan de fortolkningsmæssige rammer, de anser for at være en del af arketyperne dog være så modsatrettede, at en organisation kan fremstå som skitzofren, hvis den er præget af forskellige arketyper (Greenwood & Hinings 1988:304). Sagt på en anden måde, så kan det for medarbejdere og ledere måske føre til et sensemaking overarbejde at blive vurderet ud fra forskellige typer af mål samtidigt. Specielt hvis disse mål synes det være modsatrettede. Dette kunne fx være eksemplet fra kapitel 9, hvor lægerne må foretage en afvejning, når de står over for den enkelte patient, hvorvidt de skal følge deres fagprofessionelle målsætning om at genoptræne patienten, eller om de skal følge den medicinske centermålsætning om at udskrive patienten.

Hvorvidt og hvordan hospitalerne i højere grad kommer til at trække på *corporate bureaucracy* i fremtiden bliver således potentielt et væsentligt emne for fremtidige

forskningsprojekter. Og måske ikke mindst hvilke konsekvenser der produceres hermed.

11. EFTERSKRIFT

I juni 2003 lukkede Reumatologisk Klinik. Sengeafdeling F1's senge blev lagt ind under en ny ledelsesmæssig konstruktion, hvor klinikchefen for apopleksien blev klinikchef for alle tre klinikker på Hans Bogbinders Alle. Det vil sige også for reumatologien og for geriatrien.

Klinikchefen for den reumatologiske klinik tog en stilling som klinikchef på et andet HS hospital, da han fik at vide, at han ikke kunne komme i betragtning til stillingen på Hans Bogbinders Alle, da den skulle gå til hans kollega, der havde taget en MPA.

Oversygeplejersken fik i forbindelse med lukningen af klinikken tilbudt sin afdelingssygeplejerskes stilling. Hun afslog. Hvorefter hun en torsdag fik at vide, at hun ikke behøvede at møde den kommende mandag. Hun arbejder i dag ikke længere i sundhedsvæsenet.

Afdelingssygeplejersken sagde sin stilling op og fik andet arbejde. Hun arbejder i dag som sygeplejerske på en sygehusafdeling inden for et andet område end det medicinske.

Den ledende overergoterapeut, en af overlægerne og en af den reumatologiske klinikledelses sekretærer arbejder i dag på samme reumatologiske klinik som klinikchefen.

Den ledende overfysioterapeut blev indtil sommeren 2006, hvor hun gik på pension.

I 2006 tog den medicinske centerchef en anden stilling. Og sygehusledelsen blev fungerende medicinsk centerledelse.

Stolthed og fordom

“**How** despicably have I acted!” she cried; “I, who have prided myself on my discernment!...Till this moment I never knew myself.”

This may be somewhat excessive – it is part of Darcy’s improvement that he comes to acknowledge the justness of much of what she has said about his behaviour and manner. The important thing is that perceiving her own pride and prejudice – notice she uses both words of herself – Elisabeth can now begin to be free of them. There can be few more important moments in the evolution of a human consciousness than such an act of recognition. There is much in our literature as well as our experience to suggest that the person who never comes to the point of saying ‘I never new myself’ will indeed remain forever cut off from any self-knowledge – what possible effect there is on his vision and conduct need not here be spelt out. If we don’t know ourselves, we don’t know our world.”

(Introduktion til Jane Austens 'Pride and Prejudice' Tanner 1972).

12. METODEBILAG

12.1 Observation

12.1.1 Følg aktørerne

Aktørerne	
<i>Ledergruppen:</i>	
Klinikchef (læge)	1
Oversygeplejerske	1
<i>Afsnitsledelse:</i>	
Afdelingssygeplejersken	1
Fung. afdelingssygeplejerske	1
<i>Plejepersonale:</i>	
Sygeplejersker	5
Social-og sundhedsassistenter	1
<i>Terapeuterne:</i>	
Fysioterapeuter	2
<i>Læger:</i>	
Afdelingslæge	1
I alt	13

12.1.2 Følg aktiviteterne

Møder i medicinsk centerledergruppe	3
Møder i ledelsesgruppen på sygehusniveau	1
Tværfaglig introduktionstemadag	1
Informationsmøde for læger om vagter i AMA	1
Tværfaglige møder F1	1
Plejepersonalemøder	2
Medarbejderudviklingssamtaler	1
Klinikledelsesmøder	1
Økonomimøder mellem klinik og centerledelse	1
Temadag i CLSU	1
Julemøde i Reumatologisk Klinik	1

Rundvisninger

På den gamle Reumatologiske afdeling på Kommunehospitalet	2
På sengeafsnit F1	1
På det nye sengeafsnit F1 og terapilokaliteterne (sept 2001)	1

12.2 Interview

Interview med Medicinsk Centerledelse

Centerdirektør	1
Centerchefsyrgeplejerske	1
I alt	2

Interview på Reumatologisk Klinik

Ledergruppen:

Klinikchef (læge), oversygeplejerske, overergoterapeut og

Overfysioterapeut 4

Afsnitsledelse:

Afdelingssygeplejersken samt den tidligere afdelingsygeplejerske 2

Plejepersonale:

Sygeplejersker 1

Social-og sundhedsassistenter 1

Sygehjælpere 1

Læger:

Overlæge 1

Afdelingslæger 1

Terapeuter:

Ergoterapeuter 1

Sekretærpersonale:

Lægeseekretærer 1

Andet personale:

Omsorgspersonale 1

Rengøringspersonale 1

I alt 15

Interview på AMA

Plejepersonale:

Sygeplejersker 3

Social-og sundhedsassistenter 1

I alt 4

<i>Samlet set</i>	KH	Sønderbro	Skt. Elisabeth	Italiensvej
Observation	7	2	4	
Interview	7	3	8	3

Plejepersonale	KH	Sønderbro	Skt. Elisabeth
Observation	4	2	2
Interview	1	3	4

Hertil diverse samtaler

Med den forhenværende afdelingssygeplejerske (Sankt Elisabeth)	1
Med sygehjælper (Sankt Elisabeth)	1
Med oversygeplejersken (Kommunehospitalet)	6
Med afdelingssygeplejersken	2
Med klinikchefen	4
Med den medicinske centerchef	3

12.2.1 Principper for udvælgelse af interviewpersoner

Principperne for udvælgelse af interviewpersoner i den reumatologiske klinik var at dække bredt inden for et overskueligt ressourceforbrug. De udvalgte personer dækkede derfor bredt blandt faggrupper og bredt angående de oprindelige enheder, der nu var fusioneret fra henholdsvis: Sankt Elisabeth, Kommunehospitalet og Sønderbro. Der er udvalgt faggrupper og personer, der havde deres faste og primære arbejdsgang i forbindelse med sengeafsnittet F1. Derudover indgik hele klinikledelsen. Ved interview af plejepersonale er der udvalgt en repræsentant for de faste aften/nat medarbejdere.

Når der ses bort fra ledende medarbejdere er alle interviewpersoner udvalgt blandt medarbejdere, der ikke har været fulgt i forbindelse med de gennemførte observa-

tionsstudier. De udvalgte personer er dog fortrinsvis udvalgt blandt personer, jeg havde mødt i forbindelse med samme studier – og som dermed kendte til min eksistens på forhånd. Observationsstudierne indgår som baggrundsoplysninger i forbindelse med interviewene, men konkrete oplevelser henførbare til konkrete situationer med enkeltpersoner testes som udgangspunkt ikke. Hovedfokus i interviewene er på relationer. Jeg har derfor fundet det hensigtsmæssigt at vælge ud blandt personer, der ikke før havde været inddraget aktivt i studiet ved observation, for at komme så bredt rundt som muligt. Havde fokus i højere grad været på udførelsen af konkrete arbejdsopgaver, havde det været mere hensigtsmæssigt at interviewe medarbejdere, hvis arbejde jeg havde observeret.

De interviewpersoner, der er udvalgt på AMA, kommer alle fire fra det sengeafsnit, der blev omdøbt til F1 på det tidligere Sankt Elisabeth. De blev udvalgt for at udforske årsager til, hvorfor de valgte at forlade deres tidligere afdeling og ikke indgå i den ny afdeling F1. Og hvorfor de valgte at flytte i samlet flok til AMA.

På samme vis var det planlagt at gennemføre interview med et udsnit af de medarbejdere der valgte at rejse til C1. Dette viste sig imidlertid ikke at være gennemførligt, da jeg ikke kunne få fat i dem inden for den givne periode.

13. SUMMARY IN ENGLISH

Thesis title:

Pride and Prejudice – Culture and Identity Work in the Creation of a New Hospital Ward by Merger.

This thesis is a narrative of how culture and identity were put to work in the creation of a new hospital ward in a new hospital division. Based on the field study two types of merger processes have been under study: 1) the process of merging parts of three personnel groups from three former hospitals (the Kommune Hospital, Sankt Elisabeth Hospital and Sønderbro at Sundby Hospital) into one hospital ward in a new Rheumatologic Unit and 2) the process of one hospital (Amager Hospital) acquiring parts of a rheumatologic unit from another closed down hospital (the Kommune Hospital). The aim of the thesis has been to investigate and discuss how employees enact culture and identity in connection with the establishment of a new hospital ward by merger? Research questions have also been: A) What kinds of belongingness, differences and boundaries are enacted? And B) How is this work done as part of the daily work?

Chapter 1: The Hospital Field – a Field of Cultures?

One of the problems of the term organisational culture is that it is used to describe something we think we can recognise (Martin 2002:318; Smircich 1983:346). This is a problem because what cultures are and where their boundaries lie is often seen as stable and fixed and consequently tends to be reified. Believing that the boundaries of a culture are identical to the boundaries of a given context, e.g. of an organisation and/or a physical location, is common in many studies on organisational culture but the view has several shortcomings. It places too much weight on

stability, uniqueness of distinct cultures, overestimates the importance of a shared physical location because people may actually never meet in face-to-face interaction, it tends to embody culture in people in a too straightforward way, tends to equate culture with the jobs people hold leading to too simple boundary-drawing strategies (Martin 2002).

This, the thesis argues has also been the case in many conceptualisations of the hospital. In the social world of the hospital organisation, cultures and identities are often spoken of as either fixed entities that can be moved around and still keep their shape and content or as something that can be subject to management and planned change.

Hospitals are to a large extent seen as dominated by the hospital professions, especially by doctors and nurses. Perhaps this is one of the reasons why hospitals are often conceived of as culture bound – as the professions are seen to represent strong cultures. Another might be that most hospitals are large public organizations and therefore, according to the common myth of public organizations, seen as stagnant. Culture is in the hospital setting considered to be a major barrier to change.

Simultaneously using the concept of culture has also become trendy. In the hospital field the line: *They have another culture* is often heard when representatives of a profession or a ward or department wish to differentiate themselves from another profession, ward, department etc. *They have another culture* simply means that they are conceived to be different. What is interesting about this is not that there are differences between professions, wards, specialities, etc. There are probably many general differences that may be enacted. What is interesting is that when the line *They have another culture* pops up, it is often in a connection where there is some kind of conflict at play. Conflicts that are realised but not necessarily mentioned. So generally speaking, the idea that cultures are different comes up in interfaces between groupings and when there is some kind of dependency at play. The line can thus be seen as a way of glossing over the contents of perceived conflicts. When the line is used, the speaker does not have to exemplify or elaborate. That there are different cultures is taken as a fact. That there are conflicts is, on the other hand, known and researched (Bate 2000; Borum 1999b; Melander 1999; Perrow 1986) but more problematic to mention. It is less legitimate to talk about

conflicts than to talk of differences in culture⁸⁶. In this sense culture can be seen as a container in which conflicts are contained and to some extent hidden. This narrative of difference as a matter of culture is enforced by the work of management consultants, professionals that have attended management courses, educational programmes at business schools etc. Thus culture has a tendency to become a narrative of concealed conflicts.

In Denmark hospital departments have been subject to vast amounts of reforms, reorganisations and to some extent also to mergers. The coming years will bring more mergers, as the Danish hospital system is undergoing major structural changes. The idea of culture as stabilisation and a barrier to change is also found within studies of mergers and acquisitions. Here culture is often pointed out as an important factor why the merger or acquisition did not have the promised positive effects (Cartwright & Hudson 2000; Jones et al. 1988; Molin & Strandgaard Pedersen 1996; Riad 2005; Risberg 2003; Strandgaard Pedersen 1998a; Søderberg et al. 2000). This also goes to the knowledge and expertise organisation of the hospital (Burke & Greenglass 2001; Goddard & Ferguson 1997; Shaw 2002). When it comes to mergers and acquisitions, culture and difficulties in integrating systems and personnel is often found to be an important reason why: *“The results remain unconvincing, suggesting that the predicted efficiency gains of mergers do not always appear and that unexpected costs often arise.”* (Goddard & Ferguson 1997:50). Annette Risberg and some of her Scandinavian colleagues on the other hand claim that it is the concept of culture itself and the way it is managed in general that leads to problematic merger processes (Risberg 2003:58).

