

Dansk Sundhedsinstitut

DSI rapport 2009.01

Systematisk samarbejde om kvalitet

Samspil mellem personalepolitik
og arbejdet med udvikling af kvalitet
og tværfaglighed på sygehusene

Jens Albæk
Marie Lund Nielsen
Jakob Hansen
Louise Stage
Pernille Sommer





Systematisk samarbejde om kvalitet

Samspil mellem personalepolitik og arbejdet med udvikling af kvalitet og tværfaglighed på sygehusene

Jens Albæk
Marie Lund Nielsen
Jakob Hansen
Louise Stage
Pernille Sommer

Dansk Sundhedsinstitut
DSI rapport 2009.01

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2009

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-590-0 (elektronisk version)

ISSN 0904-1737

DSI rapport 2009.01

Foto: "Stuegang hos syg pige, 1917". Kort og Billedsamlingen, Det kgl. Bibliotek

Omslag: Peter Dyrvig Grafisk Design

Design: DSI

Forord

Personalepolitik og udvikling af kvaliteten af ydelserne er to forhold, der har været på dagsordenen i det danske sygehusvæsen gennem en række år. Begge forhold er relateret til ledelse, og det er denne undersøgelses formål at søge at belyse, hvilken sammenhæng der er mellem de to fænomener set fra 'sygehusgulvet' forstået som de erfaringer, som ledere og medarbejdere på fire medicinske sengeafsnit gjorde rede for i forbindelse med undersøgelsen.

Undersøgelsen indgår som led i en række af undersøgelser i Dansk Sundhedsinstitut om de organisatoriske forhold på sygehusene. Dette omfatter bl.a. den fokusering på mødet mellem de formelle forhold og regler, som fx udgøres af personalepolitikken og den daglige ledelsesmæssige praksis, som den ses i de initiativer, der tages hver dag af ledere på afdelingsniveau. Undersøgelser som denne sætter fokus på den daglige indsats for at sikre et godt tværfagligt samarbejde, sammenhængende patientforløb og dermed at opnå en god faglig kvalitet.

Projektet "Systematisk samarbejde om kvalitet" er resultatet af et samarbejde mellem Dansk Sundhedsinstitut, det nu nedlagte sekretariat for projektet Den gode Medicinske Afdeling (DGMA) og Partssamarbejdet, som udgøres af et samarbejde mellem Danske Regioner, Det kommunale Kartel, Sundhedskartellet, Yngre Læger og Foreningen af Speciallæger.

Projektet er finansieret af Partssamarbejdet og Dansk Sundhedsinstitut.

Projektets styregruppe har bestået af:

Praktiserende læge Jørgen Steen Andersen, konsulent for DAK-E og tidligere projektleder for Den Gode Medicinske Afdeling

Seniorkonsulent Kirsten Gregens Dalsjö, Yngre Læger, Partssamarbejdet

Chefkonsulent Mie Andersen, FOA, Partssamarbejdet.

Rapporten har gennemgået eksternt review ved:

Ledende overlæge, dr.med. Peter Lange, Hjerte-Lungemedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital

Lektor, ph.d. Anne Reff Pedersen, Center for Health Management, Institut for Organisation, Copenhagen Business School.

Henrik Hauschildt Juhl
Vicedirektør
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Indledning	13
2. Formål og problemstilling	15
2.1 Formål 15	
2.2 Problemstilling	15
2.3 Undersøgelsesspørgsmål	17
3. Baggrund for projektet	19
3.1 Den gode medicinske afdeling	20
3.1.1 Tværsnitsundersøgelser	20
3.1.2 Interviewundersøgelse blandt DGMA-afdelinger	20
3.2 Partssamarbejdet – SUS	21
3.3 Samspil mellem DGMA og Partssamarbejdet	21
4. Teori og metode	23
4.1 'Forhandlet orden' som teoretisk perspektiv	23
4.1.1 Personalepolitik som resultat af forhandling	26
4.2 Metode	26
4.2.1 Rekruttering af afdelinger	27
5. Begrebet personalepolitik	29
5.1 Personalepolitik som begreb - en del af personaleledelse	30
5.2 Personalepolitikens historie	31
5.2.1 Aftaler og praksis	31
5.3 Personalepolitik og ledelse på sygehuse	32
5.4 Personalepolitik – i denne analyse	33
6. Litteratur – Personalepolitik og tværfaglig kvalitet	35
6.1 Tværfaglige teams	35
6.1.1 Teamet og behovet for kulturudvikling	36
6.2 Holdninger til tværfaglighed og teamwork	37
6.3 Forandringsledelse og tværfaglighed	38
6.3.1 Ledelse i skabelsen af tværfaglighed i teams	39
6.3.2 Udvikling og holdningsbearbejdelse i teamarbejdet	40
6.4 Ledelse og kultur	40
6.5 Sammenfattende om litteraturen	41
7. Beskrivelser af fire cases	43
7.1 Afsnit A	43
7.1.1 Organisering af arbejde og samarbejde	43
7.1.2 Arbejdet med kvalitet på afsnittet	44
7.1.3 Den formelle personalepolitik	45
7.1.4 Det tværfaglige element	47