Summing up, organisational culture is 'put to many functions' within the hospital field and some of these have been inspired by the vast amount of literature on organisational culture. Organisational culture is thus no longer just an analyst's concept – it has become something to be used by “the natives” themselves.

Chapter 2: Studies of Hospital Cultures and Change

In chapter two prior research on (organisational) culture in connection with hospitals and the hospital professions is presented and discussed. The idea that organ-

⁸⁶ In organisational life conflict is often seen as a very negative term, and not as something common - a condition of life itself as the researcher might see it (Schein 1994:74).

isational culture is a source of stabilisation in organisations – and accordingly also a barrier to change can be found in a large part of organisational theory. The sociological strand of neo-institutionalism thus emphasises how the cognitive culture dimensions of institutions give form to meaning, action and routines (Scott 2001:57). In theories of organisational culture, culture is also often seen as a key to the reoccurrence of certain actions and schemes of interpretation. Organisational culture is thus seen as having a stabilising effect on organisations. In fact most (non-integrationist) theories of organisational culture have a weak point when it comes to the matter of change which they are poorly designed to account for. The strength of the theories is rather to explain why change does not take place. The concept of culture may thus in itself perpetuate an image of hospital cultures that do not change. In recent years within the field of organisation studies, the concept of organisation has in many respects replaced the concept of organising. Likewise for strategy to strategizing and knowledge to knowing (Alvesson 2000:4) but what is the verb for culture? Seemingly, such a verb does not exist or has not yet been incorporated into organisation studies.

Hospitals are to a large extent populated by professionals who have had lengthy training outside of the realm of a single hospital and a single ward. Their training as a doctor, nurse, physiotherapist and so on can thus be seen as important in questions about who they are in the hospital organisation and what kinds of work they are expected to perform. It can even be seen as a central part of the social world of the hospital organisation that it to a large extent is the home of certain professions that perform different types of activities. Some of these activities are coordinated and deeply institutionalised, however, often the relationships between the professions are seen as problematic and the professions are seen as representing different values (Melander 1999) and cultures (Borum 1997). The professions are usually seen as working rather autonomously in each their system and therefore issues of coordination are often central in conflicts between the groups (Borum 1995a). Traditionally doctors have been the dominating profession but they have increasingly been put under pressure from especially the hospital managers. With the import of models and logics from *New Public Management* a new form of pressure has thus been implemented on the professional autonomy of especially doctors.

There is, according to the Scandinavian neoinstitutional hospital studies, on the one hand, a potential transformation of the hospital field under way to a less professionally dominated archetype (Borum & Bentzen 1999a:264). On the other

hand, plans and reforms are seen as unsuccessful because the *action patterns of old hospital cultures continue, and the high ambitions are contributing to a sense of crisis* (Borum & Bentsen 1999a:264). Hospital professions are therefore still seen as strong and influential (Sahlin Anderson 1999:310). This was also seen as the case in England in the 1990s (Bate 2000; Kitchener 1999; Glouberman & Mintzberg 1996).

There is, however, in the literature on professional hospital cultures: A) a tendency to overemphasize the existence of professional cognitive patterns, rationales and perspectives. B) a tendency to silence other professions than those of doctors, nurses and administrators. C) a tendency to stereotype and simplify making the professions seem more homogeneous than can actually be accounted for. Fragmentation and subgroupings are glossed over. D) a tendency to stereotype the work of professional groupings thus black-boxing work as it is actually carried out. This also goes to the work carried out by patients. E) a tendency to focus on stability and status quo of the professions, and F) the perspective is potentially blind to the new hybrid forms that may be emerging.

It is suggested that the identity or culture of hospital professions are better viewed as resources that can be enacted – but not in any automatic or straightforward way.

Chapter 3: The ‘Object’ of the Culture Study – a Basic Challenge

In chapter three the concept of organisational culture is discussed. A major challenge when doing research on organisational culture is that there is no unity in research communities as to what organisational culture is or how to study it. At the same time, though being an analytic concept, *organizational culture nonetheless is ‘real’ and somehow has ‘real behavioral consequences’.*” (Kreiner 1989:64). Rather than developing yet another definition Stuart Albert advises that the lack of definitional clarity should be seen as grounds of fertility and that the concepts should be discussed in relation to the empirical outcomes of the research. One of the ways to analyse studies of organisational culture is to see them either as integration studies, differentiation studies or fragmentation studies. The thesis advocates that the empirical story of the study is best understood as a story of differentiation. This is, however, not seen as differentiation in the traditional sense of the

differentiation perspective where subcultures are often seen as deep-rooted, representing a shared value system, stable and unique. Differentiation is instead also seen in a fragmentation light denying the existence of a stable and shared value system. Seeing instead the definition of the We and the narrative of a shared identity as continual work. The definition of the We thus also becomes vulnerable work as relations and organisational politics potentially shift.

Identity work is seen as related to culture work as defining who one is seen as central to the establishment of any organisational We.

Chapter 4: A Relational Perspective

In the traditional analysis it is the pre-given different organisational cultures that lead to differentiation when the cultures meet. In the social constructivist approach of this study any pre-given cultures are not assumed. What is under study is instead who brings what to the interaction and how it is done. The theoretical perspective developed in this thesis takes its point of departure in three strands of thought: 1) that of symbolic interactionism, 2) the social constructionist perspective as represented by Kenneth Gergen, and 3) the cultural organisational differentiation perspective as developed by John Van Maanen and Stephen Barley.

In the framework of Van Maanen and Barley the boundaries of a culture or a group are not only likely to be shaped by specific contexts of work but are also defined by that group itself. There are three issues concerning boundaries of organizational culture in this perspective that are central to this study. That is that A) boundaries are seen as related to work practices and interaction patterns and B) boundaries are seen as related to the politics of organisational life and C) boundaries are seen as related to identity. The concepts of *consciousness of kind* and *consciousness of difference* help pin out the different boundaries.

A potential source of differentiation to other groups is that they do other kinds of work. The process should not be seen as automatic rather it should be seen as craving work on the part of the participants who seek to define themselves as different from another conceived group. If Van Maanen and Barley are read in this manner, their perspective can be seen as a kind of catalogue of relevant sources of differentiation. It means abandoning the idea of the stable and unique subcultures per se and instead focussing on the processes of being participants, non-

participants and even employing behaviour of resistance. Van Maanen and Barley are seen as useful in this analysis as their catalogue provides an insight as to the politics of organising.

Van Maanen and Barley point to the existence of cultural boundaries in organisations and they provide an insight into *why* boundaries are constructed but they do not, however, provide many clues as to *how* these boundaries are constructed in the business of doing daily work.

This is where Symbolic Interactionism enters the stage because *interactionists study how people produce their situated versions of society* (Lindesmith et al. 1999:18) or formulated in another way Symbolic Interactionism is about describing *how* people form and revise *what* is meaningful to them (Holstein & Gubrium 2000:33).

In his works Blumer directs us to the study of human beings' own meanings and to the everyday interaction within which those meanings arise (Holstein & Gubrium 2000:33). This means focussing on the production of meaning and seeing meaning-making as an integral part of social interaction. It also means emphasizing interaction between people as central to the process. The thesis is highly inspired by Jaber Gubrium's and James Holstein's merger of symbolic interactionism, ethnomethodology, and post-structuralist cultural theory and their suggestions to studying the *whats* and the *hows* of everyday meaning and identity construction.

Identities are in the thesis seen as relational and as constructed through narratives. Gergen's works on identity and narratives are seen as central to the understanding of how identities are enacted as narratives in the daily work. And how narrative validity is obtained.

From these perspectives a theoretical frame is constructed that seeks to be sensitive to how daily life is constructed in the organisation, how social interaction is central to the process, what cultural boundaries and identities are enacted in this interaction – and how.

Chapter 5: Study Design and Methodology

“An institution is a going concern – they may keep it going or not. It is never fully done or solid. Some work has to go into it. You should study this.” (Jaber Gubrium, PhD Course in Copenhagen, December 2003).

In chapter five it is described how the study was carried out as an explorative field study. A field study involving observation of participation (Tedlock 2000) as well as 21 semi-structured interviews with the participants. Observation commenced in May 1999 with the opening of the new Ward F.

Blumer’s first premise that *human beings act toward things on the basis of the meanings that the things have for them* has the methodological implication that one must observe the social self in action and interaction with others (Holstein & Gubrium 2000:33). This calls for observation studies because observation studies are the only way social selves can be studied in their “natural environment”. Interviews alone are less useful because secondary reports will not do and neither will idealized or socially distant representations (Holstein & Gubrium 2000:33).

Blumer’s third premise that meanings are handled in and modified through an interpretative process used by the person in dealing with the things he encounters directs us to studying the process of interpretation. This process has two distinct steps (Blumer 1969:5): 1) the actor indicates to himself the things toward which he is acting. This means pointing out to himself the things that have meaning. The actor does this in interaction and communication with himself and 2) by virtue of this process of communicating with himself interpretation becomes a matter of handling meanings. Blumer sees this as a formative process in which meanings are used and revised as instruments for the guidance and formation of action and thus not as a mere automatic application of pre-established meanings (Blumer 1969:5). Blumer’s third premise can thus be seen as cautionary (Holstein & Gubrium 2000:33) warning us not to take established meanings for granted. We should rather be open to the continuous process of ongoing interpretation. This has the methodological implication that we should not employ highly structured methods of co-creating data as these do not permit the interpretive process to continually show through (Holstein & Gubrium 2000:33). The methodological directive is here to document the articulation and emergence of meaning in rich detail as it unfolds, not in lifeless analytic categories and statistical tables (Holstein & Gubrium 2000:33).

The analytic frame was constructed while the empirical study was conducted. The process of interpretation has thus been ongoing and interactive between theories and empirical construction of data. The style of presentation is partly naturalist, partly a bricolage of elements of identity and culture work.

Chapter 6: In the Context of a Hospital Change Project

”It is important that every employee has knowledge of the economic conditions that prevail in the running of a hospital ward. Knowledge of the price of pharmaceuticals, diagnostic tests, linen, food etc. is the foundation of a responsible use of resources. It is no use that when treating any specific patient, one acts as if one had more resources at hand than one actually has got. This means that prioritising is necessary on all levels. Money can only be spent once”. (Presentation of Medical Division, Amager Hospital, September 2002:20).

Ward F consisted of staff from three different hospitals who were put together in a kind of merger process and the ward was expected to function as a part of a new medical division construction. A construction made to serve the purpose of e.g. strengthening managerial perspectives of high patient turnover rates. And a construction made to serve the purpose of minimising too much specialised autonomy at the expense of the “ordinary medical patient” with ordinary diseases. The new division form was thus part of a new hospital plan in the area of how to control costs and solve the pressure on hospital beds in the medical wards. As part of this hospital plan a number of mergers were implemented. In line with this thinking Ward F was a part of the rheumatologic function of the hospital but the 20 beds in the Ward were defined as being composed of seven rheumatologic beds, seven geriatric beds and six beds of internal medicine.

The division management consisting of a doctor and a nurse thus had formulated specific goals, policies, values and ideas they expected the new ward to comply with. These were, however, in some important ways very different from the ways in which staff in the new ward had been used to think about the treatment of and caring for their specific kind of patients. Although being a source of frustration for the staff, these differences came to play an important part in the construction of a community.

At the same time, the division management's definition of a wanted collective division culture cutting across the different wards, also meant the definition of unwanted cultures. Incoming staff and management from the closed down Kommune Hospital were thus from the very beginning cast as representing and bringing with them an unwanted and wrong culture.

Chapter 7: Rheumatologic Versions of Ward F

Becoming a ward was a complex process that involved sense-making as to the purposes of the ward e.g. what patients should be in the ward's beds and for how long, the building up of a ward identity and a working community, the demarcation of a space, an establishment of relevant ward practices and the establishment of external relations with e.g. other wards and finally a running negotiation with the division management and its policies. Becoming a ward was a going concern and a lot of work went into it. Chapter seven argues that a significant part of this work was identity work – defining who and what are we? What do we do? And by implication of the first question: Who are They? Chapter seven depicts that a community was enacted as related to a rheumatologic, non-acute, care identity and to the medical speciality of rheumatology of the doctors.

This identity was enacted as being unique and as being different from and in opposition to “the system” and the Medical Division's general politics. Staff ascribed identities to themselves as caring. People who try to make a difference and who are to some extent up against a whole system. Ward F was never fixed or solid but a scene for negotiation, strong opinions about the right and morally correct way to treat and care for patients, for words of resistance towards the upper organisational level of the Division and yet also compliance to some of the policies of the Division.

Already at the time of the opening of the Ward on the day of introduction it became clear that there were divergent understandings of the proper purpose of the ward and its practices. The Medical Division management saw the ward as a functional part of the Division and expected patient stays to be short so that the ward could take part in “the effective division production”. The incoming staff and management had another idea of the ward. They saw it as a locus for creating patient stays and working practices that they would find meaningful. Being highly productive was not a part of this agenda. Rather long patient stays where the pa-

tient had time to regain a minimum of physical competences was seen as something to strive for.

The professional field of rheumatology was by the doctors that came from the Kommune Hospital (K.H.) seen as a vital part of their setting and to them Ward F was one of the parts of the Rheumatologic Department. Unlike the nursing staff they shifted working places within the Department so that some days they would do their work in the Ward and other days they would be working at the out-patient Clinic or at the A Building. The doctors had their medical specialisation in rheumatology and the skills this training had provided them with. The doctors recognized that they had to have other patient categories in their beds as being part of a medical division but having had the choice they would have preferred to fill more of the beds up with rheumatologic patients. The doctors talked of *professional pride* in relation to being rheumatologists and displayed an interest in working as such.

Staff and management from the K.H. narrated the purpose of Ward F as being mainly to take care of rheumatologic patients. They talked of themselves as being transferred from K.H. and accordingly they also narrated their function as having moved along too. Their function was narrated in broad terms but it had something to do with rheumatologic patients and the seven rheumatologic beds (beds on paper) they came with. In the beginning the Ward project was talked of as establishing a *small K.H.*. The staff from the geriatric ward at Sønderbro had a similar and yet a different version. Their ward had been closed due to budgetary cuts, said to be on account of general overspending. They also came in a group and brought their head ward nurse with them who was now to be head ward nurse of Ward F. They too took part in narrating the ward as primarily rheumatologic.

A central aspect of narrating the ward as primarily rheumatologic was the narrative of right and wrong patients. Rheumatologic patients were here seen as patients with a rheumatologic diagnosis and as *generally younger and more mobile* than the average medical patient and as having a rehabilitation potential. They were thus defined as patients who do not merely lie passively in their beds. At the same time the many patients that did not fit this description were often talked of as “wrong” patients. It was seen as a management task to insure that patients were mainly rheumatologic and management also made promises in that direction: “*We are a strong group that are slowly going to get the right patients admitted*”. (observation data).

Chapter 8: The Enactment of a Ward Community

“More broadly, it may be said that maintaining identity – narrative validity within a community – is an interminable challenge”. (Gergen 1994:208).

Chapter eight depicts how the identity work that took place at Ward F led to an exclusion of the employees from the former ward at Sankt Elisabeth. The chapter shows how staff meetings were used as an arena where narrative validity was established.

When the staff from the K.H. arrived at the new Ward F – the old premises of Sankt Elisabeth – there was a group of six nursing staff left. The staff from the former ward at Sankt Elisabeth had all but one another version of the emerging ward. They expressed the opinion that they found the idea of caring for rheumatologic patients boring and that the ward was overall becoming more boring to work in as it had become less acute. Theirs was a narrative of decay. They had been left behind by most of their former colleagues and there was an atmosphere of disintegration among the Sankt Elisabeth staff. They were frustrated by events in the merger between Sankt Elisabeth and Sundby Hospitals. According to their story nothing was really left of Sankt Elisabeth except from the buildings and a few routines. *“It was like this: Suddenly we at Sankt Elisabeth had to do what they told us. We had to follow their ideas and their goals. Our ideas and goals could no longer be used.”* (nurse, observation data)

The former head ward nurse also found it difficult to step down to working as an ordinary nurse. Though being old-timers in the physical frame of the Ward they seemed to feel in the periphery of the new Ward as a working place and potential community. They talked of it as difficult that people were coming in from the K.H. talking about *their ward*, about changing things, and about bringing their stuff, *their ice machines, their jogging clothes, their washing machine* etc.

Furthermore, they talked not only of the unattractiveness but also of the impossibility of the future ward as being primarily rheumatologic. Before long, all of the remaining nursing staff but one had left the ward. This narrative of decay and no hope for a better future seemed to pose a threat to the others’ “it has been hard but it is going to be better” narrative. If the latter narrative was to gain validity it was not possible to give space to the identity threatening narrative of decay.

Chapter 9: How an Identity of a Medical Speciality was Negotiated as a Part of Daily Work

In chapter nine it is argued that the patient - translated into diagnosis, stability of the condition and length of stay by the professional participants at Ward F - comes to play a major role as a passive object of negotiation of identity. When diagnosis, condition and length of stay of patients are negotiated, it is thus simultaneously negotiated what identities of the ward are valid.

Within the Medical Division of the Hospital there is an interdependence between the acute reception ward (AMA) and other medical wards in the Division. In everyday life they operate in different physical spaces. AMA is, however, the centre of the Medical Division as most patients are admitted via AMA. Patients are then transferred to the other wards if considered in need of further hospitalisation. Ward F thus receives the patients that have been chosen by and delivered from AMA in the A Building. There is a high pressure on AMA's beds and therefore a need to get the patients out and in somewhere else. As Ward F is situated in the B Building in the former Sct. Elisabeth Hospital – a non acute satellite with no doctors present after 4 pm – patients must according to the staff working at Ward F be in a stable condition when they arrive. The relation between Ward F and AMA is thus daily monitored as a question of whether patients are right in the sense A) rheumatologic B) in a stable condition C) arriving at a reasonable time – in the day time. Negotiations of agreements made, breaches of agreements made and negotiations on how to deal with breaches was thus an ongoing work.

A work that was central to the narratives of relevant identities. Breaches on agreements thus seemed to be enacted as threats to identity and space. What kind of diagnosis and health problems a patient was admitted with was enacted as being significant to the staff as this firstly said something about what kind of ward it was, secondly was conceived to be important for the work load and relevant skills. As part of the daily work it was often talked about which patients were seen as rheumatologic and which were not. An example of a patient group that was not seen as rheumatologic were patients suffering from apoplexy (neurological patients). These patients were also in need of physiotherapy and occupational therapy but the ones admitted to Ward F were seen as being in a poor state and therefore heavy to work with. Having many of these patients was therefore talked of as unfair as the ward was not seen as having the right resources.

In the narrative of “the right patient” patients were represented as being rheumatologic, as being non- or only subacute (in opposition to acute) and as being characterised by a long patient stay. In this narrative having “the right patients” in the beds of the Ward thus signified good working conditions and high morals on patient stays. Length of patient stays and diagnosis thus became actants in the negotiation of identity and autonomous space as well as actants in the wider organisational discussion of expenditure, resource allocation and management goals.

Chapter 10: Conclusions – Identity and Culture Work

In chapter ten the results of the study are summarised and conclusions are drawn. Implications for future merger processes are discussed. It is suggested that sense-making, narratives and cultural pre-castings are central in the culture and identity work that takes place. It is also suggested that a quest for an autonomous space came to be central to the professional participants in the daily work of Ward F. It is suggested that enactment of community is related to defining the common endeavour as meaningful. That conflicts of interests will probably be a part of the process. That mutual respect is important to the process and that continual identity work is a necessity.

It is also discussed whether the traditional archetype of the hospital as an organisation dominated by a professional bureaucracy is undergoing changes. It is suggested that corporate bureaucracy is perhaps increasingly becoming an appropriate image of the hospital organisation. That major conflicts of interest seem to be at play between medical specialisation, “proper” caring work and economy.

14. REFERENCER

Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labour*. Chicago: The University of Chicago Press.

Adamsen, L. (2000). Klinisk sygepleje - definitioner, kerneområder og klinisk forskning. I: P. Ramhøj, I. Egerod, & J. Taleman (red.), *Klinisk sygepleje. Praksis og udvikling 1* (s. 18-53). København: Akademisk Forlag.

Aiken, L.H. & Sloane, D.M. (1997). Effects of specialization and client differentiation on the status of nurses: The case of aids. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, s. 203-222.

Alban, A., Boll Hansen, E. & Christensen, U. (1988). *Opgave-glidning mellem sygehuse og kommuner* (DSI rapport 88.05). København: Dansk Sygehusinstitut & Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut.

Albert, S. (1998). The definition and metadefinition of identity. I: D.A. Whetten & P.C. Godfrey (red.), *Identity in organizations. Building theory through conversations* (s. 1-13). Thousand Oaks: Sage Publications.

Alsterdal, L. (1999). *Det tredje øyet. Yrkesdyktighet og omsorgskunnskap*. Oslo: Kommuneforlaget.

Alvesson, M. (2002). *Understanding organizational culture*. London: Sage Publications.

Andersen, I., Borum, F., Kristensen, P.H. & Karnøe, P. (1992). *Om kunsten at drive feltstudier - en erfaringsbaseret forskningsmetodik*. København: Samfundslitteratur.

Andersen, K.V. (2005). *Problembørn, pædagoger og perkere - Identitet og ambivalens i mødet mellem etniske minoritetsbørn og systemet* (Ph.d. afhandling, nr. 33). København: Sociologisk Institut, Københavns Universitet.

Andersen, V., Dybbroe, B. & Bering, I. (2004). *Fællesskab kræver fællesskab: rapport fra projektet Sygepleje i forandring - arbejdsliv, faglighed og fagforening: et analyse- og udviklingsprojekt for DSR Frederiksborg Amt*. Hillerød: Dansk Sygeplejeråd, Frederiksborg Amtskreds.

Annandale, E. (1985). Work roles and definitions of patient health. *Qualitative Sociology*, 8(2), s. 124-148.

Antaki, C. & Widdicombe, S. (1998a). *Identities in talk*. London: Sage Publications.

Antaki, C. & Widdicombe, S. (1998b). Identity as an achievement and as a tool. I: C. Antaki & S. Widdicombe (red.), *Identities in talk*. London: Sage Publications.

Archer, M.S. (1996). *Culture and agency. The place of culture in social theory* (2. udg.). Cambridge: Cambridge University Press.

Armstrong-Stassen, M. & Cameron, S.J. (2003). Dimensions of control and nurses' reactions to hospital amalgamation. Special issue on healthcare restructuring in Canada. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(8/9), s. 104-128.

Ashburner, L., Ferlie, E. & FitzGerald, L. (1996). Organizational transformation and top-down change: The case of the NHS. *British Journal of Management*, 7, s. 1-16.

Bang, H.P., Dyrberg, T.B. & Hoff, J. (2005). *Magtens nye ansigt. Netværkspolitik, kulturstyring og ny elitisme*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Bang, H.P. & Hansen, A.P. (2005). Kvarterløft: Borgerinddragelse gennem kulturstyring i Kgs. Enghave. I: H.P. Bang, T.B. Dyrberg, & J. Hoff (red.), *Magtens nye ansigt. Netværkspolitik, kulturstyring og ny elitisme*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Barley, S. (1983). Semiotics and the study of occupational and organizational cultures. *Administrative Science Quarterly*, 28, s. 393-413.

Barley, S. (1986). Technology as an occasion for structuring: Evidence from observations of CT scanners and the social order of radiology departments. *Administrative Science Quarterly*, 31, s. 78-108.

Barley, S. (1996). Technicians in the workplace: Ethnographic evidence for bringing work into organizations studies. *Administrative Science Quarterly*, 41, s. 404-441.

Barley, S. & Kunda, G. (2001). Bringing work back in. *Organization Science*, 12(1), s. 76-95.

Barner-Rasmussen, W., Örndahl, M. & Johanson, M. (2003). Identity, integration, and nostalgia in a multinational corporation: Translating top management. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 5(1), s. 83-101.

Bate, P. (2000). Changing the culture of a hospital: From hierarchy to networked community. *Public Administration*, 78(3), s. 485-512.

Bate, S.P. (1997). Whatever happened to organizational anthropology? A Review of organizational ethnography and anthropological studies. *Human Relations*, 50(9), s. 1147-1175.

Bentsen, E.Z. (1996). *Sygehusledelse i et institutionelt perspektiv - en analyse af trojkamodellens opståen, spredning og funktion* (Ph.D. afhandling. Institut for Organisation og Arbejdssociologi). København: Handelshøjskolen i København.

Bentsen, E.Z. (1999). Trojkaledelse i Danmark - linedans for et blandet publikum. I: E.Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir, & K. Sahlin-Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Frederiksberg: Handelshøjskolens Forlag.