Resumé

Denne undersøgelse fokuserer på sammenhængen mellem den aftalte og praktiserede personalepolitik på sygehusene og de ledelsesmæssige initiativer, der bliver taget på sygehusafdelinger i forbindelse med udviklingen af tværfaglighed og kvalitet.

Undersøgelsen omfattede fire sygehusafdelinger, der alle har opnået gode resultater ved deltagelse i det landsdækkende projekt "Den Gode Medicinske Afdeling" (DGMA). Undersøgelsens antagelse var, at der kunne identificeres konkrete ledelsesmæssige initiativer på de fire afdelinger, som havde betydning for kvalitet og tværfaglighed og samtidig havde sit grundlag i den vedtagne personalepolitik.

Der er gennemført dataindsamling på de fire afdelinger, som har fokuseret på dokumenter, observationer og interviews.

Forholdet mellem ledelse, kvalitet og personalepolitik

Undersøgelsens formål er at afklare, om der med den aftalte personalepolitik tilføjes elementer til de ledelsesmæssige initiativer, der tages vedrørende tværfaglig kvalitet. Undersøgelsen forsøger at knytte en forbindelse mellem forhold, der alle har en ledelsesmæssig relevans i organisationer, som er præget af faggruppernes relative autonomi og professionelle engagement. Den fælles ledelsesmæssige relevans er imidlertid ikke nogen garanti for, at der rent faktisk er skabt en sammenhæng mellem disse forhold. Der kan argumenteres for, at kvalitet, tværfaglighed og personalepolitik har forskellige udgangspunkter i forhold til det ledelsesmæssige perspektiv.

Den faglige kvalitet udgør kernen i faggruppernes selvforståelse og identitet. Det ledelsesmæssige perspektiv består i at koble faggruppernes autonomi og engagement til den ledelsesmæssige strategi, der er lagt, og de mål for fx en sygehusafdeling der er opstillet. I forlængelse af dette vil det tværfaglige samarbejde indgå som et element, der skal styrkes for at sikre kvalitet og udvikling. Over for dette står personalepolitikken som et fælles grundlag for en række forhold på arbejdspladsen, som er aftalt mellem repræsentanter for ledelsessiden og medarbejdersiden. Det særlige ved personalepolitik er således, at den skal kunne dække alle typer af faggrupper og samarbejdsrelationer inden for sygehusene.

Spørgsmålet for undersøgelsen blev derfor, om det brede perspektiv, der ligger bag personalepolitik, kunne indgå på en meningsfuld måde i et samspil med den ledelsesindsats, som var forbundet med den faglige kvalitet og faggruppernes engagement. Dette krævede en gennemgang af de aftalte personalepolitiske grundlag inden for sygehusvæsenet generelt og på de medvirkende sygehusafdelinger specielt.

Personalepolitik er blevet en fast del af aftalerne mellem ledelses- og medarbejdersiden om en række forhold i sygehusvæsenet. Der eksisterer personalepolitiske grundlag for hvert sygehus og/eller region. Der er store sammenfald i indholdet mellem de enkelte aftaler i regionerne.

Personalepolitikken på sygehusene omfatter så forskelligartede emner som værdigrundlag, regler vedrørende ansættelse og afskedigelse, seniorpolitik, barselspolitik,

gensidig information og kommunikation, uddannelse og kompetenceudvikling, orlov, sundhed og trivsel, fravær, medarbejderfastholdelse, alkohol og rygning etc. samt mere eksotiske emner som power-nap politik. Politikken har oftest bestået af en række grundlæggende hensigter vedrørende de inddragede emner suppleret med egentlige regler, hvor det er fundet muligt eller hensigtsmæssigt. Personalepolitikken har også omfattet pligter, det var aftalt at pålægge såvel ledelse som medarbejdere.