Bentsen, E.Z. (2000). *Sygehusledelse i Danmark - Trojkamodellens opståen, spredning og funktion*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Bentsen, E.Z. (2003). Kulturelle ændringer på danske sygehuse - en statusopgørelse og et bud på nye metoder. I: S. Hildebrandt & K.K. Klausen (red.), *Sygehusledelse. Temaer, perspektiver, udfordringer*. København: Munksgaard.

Bentsen, E.Z. & Borum, F. (2001). Legitimering i et konfliktfyldt felt - en topledels håndtering af en radikal organisationsændring. *Nordiske Organisationsstudier*, 3(1), s. 5-31.

Bentsen, E.Z., Borum, F., Sahlin-Andersson, K. & Erlingsdóttir, G. (1999). *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Berg, M. & Mol, A. (1998). *Differences in medicine. Unraveling practices, techniques and bodies*. Durham, NC.: Duke University Press.

Berger, B.M. (1981). *The survival of a counterculture*. Berkely and Los Angeles: University of California Press.

Berger, P.L. & Luckmann, T. (1966). *Den samfundsskabte virkelighed. En videnssociologisk afhandling*. København: Lindhardt og Ringhof.

Blomgren, M. (1999a). Omvårdnad och ekonomi: sjuksköterskeprofessionen i mötet med de nya styrmodellerna. I: K. Lampou & B. Anderson (red.), *Studier i sjukvårdsorganisation. Om ekonomistyrning, ledarskap och förändring inom svensk sjukvård*. (Studia Oeconomiae Negotiorum 46). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

Blomgren, M. (1999b). *Pengarna eller livet? Sjukvårdande professioner och yrkesgrupper i mötet med en ny ekonomistyrning* (Doctoral thesis no. 78). Uppsala: Företagsekonomiska institutionen, Uppsala Universitetet.

Blomgren, M. (1999c). Resultatansvarets betydelse för sjuksköterskornas professionalisering. I: E.Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir, & K.S. Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism. Perspective and method*. Berkeley: University of California Press.

Borum, F. (1976). *Organisation, magt og forandring*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Borum, F. (1995a). *Organization, power and change*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Borum, F. (1995b). *Strategier for organisationsændring*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Borum, F. (1997). *Transforming hospital management: the (im)possibility of change* (Papers in Organization 23). Copenhagen: Copenhagen Business School.

Borum, F. (1999a). *Ascribing rationales to concepts: Opening and closing windows of opportunities at a university hospital* (FLOS Working Papers, No. 1 - 1999). København: FLOS.

Borum, F. (1999b). Perspektiver på forandringsprocesser i sundheds- og sygehusfeltet. I: E.Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir, & K. Sahlin-Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Borum, F. (2000). *Professional societies as change agents: The Danish medical societies' creation of the "function-bearing" unit* (FLOS Working Papers, No. 2 - 2000). København: FLOS.

Borum, F. (2003). *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Borum, F. & Bentsen, E.Z. (1999a). At skabe ledelse - Rigshospitalets import af centerstrukturen. I: E.Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir, & K. Sahlin-Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Frederiksberg: Handelshøjskolens Forlag.

Borum, F. & Bentsen, E.Z. (1999b). *Centerstrukturen på Rigshospitalet i København. En analyse af organisatoriske og ledelsesmæssige aspekter* (FLOS Forskningsrapport, No. 1 - 1999). København: FLOS.

Borum, F., Jacobsgaard, T. & Larsen, B. (1981). *Sygehuse - opgaver, struktur, medarbejdere og teknologi*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Bowker, G.C. & Star, S.L. (1999). *Sorting things out. Classification and its consequences*. Cambridge, Mass.: The MIT Press.

Brante, T. (1988). Sociological approaches to the professions. *Acta Sociologica*, 31(2), s. 119-142.

Brooks, I. & MacDonald, S. (2000). 'Doing life': Gender relations in a night nursing sub-culture. *Gender and Night Nursing*, 7(4), s. 221-229.

Brown, A. (1998). *Organisational culture* (2. udg.). London: Pitman.

Brunsson, N. & Olsen, J.P. (1990). *Makten att reformera*. Stockholm: Carlssons.

Brunsson, N. & Sahlin-Andersson, K. (1998). Att skapa organisationer. I: A. Göran (red.), *Stater som organisationer*. Stockholm: Nerenius och Santérus Förlag.

Buchanan, D., Boddy, D. & McCalman, J. (1988). Getting in, getting on, getting out and getting back. I: A. Bryman (red.), *Doing research in organizations* (s. 53-67). New York: Routledge.

Bucher, R. & Strauss, A. (1961). Professions in process. *American Journal of Sociology*, 66, s. 325-334.

Burke, R.J. & Cooper, G.L. (2000). The new organizational reality: Transition and renewal. I: R.J. Burke & G.L. Cooper (red.), *The organization in crisis. Downzising, restructuring and privatization* (s. 269-283). Oxford: Blackwell Publishing.

Burke, R.J. & Greenglass, E.R. (2001). Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of perceived hospital and union support. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, s. 93-115.

Cartwright, S. & Hudson, S.-L. (2000). Coping with mergers and acquisitions. I: R.J. Burke & G.L. Cooper (red.), *The organization in crisis. Downzising, restructuring and privatization* (s. 269-283). Oxford: Blackwell Publishing.

Charmaz, K. (2000). Grounded theory. Objectivist and constructivist methods. I: N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (red.), *Handbook of qualitative research*. 2. udg. (s. 509-535). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Cortvriend, P. (2004). Change management of mergers: the impact on NHS staff and their psychological contracts. *Health Services Management Research*, 17, s. 177-187.

Currie, G. (1996). Contested terrain. The incomplete closure of managerialism in the health service. *Personnel Review*, 25(5), s. 8-22.

Czarniawska-Joerges, B. (1991). Culture is the medium of life. I: P.J. Frost, L.F. Moore, M.R. Louis, C.C. Lundberg, & J. Martin (red.), *Reframing organizational culture*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Czarniawska-Joerges, B. (1992). *Exploring complex organizations. A cultural perspective*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Dahler-Larsen, P. (1993). *Fællesskabet af dem som intet fællesskab har. En sociologisk undersøgelse af organisationskultur hinsides et integrationsperspektiv* (Afhandling fra det samfundsvidenskabelige fakultet). Odense: Odense Universitet.

Dahler-Larsen, P. (1997). Organizational identity as a "crowded category". A case of multiple and shifting "we" typifications. I: S.A. Sackman (red.), *Cultural com-*

plexity in organizations. Inherent contrasts and contradictions. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Dansk Sygehus Institut (1994). *Arbejdstilrettelæggelse på sygehusene. En interviewundersøgelse* (DSI rapport 94.11). København: Dansk Sygehus Institut.

Darmer, P. (1992). *Organisationer som kulturer. Organisationskultur i antropologisk perspektiv* (Ph.D. serie 7.92). Frederiksberg: Handelshøjskolen i København.

Darmer, P. (2001). *Is it here, there, everywhere? - Organisational culture formation in small enterprises* (4. udg.) (Working Paper No. 4-2001). Copenhagen: LOK Research Center.

Davies, B. & Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), s. 43-63.

Davies, C. (1995). *Gender and the professional predicament in nursing*. Buckingham: Open University Press.

Deal, T.K. & Kennedy, A.A. (1982). *Corporate cultures*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Denzin, N.K. (1991). *Images of postmodern society*. London: Sage Publications.

Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2000). Introduction. The discipline and practice of qualitative research. I: N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (red.), *Handbook of qualitative research*. 2. udg. (s. 1-28). Thousand Oaks: Sage Publications.

DiMaggio, P. (1997). Culture and cognition. *Annual Review of Sociology*, 23, s. 263-287.

DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociology Review*, 48, s. 147-160.

DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (1991). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.

Dingwall, R., Lewis, P. & red. (1983). *The sociology of the professions: Lawyers, doctors and others*. London: The Macmillan Press.

- Dodier, N. & Camus, A. (1998). Openness and specialisation: dealing with patients in a hospital emergency service. *Sociology of Health and Illness*, 20(4), s. 413-444.
- du Gay, P. (1996). Organizing identity: Entrepreneurial governance and public management. I: S. Hall & P. du Gay (red.), *Questions of cultural identity*. London: Sage Publications.
- Edwards, D. (1998). The relevant thing about her: Social identity categories in use. I: C. Antaki & S. Widdicombe (red.), *Identities in Talk* (s. 15-33). London: Sage Publications.
- Elmersjö, C.Å. (2003). *Moralisk ekonomi i sjukvården? Om etik och ekonomi i sjukhusets vardagsorganisering [Ph.d.afhandling]*. Stockholm: Företagsekonomiska institutionen, Stockholms Universitet.
- Emerson, R.M. (2001). *Contemporary field research. Perspectives and formulations* (2. udg.). Prospect Heights: Waveland Press.
- Enckell, M. (1998). *Organizational cultures of Finnish hospitals in change* (Ekonomi och Samhälle nr. 71). Helsingfors: Hanken Svenska handelshögskolan.
- Engström, A.K., Rosengren, K. & Hallberg, L.R.M. (2002). Balancing involvement: employees' experiences of merging hospitals in Sweden. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), s. 11-18.
- Eriksen, T.R. (1986). *Sygeplejekultur i erhverv og uddannelse*. Næstved: Kontekst.
- Eriksen, T.R. (1992). *Omsorg i forandring*. København: Munksgaard.
- Etzioni, A. (1969). *The semi-professions and their organization. Teachers, nurses, social workers*. New York: The Free Press.
- Fagerberg, I. & Kihlgren, M. (2001). Experiencing a nurse identity: the meaning of identity to Swedish registered nurses 2 years after graduation. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), s. 137-145.
- Feldman, M. (1991). The meaning of ambiguity: Learning from stories and metaphors. I: P.J. Frost, L.F. Moore, M.R. Louis, C.C. Lundberg, & J. Martin (red.), *Reframing organizational culture*. Newbury Park, Calif.: Sage.

Ferlie, E. (1997). Large-scale organizational and managerial change in health care: a review of the literature. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2(3), s. 180-189.

Franssén, A. (1997). *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården*. Lund: Arkiv Förlag.

Fredslund, H. (2002). *Når "vilde" problemer tæmmes - En filosofisk-hermeneutisk fortolkning af implementering af en forebyggelsessamtale på en afdeling på Bispebjerg Hospital [Ph.d. afhandling]*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Freidson, E. (1963). *The hospital in modern society*. New York: The Free Press.

Freidson, E. (1983). The theory of professions: State of the art. I: R. Dingwall & P. Lewis (red.), *The sociology of the professions*. London: The Macmillan Press.

Freidson, E. (1986). *Professional powers. A study of institutionalization of formal knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.

Frost, P.J., Moore, L.F., Louis, M.R., Lundberg, C.C. & Martin, J. (1991). *Reframing organizational culture*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.

Frow, J. & Morris, M. (2000). Cultural studies. I: N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (red.), *Handbook of qualitative research*. 2. udg. (s. 315-346). Thousand Oaks: Sage Publications.

Gamarnikow, E. (1991). Nurse or woman: Gender and professionalism in reformed nursing 1860-1923. I: P. Holden & J. Littlewood (red.), *Anthropology and nursing* (s. 110-129). London: Routledge.

Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Garsten, K. (1994). *Apple world. Core and periphery in a transnational organizational culture* (Stockholm Studies in Social Anthropology, 33). Stockholm: Department of Social Anthropology, Stockholm University.

Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.

Gergen, K.J. (1991). *The saturated self. Dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.

Gergen, K.J. (1994). *Realities and relationships*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gergen, K.J. (1997). *Virkelighed og relationer*. [Virum]: Dansk Psykologisk Forlag.

Giddens, A. (1983). *Central problems in social theory. Action, structure and contradictions in social analysis* (2. udg.). London: Macmillan.

Giddens, A. (1993). *New rules of sociological method* (2. udg.). London: Polity Press.

Gioia, D.A. (1998). From individual to organizational identity. I: D.A. Whetten & P.C. Godfrey (red.), *Identity in organizations. Building theory through conversations* (s. 17-31). Thousand Oaks: Sage Publications.

Glouberman, S. & Mintzberg, H. (1996). *Managing the care of health and the cure of disease. Part 1: Differentiation* (INSEAD Working Papers 1998-49-SM). Fontainebleau: INSEAD.

Gluckman, M. (1958). *Analysis of a social situation in modern Zululand* (The Rhodes-Livingstone Papers 28). Manchester: Manchester University Press.

Goddard, M. & Ferguson, B. (1997). *Mergers in the NHS. Made in heaven or marriages of convenience?* (Nuffield Occasional Papers, Health Economics Series: 1). London: The Nuffield Trust.

Goffman, E. (1959). *The presentation of self*. New York: Doubleday.

Greenwood, R. & Hinings, C.R. (1988). Design archetypes, tracks and the dynamics of strategic change. *Organization Studies*, 9, s. 293-316.

Greenwood, R. & Hinings, C.R. (2002). Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism. I: S. Clegg (red.), *Central currents in organization theory. Frameworks and applications. Volume 4* (s. 120-150). London: Sage Publications.

Grünberg, J. (1999). Sjukdirektörers arbete och avgångar. I: K. Lampou & B. Anderson (red.), *Studier i sjukvårdorganisation. Om ekonomistyrning, ledarskap och förändring inom svensk sjukvård*. (Studia Oeconomiae Negotiorum 46). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

Gubrium, J.F. (1992). *Out of control. Family therapy and domestic disorder*. Newbury Park: Sage Publications.

Gubrium, J.F. (1997). *Living and dying at Murray Manor*. Charlottesville: University Press of Virginia.

Gubrium, J.F. & Holstein, J. (2001). *Institutional selves; Troubled identities in a postmodern world*. New York: Oxford University Press.

Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. (1990). *What is family?* Mountain View: Mayfield Publishing Company.

Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. (1997). *The new language of qualitative method*. New York: Oxford University Press.

Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. (2000). Analyzing interpretive practice. I: N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (red.), *Handbook of qualitative research*. 2. udg. Thousand Oaks: Sage Publications.

Gundorph-Malling, B. (1998). *Med hjertet på rette sted [Ph.d.-afhandling]*. København: UCSF.

H:S Direktionen (1995). *Udvalgte grovskitseemner*. København: H:S Direktionen.

H:S Direktionen (1996a). *Standardcheckliste og tidsfølgeplan for projekter under Sygehusplan H:S 2000*. København: H:S Direktionen.

H:S Direktionen (1996b). *Sygehusplan H:S 2000*. København: H:S Direktionen.

H:S Direktionen (1997). *Sygehusplan H:S 2000 gennemførelse - en midtvejs ministatus*. København: Hovedstadens Sygehusfællesskab.

H:S Direktionen (1999). *Status for Sygehusplan H:S 2000 og den videre planlægning*. København: H:S Direktionen.

Hall, S. (1996). Introduction: Who needs identity? I: S. Hall & P. du Gay (red.), *Questions of cultural identity*. London: Sage Publications.

Hallam, J. (2002). Vocation to professions: Changing images of nursing in Britain. *Journal of organizational change management*, 15(1), s. 35-47.

Halpern, S.A. (1992). Dynamics of professional control: Internal coalitions and crossprofessional boundaries. *The American Journal of Sociology*, 97(1), s. 994-1021.

- Hamran, T. (1887). *Den tause kunnskapen. Utviklingstendenser i sykepleiefaget i et vitenskapsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, H.P. (1992). De travle sygeplejersker - en kulturanalyse af sygeplejen på en onkologisk afdeling. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning*, 8(1), s. 93-116.
- Hansen, H.P. (1994). Fortællinger i det virkelige liv. I: J. Liep & K.F. Olwig (red.), *Komplekse liv. Kulturel mangfoldighed i Danmark* (s. 89-104). København: Akademisk Forlag.
- Hansen, H.P. (1995). *I grænsefladen mellem liv og død*. København: Gyldendal Undervisning.
- Harste, G. & Mortensen, N. (2002). Sociale samhandlingsteorier. I: H. Andersen & L.B. Kaspersen (red.), *Klassisk og moderne samfundsteori*. 2. rev. udg. (s. 195-218). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hart, L. (1991). A ward of my own: Social organization and identity among hospital domestics. I: P. Holden & J. Littlewood (red.), *Anthropology and nursing*. London: Routledge.
- Hasse, C. (2002). *Kultur i bevægelse. Fra deltagerobservation til kulturanalyse - i det fysiske rum*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Hatch, M.J. & Schultz, M. (1999). *A process model of organizational identity. Paper to be presented to the Academy of Management Organization and Management Theory Division, Chicago 1999*. København: [S.n.].
- Hellgren, B. & Schriber, S. (2003). Nordic research on mergers and acquisitions. Doctoral dissertations between 1990 and 1999. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 5(1), s. 102-111.
- Helmreich, R.L. & Merritt, A.C. (1998). *Culture at work in aviation and medicine - national, organizational and professional influences*. Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
- Henriksson, K. (2000). *When communities of practice came to town. On culture and contradiction in emerging theories of organisational learning*. Lund: Lund Institute of Economic Research.
- Hernes, H. (1997). Cross-cutting identifications in organizations. I: S.A. Sackman (red.), *Cultural complexity in organizations. Inherent contrasts and contradictions* (s. 343-366). London: Sage Publications.

- Hinings, C.R. & Greenwood, R. (1988). *The dynamics of strategic change*. Oxford: Basil Blackwell.
- Hinshelwood, R.D. & Skogstad, W. (2000). *Observing organisations. Anxiety, defence and culture in health care*. London: Routledge.
- Holm-Petersen, C., Asmussen, M. & Willemann, M. (2006a). *Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger* (DSI rapport 2006.08). København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Holm-Petersen, C., Hansen, J. & Vinge, S. (2006b). *Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale* (DSI rapport 2006.03). København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Holstein, J.A. & Gubrium, J.F. (2000). *The self we live by. Narrative identity in a postmodern world*. New York: Oxford University Press.
- Holstein, J.A. & Gubrium, J.F. (2003). *Inner lives and social worlds: Readings in social psychology*. New York: Oxford University Press.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69, s. 3-19.
- Hughes, E.C. (1971). *The sociological eye. Selected papers*. Chicago & New York: Aldine. Atherton.
- Indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg (2002). *Barrierer for mere effektiv arbejdstilrettelæggelse på sygehuse: "100 dages opgaven"*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg (1984). *Sygehusenes organisation og økonomi* (Betænkning). København: Indenrigsministeriet.
- Issa, L. (1997). En afdelings endeligt. *Ugeskrift for Læger*, 159(13), s. 2004-2006.
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2003). *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, M. & Mortensen, N. (2002). Det magtfulde møde mellem system og klient - teoretiske perspektiver. I: M. Järvinen, J.E. Larsen, & N. Mortensen (red.), *Det magtfulde møde mellem system og klient* (s. 9-27). Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Jespersen, P.K. (1996). *Bureaukratiet - magt og effektivitet*. København: Jurist og Økonomforbundets Forlag.

Jespersen, P.K. (1999). New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen. I: E.Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir, & K. Sahlin-Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Frederiksberg: Handelshøjskolens Forlag.

Jespersen, P.K. (2001). New Public Management reformer i det danske sygehusfelt. Udfordringer til de professionelle styringsrationaler? *Nordisk Administrativt tidsskrift*, 82(1), s. 22-40.

Jespersen, P.K. (2003). Magt og faglighed i sygehuse. I: S. Hildebrandt, K.K. Klausen, & S.F. Nielsen (red.), *Sygehusledelse: temaer, perspektiver, udfordringer* (s. 371-378). København: Munksgaard.

Jespersen, P.K. (2005a). Hybridledere i sygehuse - Den tredje vej. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning*, 21(3), s. 21-27.

Jespersen, P.K. (2005b). *Mellem profession og management*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Jespersen, P.K. & Sognstrup, H. (1999). *Politikdannelse og organisering i det danske sygehusfelt* (FLOS Arbejdsrapport Nr. 1 - 1999). København: FLOS.

Jones, M.O., Moore, M.D. & Snyder, R.C. (1988). *Inside organizations. Understanding the human dimension*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.

Jørgensen, T.B. & Melander, P. (1992). *Livet i offentlige organisationer. Institutionsdrift i spændingsfeltet mellem stat, profession og marked*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Katz, F.E. (1969). Nurses. I: A. Etzioni (red.), *The semi-professions and their organization. Teachers, nurses, social workers* (s. 54-81). New York: The Free Press.

Kinnunen, J. (1988). Impact of organisational culture on use of scientific knowledge in nursing practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2(3), s. 123-128.

Kinnunen, J. (1990). The importance of organizational culture on development activities in a primary health care organization. *International Journal of Health Planning and Management*, 5, s. 65-71.

Kitchener, M. (1999). 'All fur coat and no knickers': contemporary organizational change in United Kingdom hospitals. I: D. Brock, M. Powell, & C.R. Hinings (red.), *Restructuring the professional organization. Accounting, health care and law*. London: Routledge.

Kjærgaard, G. (1994). Hurtigt ind hurtigt ud. *Sygeplejersken*, 94(25), s. 4-7.

Kjellberg, P.K. (2006). *Klinisk praksisvariation og kliniske retningslinjer i sociologisk nyinstitutionelt perspektiv [Ph.d.-afhandling]* (DSI rapport 2006.10). København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Knudsen, M. (2004). *Beslutningsprocesser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen* (FLOS Arbejds papirer, Nr. 8 - 2004). København: FLOS.

Knudsen, M. & Vinge, S. (2002). *Mellem forandring og rutine* (FLOS Arbejds papirer Nr. 5 - 2002). København: Handelshøjskolen i København.

Koot, W. & Ybema, S. (2000). Identity at work. Organization as an endless process of identifications and divisions. *Space and Culture*, 2(4/5), s. 134-144.

Krause-Jensen, J. (2005). *Flexible firm. Cultural discourse and social practice in a Danish hi-tech corporation [Ph.D. Dissertation]*. Aarhus: Aarhus University.

Kreiner, K. (1989). Culture and meaning: Making sense of conflicting realities in the workplace. *International Studies of Management & Organization*, 19(3), s. 64-81.

Kreiner, K. (1992). The postmodern epoch of organization theory. *International Studies of Management and Organization*, 22(2), s. 37-52.

Kreiner, K. & Schultz, M. (1998). Soft cultures: The symbolism of cross-border organizing. I: N. Brunsson & J.P. Olsen (red.), *Organizing organizations* (s. 65-87). Bergen: Fagbokforlaget.

Kunda, G. (1992). *Engineering culture. Control and commitment in a high-tech corporation*. Philadelphia: Temple University Press.

Kupferberg, F. (1999). *Kald eller profession - at indtræde i sygeplejerskerollen*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Lamont, M. & Wuthnow, R. (1990). Betwixt and between: Recent cultural sociology in Europe and the United States. I: G. Ritzer (red.), *Frontiers of social theory: The new syntheses* (s. 287-315). New York: Columbia University Press.

Larsen, K. (1999). *Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider - et observationsstudie af praktikuddannelse inden for sygeplejerskeuddannelsen [Ph.d.-afhandling]*. København: UCSF.

Laschinger, H.K.S., Finegan, J. & Shamian, J. (2001). The impact of workplace empowerment and organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, 6(3), s. 7-23.

Leonard, P. (2003). 'Playing' doctors and nurses? Competing discourses of gender, power, and identity in the British National Health Service. *Sociological Review*, 51(2), s. 218-237.

Levay, C. (2003). *Medicinsk specialisering och läkares ledarskap. En longitudinell studie i professionell kollegialitet och konkurrens* (Doctoral Thesis No. 101). Uppsala: Uppsala Universitetet, Företagsekonomiska institutionen.

Lidman, R. & Lampou, K. (1999). Sjukvårdsprofessioners värderingar och attityder gentemot vårdens ekonomisering. I: K. Lampou & B. Anderson (red.), *Studier i sjukvårdorganisation. Om ekonomistyrning, ledarskap och förändring inom svensk sjukvård*. (Studia Oeconomiae Negotiorum 46). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

Liep, J. & Olwig, K.F. (1994). *Komplekse liv. Kulturel mangfoldighed i Danmark*. København: Akademisk Forlag.

Lindermann, G. & Nielsen, C.P. (2000). *Medicinsk centerdannelse i H:S - forandring eller status quo?* (FLOS Arbejdsrapporter Nr. 2 - 2000). København: FLOS.

Lindesmith, A.R., Strauss, A.L. & Denzin, N.K. (1999). *Social psychology*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Lindgren, S.Å. (2002). Michel Foucault. I: H. Andersen & L.B. Kaspersen (red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (s. 326-341). København: Hans Reitzels Forlag.

Littlewood, J. (1991a). Care and ambiguity: Towards a concept of nursing. I: P. Holden & J. Littlewood (red.), *Anthropology and nursing* (s. 170-189). London: Routledge.

Littlewood, R. (1991b). Gender, role and sickness: The ritual psychopathologies of the nurse. I: P. Holden & J. Littlewood (red.), *Anthropology and nursing* (s. 148-169). London: Routledge.

Llewellyn, S. (2002). 'Two-way windows'. Clinicians as medical managers. *Organization Studies*, 22(4), s. 593-623.