De fire cases – Personalepolitik og kvalitet

De fire cases viste, at den aftalte personalepolitik kunne relateres til tværfaglighed og kvalitet, da personalepolitikken omfattede emner som kompetenceudvikling, samarbejde etc. Det var dog ikke muligt i nogen af de fire cases at pege på noget element i de aftalte personalepolitiske grundlag, som konkret omhandlede, hvordan tværfaglighed og kvalitet kunne styrkes. Dette svarer til de erfaringer med hensyn til den personalepolitiske praksis, der fremkom blandt ledere og medarbejdere gennem undersøgelsen.

Ses der omvendt på en række af de ledelsesmæssige initiativer, som havde til formål at styrke kvalitet og tværfaglighed, er det muligt at finde eksempler på, at disse havde relevans for personalepolitikken. Dette har været tilfældet, når et ledelsesmæssigt initiativ vedrørende kvaliteten af behandling og pleje har haft betydning for samarbejde, kompetencer mv. Et eksempel på dette var etablering af teamstruktur på en sengeafdeling, som havde til formål at øge den tværfaglige sammenhæng i tilbuddene til patienterne. Et andet eksempel omhandlede udvikling af stuegangsfunktion og kontaktpersonordninger. Endelig omhandlede et eksempel den gennemgående tendens til at etablere teamledelser for fx sengeafsnittene, hvor den placering, som den lægelige teamleder placeres i, relateres til kvalitet og tværfaglighed og samtidig har betydning for den personalepolitiske praksis.

Som forholdene er fremstået på de fire afdelinger, har personalepolitikken ikke haft rollen som fællesnævner i forhold til udvikling af tværfaglig kvalitet. Arbejdet med kvalitet og kvalitetsudvikling er det tema, som bringer tværfaglighed og udvikling af denne på banen. Baggrunden for udvikling af teamfunktionen, for udvikling af kompetencer hos social- og sundhedsassistenter, tværfaglig undervisning mv. blev begrundet i ønsket om forbedring af den faglige kvalitet.

Den primære løftestang til udvikling af tværfagligheden bestod i initiativerne til udvikling af den faglige kvalitet, mens personalepolitikken var sekundær i denne sammenhæng.

Personalepolitisk praksis

Når personalepolitikken indhold anvendes konkret, skabes en personalepolitisk praksis, som indgår i den ledelsespolitik, der fx anvendes på et sengeafsnit på et sygehus. På de fire sengeafsnit i undersøgelsen indgik personalepolitikken hensigter, værdier og regler derfor som et led i de muligheder, som ledelsen havde for at tage initiativer på de aftalte områder.

I undersøgelsen pegede ledelsesrepræsentanter på, hvordan personalepolitikken spillede en aktiv rolle i en række konkrete sammenhænge, fx forbundet med, at ledelsen stod over for problemer med mobning eller stort sygefravær. Der var også andre eksempler på, at der var et behov for at kunne anvende de personalepolitiske regler for håndtering af konkrete situationer.

De interviewede forbandt primært personalepolitik med strukturer som fx medarbejderudviklingssamtaler, eller som emner der tages op ved specifikke medarbejdermøder. Der blev peget på, at der eksisterede en personalepolitisk praksis på de fire afdelinger, herunder også strukturer for medarbejderudvikling (og de tilhørende samtaler), kompetenceudvikling mv.

De ledere og medarbejderne, der blev interviewet i undersøgelsen, oplevede til gengæld ikke, at personalepolitikken og den personalepolitiske praksis hang samme med afdelingernes daglige tværfaglige samarbejde eller sikringen og udviklingen af den faglige kvalitet.

Standarder for kvalitet

Den tresidede relation, der udgøres af personalepolitik, kvalitet og tværfaglighed, var drevet af ønsket om udvikling af den faglige kvalitet. Det kan efterfølgende diskuteres, i hvilket omfang den øgede anvendelse af metoder til kvalitetsudvikling, som har været baseret på brugen af standarder for kvalitet, har øget udviklingen af tværfaglighed i arbejdet med faglig kvalitet. Ses der på arbejdet med Den Gode Medicinske Afdeling på de fire sengeafsnit, var der meget varierende tolkninger af, om denne indsats havde haft betydning for kvalitet og tværfaglighed. Der var dog eksempler på, at der var taget konkrete initiativer til udvikling af den faglige kvalitet ud fra DGMA's tilbagemeldinger om opfyldelse af kvalitetsstandarderne. Deltagelse i Det Nationale Indikatorprojekt havde på nogle afdelinger haft en tilsvarende effekt, idet NIP's indikatorer havde fungeret som løftestang for det tværfaglige kvalitetsarbejde.