Lomborg, K. (2000). Kroppens betydning i klinisk sygepleje. I: P. Ramhøj, I. Egerod, & J. Taleman (red.), *Klinisk sygepleje. Praksis og udvikling 1.* (s. 121-139). København: Akademisk Forlag.

Löwstedt, J., Schilling, A. & Tomicic, M. (2003). Managing differences in post-merger integration: The case of a professional service firm. *Nordiske Organisationsstudier*, 5(1), s. 11-35.

Lupton, D. (1994). *Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies*. London: Sage Publications.

Madsen, F.F., Nørskov, B. & Frølund, L. (2002). Liggetid på medicinske afdelinger. Ligheder og forskelle i Danmark. *Ugeskrift for Læger*, 164(19), s. 2498-2501.

March, J.G. (1995). *Fornuft of forandring - Ledelse i en verden beriget med uklarhed*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

March, J.G. & Olsen, J.P. (1976). *Ambiguity and choice in organizations*. Bergen: Universitetsforlaget.

March, J.G. & Olsen, J.P. (1989). *Rediscovering institutions: The organizational basis of politics*. New York: The Free Press.

Martin, J. (1992). *Cultures in organizations*. New York: Oxford University Press.

Martin, J. (2002). *Organizational culture. Mapping the terrain*. London: Sage Publications.

Martin, J. & Frost, P. (1996). The organizational culture war games: A struggle for intellectual dominance. I: S.R. Clegg, C. Hardy, & W.R. Nord (red.), *Handbook of organization studies* (s. 599-621). London: Sage Publications.

Mattingly, C. (2007). Reading minds, telling tales and creating dramas in a cultural borderland. I: C. Mattingly & N. Lutkehaus (red.), *Psychology meets anthropology: Jerome Bruner and his inspiration*. (Society for Psychological Anthropology Book Series). New York: Palgrave Press.

- Medicinsk centerledelse (1998). *Præsentation af Medicinsk Center Amager Hospital. November 1998*. København: Amager Hospital.
- Meek, V.L. (1988). Organizational culture: origins and weaknesses. *Organization Studies*, 9(4), s. 453-473.
- Melander, P. (1992). Økonomistyring og de andre livsverdener. I: T.B. Jørgensen & P. Melander (red.), *Livet i offentlige organisationer. Institutionsdrift i spændingsfeltet mellem stat, profession og marked* (s. 199-248). København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Melander, P. (1999). Økonomistyring og organisatorisk skizofreni - om fattige sprog, løse koblinger og onde cirkler. I: E.Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir, & K. Sahlin-Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Frederiksberg: Handelshøjskolens Forlag.
- Meyer, A.D., Goes, J.B. & Brooks, G.R. (1993). Organizations reacting to hyper-turbulence. I: G.P. Huber & W.H. Click (red.), *Organizational change and redesign*. New York: Oxford University Press.
- Meyer, J.W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), s. 340-363.
- Meyerson, D. (1994). Interpretations of stress in institutions: The cultural production of ambiguity and burnout. *Administrative Science Quarterly*, 39(4), s. 628-653.
- Meyerson, D. (2001). *Tempered radicals. How people use difference to inspire change at work*. Boston: Harvard Business School Press.
- Meyerson, D. & Martin, J. (1987). Cultural change: An integration of three different views. *Journal of Management Studies*, 24(6), s. 623-647.
- Mik-Meyer, N. & Järvinen, M. (2005). Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. I: M. Järvinen & N. Mik-Meyer (red.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter* (s. 9-24). København: Hans Reitzels Forlag.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations. A synthesis of the research*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.

- Mol, A. (2001). *The body multiple: Artherosclerosis in practice*. Durham: Duke University Press.
- Molin, J. (2002). *Den indfoldede orden - den udfoldede praksis*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Molin, J. & Strandgaard Pedersen, J. (1996). *Fusioner i Danmark. Organisation og ledelse* (Skrifter fra Institut for Organisation og Arbejdssociologi 21). Frederiksberg: Handelshøjskolens Forlag.
- Moon, J. (2000). Organizational commitment revisited in New Public Management. Motivation, organizational culture, sector, and managerial level. *Public Performance & Management Review*, 24(2), s. 177-194.
- Morgan, G. (1997). *Images of organization*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Muff, J. (1988). Of images and ideals: A look at socialization and sexism in nursing. I: A.H. Jones (red.), *Images of nurses, perspectives from history, art, and literature* (s. 197-220). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Nielsen, C.P. & Lindermann, G. (2000). Medicinsk centerdannelse i Hovedstadens Sygehusfællesskab - dansen mellem rationalitet og selvhævdende kongeriger. I: M. Antonsen & T.B. Jørgensen (red.), *Forandringer i teori og praksis. Skiftende billeder fra den offentlige sektor*. København: Jurist- og økonomforbundets Forlag.
- Orton, D. & Weick, K.E. (1990). Loosely coupled systems: A reconceptualization. *Academy of Management Review*, 15(2), s. 203-223.
- Ouchi, W.G. (1981). *Theory Z: How American business can meet the Japanese challenge*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Parker, M. (2000). *Organizational culture and identity. Unity and division at work*. London: Sage Publications.
- Parsons, T. (1939). The professions and social structure. *Social Forces*, 17(4), s. 457-467.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2. udg.). Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Pearlin, L.I. (1962). Alienation from work: A study of nursing personnel. *American Sociological Review*, 27(3), s. 314-326.

Pedersen, A.R. (1999). *Den udfoldende praksis: Policy-fortælling om pleje og behandling af svage gamle i social- og sundhedssektoren*. Roskilde: Institut for Samfundsvidenskab og Erhvervsøkonomi, Roskilde Universitetscenter.

Pedersen, A.R. (2000). Fortællinger om hjemmeplejens organisering. I: K. Lomberg (red.), *Arbejdet i hjemmet*. København: Gyldendal.

Pedersen, A.R. (2005). Forandring som fortælling. En narrativ analyse af en organisatorisk forandring i sundhedssektoren. I: S. Kjærbeck (red.), *Historiefortælling i praktisk kommunikation* (s. 79-98). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur.

Pedersen, J. (1988). Fra bureaukrati til servicevirksomhed. I: K.H. Bentzon (red.), *Fra vækst til omstilling*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Perrow, C. (1965). Hospitals. Structure, technology and goals. I: J.G. March (red.), *Handbook of organizations*. Chicago: Rand McNally.

Perrow, C. (1986). *Complex organizations. A critical essay* (3. udg.). New York: Random House.

Peters, T.J. & Waterman, R.H. (1982). *In search of excellence*. New York: Harpers Row.

Petersen, K.A. (1998). *Sygeplejevidenskab - myte eller virkelighed? [Ph.d.-afhandling]*. Viborg: Center for Videreuddannelse, Viborg Amt.

Pollitt, C. (1995). Justification by works or faith? Evaluating the New Public Management. *The International Journal of Theory, Research and Practice*, 1(2), s. 133-154.

Ravasi, D. & Schultz, M. (2006). Responding to organizational identity threats: Exploring the role of organizational culture. *Academy of Management Journal*, 49(3), s. 433-458.

Reed, M. (2003). The agency/structure dilemma in organization theory. Open doors and brick walls. I: H. Tsoukas & C. Knudsen (red.), *The Oxford handbook of organization theory. Meta-theoretical perspectives* (s. 289-309). Oxford: Oxford University Press.

Riad, S. (2005). The power of 'organizational culture' as a discursive formation in merger integration. *Organization Studies*, 26(10), s. 1529-1554.

Ringsted, C. (2001). Fremtidens reumatolog, nogle perspektiver. *Dansk Reumatologi*, 1(2), s. 8-10.

Risberg, A. (2003). Shared and multiple realities in acquisitions. An empirically based critique of merger and acquisition literature. *Nordiske Organisasjonssstudier*, 5(1), s. 58-82.

Robbins, S.P. (1993). *Organizational behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall International.

Robson, S. & Foster, A. (1989). The analysis and interpretation process. I: S. Robson & A. Foster (red.), *Qualitative research in action*. London: Edward Arnold.

Rosaldo, R. (1993). *Culture and truth. The remaking of social analysis*. London: Routledge.

Sackman, S.A. (1997). *Cultural complexity in organizations. Inherent contrasts and contradictions*. London: Sage Publications.

Sahlin-Andersson, K. (1994). Group identities as the building blocks of organizations: A story about nurses' daily work. *Scandinavian Journal of Management*, 10(2), s. 131-145.

Sahlin-Andersson, K. (1997). Kvinnoyrken i omvandling. I: E. Sundin (red.), *Om makt och kön: i spåren av offentliga organisationers omvandling: rapport till Utredningen om fördelningen av ekonomisk makt och ekonomiska resurser mellan kvinnor och män* (s. 224-245). (SOU 1997:83). Stockholm: Fritzes.

Sahlin-Andersson, K. (1999). I mötet mellan reform och praktik. I: E.Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir, & K. Sahlin-Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Samuelson, H. (1991). Nurses between disease and illness. I: P. Holden & J. Littlewood (red.), *Anthropology and nursing* (s. 190-201). London: Routledge.

Schatzki, T.R. (2001). Introduction. Practice theory. I: T.R. Schatzki, K.K. Cetina, & E. von Savigny (red.), *The practice turn in contemporary theory*. London: Routledge.

Schegloff, E.A. (1999). Talk and social structure. I: A. Jaworski & N. Coupland (red.), *The discourse reader* (s. 107-119). London: Routledge.

Schein, E.H. (1991a). The role of the founder in the creation of organizational culture. I: P.J. Frost, L.F. Moore, M.R. Louis, C.C. Lundberg, & J. Martin (red.), *Reframing organizational culture* (s. 14-25). Newbury Park, Calif.: Sage.

Schein, E.H. (1991b). What is culture? I: P.J. Frost, L.F. Moore, M.R. Louis, C.C. Lundberg, & J. Martin (red.), *Reframing organizational culture* (s. 243-253). Newbury Park, Calif.: Sage.

Schein, E.H. (1994). *Organisationskultur og ledelse* (2. udg.). København: Valmuen.

Scheuer, J.D. (2003). *Patientforløb i praksis - en analyse af en idé oversættelse i mødet med praksis* (CBS Ph.d Series 14.2003). København: Copenhagen Business School.

Schlackman (1989). Projective tests and enabling techniques for use in market research. I: S. Robson & A. Foster (red.), *Qualitative research in action*. London: Edvard Arnold.

Schultz, M. (1990). *Kultur i organisationer. Funktion eller symbol*. Frederiksberg: Handelshøjskolens Forlag.

Schultz, M. (1995). *On studying organizational cultures: Diagnosis and understanding*. Berlin: Walter de Gruyter.

Scott, R.W. (1995). *Institutions and organizations*. London: Sage Publications.

Scott, R.W. (2001). *Institutions and organizations* (2. udg.). London: Sage Publications.

Scott, R.W. & Christensen, S. (1995). *The institutional construction of organizations. International and longitudinal studies*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Scott, R.W., Ruef, M., Mendel, P.J. & Caronna, C.C. (2000). *Institutional change and health care organizations: From professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press.

Seemann, J. (1996). *Når organisationer skal samarbejde: distriktspsykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer*. København: Munksgaard.

Seemann, J. (1997). Sektorgrænser og netværk: Sygehusets relationer til primær sektor. I: S. Hildebrandt & M. Schultz (red.), *Fokus på sygehusledelse*. København: Munksgaard.

Seemann, J. (1999). Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk. I: E.Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir, & K.S. Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Seemann, J. (2003). Barriers between sectors in health care. I: S.V. Jørgensen, C. Hendriksen, & N. Falkesgaard (red.), *The challenge of chronic diseases: can we do better?* København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse.

Seemann, J. & Antoft, R. (2002). *Shared Care - samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus* (3. udg.) (FLOS Forskningsrapporter Nr. 3 - 2002). København: FLOS.

Shaw, J. (2002). Tracking the merger. The human experience. *Health Services Management Research*, 15(4), s. 211-222.

Skogstad, W. (2000). Working in a world of bodies. A medical ward. I: R.D. Hinshelwood & W. Skogstad (red.), *Observing organisations. Anxiety, defence and culture in health care* (s. 101-121). London: Routledge.

Smircich, L. (1983). Concepts of culture and organizational analysis. *Administrative Science Quarterly*, 28(3), s. 339-358.

Snelgrove, S. & Hughes, D. (2000). Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), s. 661-667.

Søderberg, A.-M. (2003). Sensegiving and sensemaking in an integration process. A narrative approach to the study of an international acquisition. I: B. Czarniawska, P. Gagliardi, & eds. (red.), *Narratives we organize by* (s. 3-35). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Søderberg, A.-M. (2005). Konstruktion af identitet og mening i en organisatorisk forandringsproces. Diskursanalyse af fortællinger om en fusion. I: S. Kjærbeck (red.), *Historiefortælling i praktisk kommunikation* (s. 53-77). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur.

Søderberg, A.-M., Gertsen, M.C. & Vaara, E. (2000). *Cultural change processes in mergers. A social constructionist perspective* (Working Paper 38). Frederiksberg: Department of Intercultural Communication and Management, Copenhagen Business School.

Sognstrup, H. (2003). *Professionelle i afdelingsledelse*. Aalborg: Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet.

Søndergaard, D.M. (2000). *Tegnet på kroppen. Køn: koder og konstruktioner blandt unge voksne i akademia*. København: Museum Tusulanums Forlag.

Sørensen, E.E. (2006). *Sygeplejefaglig ledelse. En empirisk undersøgelse af samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis i dansk sygehusvæsen [Ph.d.-afhandling]*. Århus: Aarhus Universitet.

Star, S.L. & Strauss, A. (1999). Layers of silence. Arenas of voice: the ecology of visible and invisible work. *Computer Supported Cooperative Work*, 8, s. 9-30.

Stevens, R. (1989). *In sickness and in wealth*. New York: Basic Books.

Strandgaard Pedersen, J. (1998a). *Fusioner på tværs - fra plan til praksis*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Strandgaard Pedersen, J. (1998b). Organisatorisk integration. I: J. Strandgaard Pedersen (red.), *Fusioner på tværs - fra plan til praksis* (s. 57-73). København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Strauss, A. (1975). *Chronic illness and the quality of life*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.

Strauss, A. (2001). *Professions, work and careers*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1997). *Social organization of medical work*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Sundhedsstyrelsen (2001). *Det danske sygehusvæsen i tal 1989-1999*. Udskrevet 30-5-2007, fra http://www.sst.dk/publ/Publ2001/virksomheden_sygehuse99/kap01.htm.

Sundhedsstyrelsen & Dansk Reumatologisk Selskab (2005). *Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i intern medicin: Reumatologi*. Udskrevet 30-5-2007, Link til PDF: http://www.sundhedsstyrelsen.dk/upload/uddannelse/laeger/maalbeskrivelser/inter_n_med_reumatologi_220206.pdf.

- Svenningsen, S. (2003). *Electronic patient records and medical practice. Reorganization of roles, responsibilities, and risks* (Ph.D.-series 10.2003). Copenhagen: Copenhagen Business School.
- Svenningsen, S. (2004). *Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde: reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Swidler, A. (1986). Culture in action: Symbols and strategies. *American Sociological Review*, 51(2), s. 273-286.
- Tanner, T. (1972). Introduction. I: J. Austen (red.), *Pride and prejudice*. Middlesex: Penguin Books.
- Tedlock, B. (2000). Ethnography and ethnographic representation. I: N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (red.), *Handbook of qualitative research*. 2. udg. (s. 455-486). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Thorne, M.L. (2000). Cultural chameleons. *British Journal of Management*, 11, s. 325-339.
- Timmermans, S., Bowker, G.C. & Star, S.L. (1998). The architecture of difference: visibility, control, and comparability in building a nursing interventions classification. I: M. Berg & A. Mol (red.), *Differences in medicine* (s. 202-225). Durham: Duke University Press.
- Turner, B.S. (1987a). *Medical power and social knowledge*. London: Sage Publications.
- Turner, J.C. (1987b). *Rediscovering the social group. A self categorisation theory*. Oxford: Basil Blackwell.
- Ulrichsen, H. & Eriksen, H. (1991). *Tre kulturer i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Vaara, E. (2002). On the discursive construction of success/failure in narratives of post-merger integration. *Organization Studies*, 23(2), s. 211-248.
- Vaara, E. (1999). *Towards a rediscovery of organizational politics: Essays on organizational integration following mergers and acquisitions* (ACTA Universitatis Oeconomicae Helsingiensis A-149). Helsinki: Helsinki School of Economics and Business Administration.

- Vaara, E. (2000). Constructions of cultural differences in post-merger change processes: A sensemaking perspective on Finnish-Swedish cases. *Management*, 3(3), s. 81-110.
- Vaara, E. (2003). Post-acquisition integration as sensemaking: Glimpses as ambiguity, confusion, hypocrisy, and politicization. *Journal of Management Studies*, 40(4), s. 859-894.
- Vaara, E., Tienari, J. & Hammarkvist, K.O. (2003). Understanding the organizational implications of industrial restructuring. *Nordiske Organisationsstudier*, 5(1), s. 3-10.
- Vallgård, S. (1992). *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Van Maanen, J. & Barley, S. (1984). Occupational communities: Culture and control in organizations. I: B. Staw & L. Cummings (red.), *Research in organizational behavior*. Vol. 6 (s. 287-366). Greenwich, CT: JAI Press.
- Van Maanen, J. (1988). *Tales of the field - On writing ethnography*. Chicago: University of Chicago Press.
- Van Maanen, J. (1991). The smile factory. Work at Disneyland. I: P.J. Frost, L.F. Moore, M.R. Louis, C. Lundberg, & J. Martin (red.), *Reframing organisational culture* (s. 539-550). London: Sage Publications.
- Van Maanen, J. & Barley, S. (1985). Cultural organization: Fragments of a theory. I: P. Frost, L. Moore, M. Louis, C. Lundberg, & J. Martin (red.), *Organizational culture* (s. 31-54). Beverly Hills, CA: Sage.
- Vikkelsø, S. & Vinge, S. (2004). *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Villadsen, S. (1990). Decentralisering - mellem velfærdsstat og ny-konservatisme. I: H. Christrup, U. Geist, B.R. Olesen, K. Sjørup, & S. Villadsen (red.), *Bevidsthedens modernisering - politik og social praksis*. Roskilde: Planlægning & Samfundøkonomi.
- Vinge, S. (2003). *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse*. Ph.d.-afhandling. (Ph.d.-serie 9.2003). København: Handelshøjskolen i København.

Vrangbæk, K. (1999). New Public Management i sygehusfeltet - udformning og konsekvenser. I: E.Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir, & K. Sahlin-Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Waks, C. (1999). Arbetsorganiseringens betydelse för gränsdragningar mellan professioner. I: E.Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir, & K. Sahlin-Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Waks, C. (2003). *Arbetsorganisering och professionella gränsdragningar. Sjukgymnasters samarbete och arbetes mångfald. [Ph.d.-afhandling]*. Uppsala: Uppsala Universitet.

Waks, C. (2004). Uklare ansvarsområder giver klare faglige identiteter. I: S. Villadsen & S. Vinge (red.), *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet* (s. 129-152). København: Handelshøjskolens Forlag.

Weick, K.E. (1979). *The social psychology of organizing* (2. udg.). New York: McGraw-Hill.

Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications.

Weick, K.E. (2001a). Improvisation as a mindset for organizational analysis. I: *Making sense of the organization*. Oxford: Blackwell.

Weick, K.E. (2001b). *Making sense of the organization*. Oxford: Blackwell.

Weick, K.E. (2001c). Management of organizational change among loosely coupled elements. I: *Making sense of the organization*. Oxford: Blackwell.

Weick, K.E. (2001d). Organizational redesign as improvisation. I: *Making sense of the organization*. Oxford: Blackwell.

Weick, K.E. (2001e). Sensemaking in organizations: Small structures with large consequences. I: *Making sense of the organization*. Oxford: Blackwell.

Weick, K.E. (2003). Theory and practice in the real world. I: H. Tsoukas & C. Knudsen (red.), *The Oxford handbook of organization theory. Meta-theoretical perspectives* (s. 453-475). Oxford: Oxford University Press.

Weick, K.E. & Sutcliffe, K. (2003). Hospitals as cultures of entrapment: A re-analysis of the Bristol Royal Infirmary. *California Management Review*, 45(2), s. 73-84.

Wenger, E. (1998). *Communities of practice. Learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.

Westenholz, A. (2001). *A historical analysis of relational identities in Danish working life*. Frederiksberg: Handelshøjskolen i København.

Whyte, W.F. (1946). *Street corner society*. Chicago: University of Chicago Press.

Widdicombe, S. (1998). Identity as an analysts' and a participants' resource. I: C. Antaki & S. Widdicombe (red.), *Identities in talk*. London: Sage Publications.

Wiener, C.L. (2000). *The elusive quest. Accountability in hospitals*. New York: Aldine de Gruyter.

Ybema, S. (1996). A duck-billed platypus in the theory and analysis of organizations: Combinations of consensus and dissensus. I: W. Koot, I. Sabelis, & S. Ybema (red.), *Contradictions in context* (s. 39-61). Amsterdam: VU University Press.

Yin, R.K. (1991). *Case study research. Design and methods* (2. udg.) (Applied Social Research Methods Series 5). Thousand Oaks: Sage.

Zerubavel, E. (1979). *Patterns of time in hospital life*. Chicago: University of Chicago Press.

Zimmerman, D.H. (1998). Identity, context and interaction. I: C. Antaki & S. Widdicombe (red.), *Identities in talk*. London: Sage Publications.

TITLER I PH.D.SERIEN:

2004

1. Martin Grieger
Internet-based Electronic Marketplaces and Supply Chain Management
2. Thomas Basbøll
*LIKENESS
A Philosophical Investigation*
3. Morten Knudsen
*Beslutningens vaklen
En systemteoretisk analyse af moderniseringen af et amtskommunalt sundhedsvæsen 1980-2000*
4. Lars Bo Jeppesen
*Organizing Consumer Innovation
A product development strategy that is based on online communities and allows some firms to benefit from a distributed process of innovation by consumers*
5. Barbara Dragsted
*SEGMENTATION IN TRANSLATION AND TRANSLATION MEMORY SYSTEMS
An empirical investigation of cognitive segmentation and effects of integrating a TM system into the translation process*
6. Jeanet Hardis
*Sociale partnerskaber
Et socialkonstruktivistisk casestudie af partnerskabsaktørers virkelighedsopfattelse mellem identitet og legitimitet*
7. Henriette Hallberg Thygesen
System Dynamics in Action
8. Carsten Mejer Plath
Strategisk Økonomistyring
9. Annemette Kjærgaard
*Knowledge Management as Internal Corporate Venturing
– a Field Study of the Rise and Fall of a Bottom-Up Process*
10. Knut Arne Hovdal
*De professionelle i endring
Norsk ph.d., ej til salg gennem Samfundslitteratur*
11. Søren Jeppesen
*Environmental Practices and Greening Strategies in Small Manufacturing Enterprises in South Africa
– A Critical Realist Approach*
12. Lars Frode Frederiksen
*Industriel forskningsledelse
– på sporet af mønstre og samarbejde i danske forskningsintensive virksomheder*
13. Martin Jes Iversen
*The Governance of GN Great Nordic
– in an age of strategic and structural transitions 1939-1988*
14. Lars Pynt Andersen
*The Rhetorical Strategies of Danish TV Advertising
A study of the first fifteen years with special emphasis on genre and irony*
15. Jakob Rasmussen
Business Perspectives on E-learning
16. Sof Thrane
*The Social and Economic Dynamics of Networks
– a Weberian Analysis of Three Formalised Horizontal Networks*
17. Lene Nielsen
Engaging Personas and Narrative Scenarios – a study on how a user-centered approach influenced the perception of the design process in the e-business group at AstraZeneca
18. S.J Valstad
*Organisationsidentitet
Norsk ph.d., ej til salg gennem Samfundslitteratur*

19. Thomas Lyse Hansen
Six Essays on Pricing and Weather risk in Energy Markets
20. Sabine Madsen
Emerging Methods – An Interpretive Study of ISD Methods in Practice
21. Evis Sinani
The Impact of Foreign Direct Investment on Efficiency, Productivity Growth and Trade: An Empirical Investigation
22. Bent Meier Sørensen
*Making Events Work
Or, How to Multiply Your Crisis*
23. Pernille Schnoor
*Brand Ethos
Om troværdige brand- og virksomhedsidentiteter i et retorisk og diskursteoretisk perspektiv*
24. Sidsel Fabech
*Von welchem Österreich ist hier die Rede?
Diskursive forhandlinger og magtkampe mellem rivaliserende nationale identitetskonstruktioner i østrigske pressediskurser*
25. Klavs Odgaard Christensen
*Sprogpolitik og identitetsdannelse i flersprogede forbundsstater
Et komparativt studie af Schweiz og Canada*
26. Dana B. Minbaeva
Human Resource Practices and Knowledge Transfer in Multinational Corporations
27. Holger Højlund
*Markedets politiske fornuft
Et studie af velfærdens organisering i perioden 1990-2003*
28. Christine Mølgaard Frandsen
*A.s erfaring
Om mellemværendets praktik i en transformation af mennesket og subjektiviteten*
29. Sine Nørholm Just
*The Constitution of Meaning
– A Meaningful Constitution? Legitimacy, identity, and public opinion in the debate on the future of Europe*
- 2005**
1. Claus J. Varnes
Managing product innovation through rules – The role of formal and structured methods in product development
2. Helle Hedegaard Hein
*Mellem konflikt og konsensus
– Dialogudvikling på hospitalsklinikker*
3. Axel Rosenø
Customer Value Driven Product Innovation – A Study of Market Learning in New Product Development
4. Søren Buhl Pedersen
*Making space
An outline of place branding*
5. Camilla Funck Ellehave
*Differences that Matter
An analysis of practices of gender and organizing in contemporary workplaces*
6. Rigmor Madeleine Lond
Styring af kommunale forvaltninger
7. Mette Aagaard Andreassen
*Supply Chain versus Supply Chain
Benchmarking as a Means to Managing Supply Chains*
8. Caroline Aggestam-Pontoppidan
*From an idea to a standard
The UN and the global governance of accountants' competence*

9. Norsk ph.d.
10. Vivienne Heng Ker-ni
An Experimental Field Study on the Effectiveness of Grocer Media Advertising Measuring Ad Recall and Recognition, Purchase Intentions and Short-Term Sales
11. Allan Mortensen
Essays on the Pricing of Corporate Bonds and Credit Derivatives
12. Remo Stefano Chiari
Figure che fanno conoscere Itinerario sull'idea del valore cognitivo e espressivo della metafora e di altri tropi da Aristotele e da Vico fino al cognitivismo contemporaneo
13. Anders McIlquham-Schmidt
Strategic Planning and Corporate Performance An integrative research review and a meta-analysis of the strategic planning and corporate performance literature from 1956 to 2003
14. Jens Geersbro
The TDF – PMI Case Making Sense of the Dynamics of Business Relationships and Networks
15. Mette Andersen
Corporate Social Responsibility in Global Supply Chains Understanding the uniqueness of firm behaviour
16. Eva Boxenbaum
Institutional Genesis: Micro – Dynamic Foundations of Institutional Change
17. Peter Lund-Thomsen
Capacity Development, Environmental Justice NGOs, and Governance: The Case of South Africa
18. Signe Jarlov
Konstruktioner af offentlig ledelse
19. Lars Stæhr Jensen
Vocabulary Knowledge and Listening Comprehension in English as a Foreign Language An empirical study employing data elicited from Danish EFL learners
20. Christian Nielsen
Essays on Business Reporting Production and consumption of strategic information in the market for information
21. Marianne Thejls Fischer
Egos and Ethics of Management Consultants
22. Annie Bekke Kjær
Performance management i Process-innovation – belyst i et social-konstruktivistisk perspektiv
23. Suzanne Dee Pedersen
GENTAGELSENS METAMORFOSE Om organisering af den kreative gørem i den kunstneriske arbejdspraksis
24. Benedikte Dorte Rosenbrink
Revenue Management Økonomiske, konkurrencemæssige & organisatoriske konsekvenser
25. Thomas Riise Johansen
Written Accounts and Verbal Accounts The Danish Case of Accounting and Accountability to Employees
26. Ann Fogelgren-Pedersen
The Mobile Internet: Pioneering Users' Adoption Decisions
27. Birgitte Rasmussen
Ledelse i fællesskab – de tillidsvalgte fornyende rolle

28. Gitte Thit Nielsen
Remerger
– skabende ledelseskrafter i fusion og opkøb
29. Carmine Gioia
A MICROECONOMETRIC ANALYSIS OF MERGERS AND ACQUISITIONS
30. Ole Hinz
Den effektive forandringsleder: pilot, pædagog eller politiker?
Et studie i arbejdslederens meningstilskrivninger i forbindelse med vellykket gennemførelse af ledelsesinitierede forandringsprojekter
31. Kjell-Åge Gotvassli
Et praksisbasert perspektiv på dynamiske læringsnettverk i toppidretten
Norsk ph.d., ej til salg gennem Samfundslitteratur
32. Henriette Langstrup Nielsen
Linking Healthcare
An inquiry into the changing performances of web-based technology for asthma monitoring
33. Karin Tweddell Levinsen
Virtuel Uddannelsespraksis
Master i IKT og Læring – et casestudie i hvordan proaktiv proceshåndtering kan forbedre praksis i virtuelle læringsmiljøer
34. Anika Liversage
Finding a Path
Labour Market Life Stories of Immigrant Professionals
35. Kasper Elmquist Jørgensen
Studier i samspillet mellem stat og erhvervsliv i Danmark under 1. verdenskrig
36. Finn Janning
A DIFFERENT STORY
Seduction, Conquest and Discovery
37. Patricia Ann Plackett
Strategic Management of the Radical Innovation Process
Leveraging Social Capital for Market Uncertainty Management
- 2006**
1. Christian Vintergaard
Early Phases of Corporate Venturing
2. Niels Rom-Poulsen
Essays in Computational Finance
3. Tina Brandt Husman
Organisational Capabilities, Competitive Advantage & Project-Based Organisations
The Case of Advertising and Creative Good Production
4. Mette Rosenkrands Johansen
Practice at the top
– how top managers mobilise and use non-financial performance measures
5. Eva Parum
Corporate governance som strategisk kommunikations- og ledelsesværktøj
6. Susan Aagaard Petersen
Culture's Influence on Performance Management: The Case of a Danish Company in China
7. Thomas Nicolai Pedersen
The Discursive Constitution of Organizational Governance – Between unity and differentiation
The Case of the governance of environmental risks by World Bank environmental staff
8. Cynthia Selin
Volatile Visions: Transactions in Anticipatory Knowledge
9. Jesper Banghøj
Financial Accounting Information and Compensation in Danish Companies

10. Mikkel Lucas Overby
Strategic Alliances in Emerging High-Tech Markets: What's the Difference and does it Matter?
11. Tine Aage
*External Information Acquisition of Industrial Districts and the Impact of Different Knowledge Creation Dimensions
A case study of the Fashion and Design Branch of the Industrial District of Montebelluna, NE Italy*
12. Mikkel Flyverbom
*Making the Global Information Society Governable
On the Governmentality of Multi-Stakeholder Networks*
13. Anette Grønning
*Personen bag
Tilstedevær i e-mail som interaktionsform mellem kunde og medarbejder i dansk forsikringskontekst*
14. Jørn Helder
*One Company – One Language?
The NN-case*
15. Lars Bjerregaard Mikkelsen
*Differing perceptions of customer value
Development and application of a tool for mapping perceptions of customer value at both ends of customer-supplier dyads in industrial markets*
16. Lise Granerud
*Exploring Learning
Technological learning within small manufacturers in South Africa*
17. Esben Rahbek Pedersen
Between Hopes and Realities: Reflections on the Promises and Practices of Corporate Social Responsibility (CSR)
18. Ramona Samson
*The Cultural Integration Model and European Transformation.
The Case of Romania*
- 2007**
1. Jakob Vestergaard
*Discipline in The Global Economy
Panopticism and the Post-Washington Consensus*
2. Heidi Lund Hansen
*Spaces for learning and working
A qualitative study of change of work, management, vehicles of power and social practices in open offices*
3. Sudhanshu Rai
*Exploring the internal dynamics of software development teams during user analysis
A tension enabled Institutionalization Model; "Where process becomes the objective"*
4. Norsk ph.d.
Ej til salg gennem Samfundslitteratur
5. Serden Ozcan
*EXPLORING HETEROGENEITY IN ORGANIZATIONAL ACTIONS AND OUTCOMES
A Behavioural Perspective*
6. Kim Sundtoft Hald
Inter-organizational Performance Measurement and Management in Action – An Ethnography on the Construction of Management, Identity and Relationships
7. Tobias Lindeberg
*Evaluative Technologies
Quality and the Multiplicity of Performance*

8. Merete Wedell-Wedellsborg
*Den globale soldat
Identitetsdannelse og identitetsledelse i
multinationale militære organisationer*
9. Lars Frederiksen
*Open Innovation Business Models
Innovation in firm-hosted online user
communities and inter-firm project
ventures in the music industry
– A collection of essays*
10. Jonas Gabrielsen
*Retorisk toposlære – fra statisk 'sted' til
persuasiv aktivitet*
11. Christian Moldt-Jørgensen
*Fra meningsløs til meningsfuld evaluering.
Anvendelsen af studentertilfredsheds-
målinger på de korte og mellemlange
videregående uddannelser set fra et
psykodynamisk systemperspektiv*
12. Ping Gao
*Extending the application of
actor-network theory
Cases of innovation in the tele-
communications industry*
13. Peter Mejlby
*Frihed og fængsel, en del af den samme
drøm?
Et phronetisk baseret casestudie af frigørel-
sens og kontrollens sameksistens i værdi-
baseret ledelse!*
14. Kristina Birch
Statistical Modelling in Marketing
15. Signe Poulsen
*Sense and sensibility: The language of
emotional appeals in insurance marketing*
16. Anders Bjerre Trolle
*Essays on derivatives pricing and dynamic
asset allocation*
17. Peter Feldhütter
*Empirical Studies of Bond and Credit
Markets*
18. Jens Henrik Eggert Christensen
*Default and Recovery Risk Modeling and
Estimation*
19. Maria Theresa Larsen
*Academic Enterprise: A New Mission for
Universities or a Contradiction in Terms?
Four papers on the long-term implications
of increasing industry involvement and
commercialization in academia*
20. Morten Wellendorf
*Postimplementering af teknologi i den
offentlige forvaltning
Analyser af en organisations kontinuerlige
arbejde med informationsteknologi*
21. Ekaterina Mhaanna
*Concept Relations for Terminological
Process Analysis*
22. Stefan Ring Thorbjørnsen
*Forsvaret i forandring
Et studie i officerers kapabiliteter under
påvirkning af omverdenens forandringspres
mod øget styring og læring*
23. Christa Breum Amhøj
*Det selvskabte medlemskab om manage-
mentstatten, dens styringsteknologier og
indbyggere*
24. Karoline Bromose
*Between Technological Turbulence and
Operational Stability
– An empirical case study of corporate ven-
turing in TDC*
25. Susanne Justesen
*Navigating the Paradoxes of Diversity in
Innovation Practice
– A Longitudinal study of six very different
innovation processes – in practice*

26. Luise Noring Henler
*Conceptualising successful supply chain partnerships
– Viewing supply chain partnerships from an organisational culture perspective*
27. Mark Mau
*Kampen om telefonen
Det danske telefonvæsen under den tyske besættelse 1940-45*
28. Jakob Halskov
The semiautomatic expansion of existing terminological ontologies using knowledge patterns discovered on the WWW – an implementation and evaluation
29. Gergana Koleva
European Policy Instruments Beyond Networks and Structure: The Innovative Medicines Initiative
30. Christian Geisler Asmussen
Global Strategy and International Diversity: A Double-Edged Sword?
31. Christina Holm-Petersen
*Stolthed og fordom
Kultur- og identitetsarbejde ved skabelsen af en ny sengeafdeling gennem fusion*
- An Empirical Study of the Fast Moving Consumer Goods Industry*
- 2000**
4. Lotte Darsø
*Innovation in the Making
Interaction Research with heterogeneous Groups of Knowledge Workers creating new Knowledge and new Leads*
- 2001**
5. Peter Hobolt Jensen
*Managing Strategic Design Identities
The case of the Lego Developer Network*
- 2002**
6. Peter Lohmann
The Deleuzian Other of Organizational Change – Moving Perspectives of the Human
7. Anne Marie Jess Hansen
To lead from a distance: The dynamic interplay between strategy and strategizing – A case study of the strategic management process
- 2003**
8. Lotte Henriksen
*Videndeling
– om organisatoriske og ledelsesmæssige udfordringer ved videndeling i praksis*

TITLER I ATV PH.D.-SERIEN

1992

1. Niels Kornum
Servicesamkørsel – organisation, økonomi og planlægningsmetoder

1995

2. Verner Worm
*Nordiske virksomheder i Kina
Kulturspecifikke interaktionsrelationer ved nordiske virksomhedsetableringer i Kina*

1999

3. Mogens Bjerre
Key Account Management of Complex Strategic Relationships

9. Niels Christian Nickelsen
Arrangements of Knowing: Coordinating Procedures Tools and Bodies in Industrial Production – a case study of the collective making of new products

2005

10. Carsten Ørts Hansen
Konstruktion af ledelsesteknologier og effektivitet

TITLER I DBA PH.D.-SERIEN

2007

1. Peter Kastrup-Misir
*Endeavoring to Understand Market
Orientation*
– *and the concomitant co-mutation of the
researched, the researcher, the research
itself and the truth*