Det er en rimelig antagelse, at den øgede brug af standardiserede procedurer og retningslinjer i udviklingen af den kliniske kvalitet potentielt kan have betydning for kravene til samarbejde, da behovet for fælles beslutninger om fremgangsmåder og procedurer udvides. Herunder hører også kravene til at følge retningslinjer vedrørende samarbejde, som de kunne være nedfældet i en fælles personalepolitik.

Ledelse

At der alligevel er forekommet ledelsesmæssige initiativer med en personalepolitisk relevans, ses dog eksempelvis i de initiativer, der blev taget til forbedring af teamfunktionen gennem forskellige teambuilding aktiviteter. En række ledelsesmæssige initiativer medvirkede på denne måde til at give personalepolitikken et praktisk indhold. Udviklingen af tværfaglighed blev støttet gennem ledelsesmæssige initiativer, der trak på det personalepolitiske fundament sideløbende med den organisationskultur og den ledelsespraksis, som organisationen – sengeafsnittet – var præget af.

Undersøgelsens samlede konklusion vedrørende ledelse peger dog overvejende på, at det er medarbejdernes oplevelse af, at de ledelsesmæssige initiativer har et indhold af faglig relevans, som er den primære forudsætning for udvikling. Hvis de målsætninger, som ledelsen opstiller, skal realiseres, peger undersøgelsen på, at ledelse skal tage udgangspunkt i, at den professionelle faglighed er kernen i faggruppernes identitet. De organisatoriske ændringer, som skal gennemføres, har derfor størst mulighed for at lykkes, hvis de forbindes med og kommunikerer via de opfattelser af faglig relevans, som medarbejderne identificerer sig på baggrund af og agerer ud fra.

Skal der derfor etableres en stærkere forbindelse mellem personalepolitik og kvalitet på sygehusene, og skal der skabes en personalepolitisk praksis, der i højere grad støtter

udviklingen af kvalitet og tværfaglighed, må personalepolitikken målrettes mod dette. Personalepolitikken skal muligvis i denne sammenhæng have et større lokalt element, så den fælles indsats for bedre kvalitet på fx en sygehusafdeling forbindes med de aftalemuligheder, der ligger lokalt om at styrke kompetenceudvikling og samarbejdsformer efter netop de behov, der kan opnås enighed om eksisterer på netop den specifikke afdeling.

Dette indeholder en videreudvikling af den eksisterende personalepolitiske platform, hvilket i videre forstand indebærer, at der skal foretages en udvidelse af ledelsens anvendelse af initiativer baseret på principperne bag Human Resource Management (HRM).

Forhandling om kvalitet og personalepolitik

Effekten af et initiativ, der indebar, at den faglige kvalitet skulle udvikles gennem personalepolitiske tiltag, vil afhænge af faggruppernes accept, som skabes ud fra, om faggruppernes medlemmer finder, at forslagene er meningsfulde. Den kommende landsdækkende introduktion og lancering af Den Danske Kvalitetsudviklingsmodel kan potentielt styrke tværfagligheden yderligere, forudsat at initiativet opleves som meningsfuldt af faggrupperne på sygehusene.

Personalepolitikens status af at være et resultat af formelle forhandlinger mellem repræsentanter for henholdsvis ledelse og medarbejdergrupper i samarbejdssystemet placerer denne naturligt som et eksempel på opnåelse af en forhandlet orden mellem grupper af interessenter. Som det er fremgået af undersøgelsen, foregår disse forhandlinger dog inden for en bestemt social arena. Denne arena udgøres af generelle værdier og regler for, hvordan parterne på arbejdspladsen skal forholde sig over for hinanden. Den sociale arena består derfor af de generelle bestemmelser, der kan opstilles for at fremme de organisatoriske forhold som kommunikation, fastholdelse etc.

Til gengæld viser undersøgelsen, at den sociale arena for generelle personalemæssige forhold på arbejdspladsen ikke er så direkte forbundet med en anden social arena, som omfatter professionalismen og den faglige kvalitet blandt faggrupperne. Denne sociale arena er tæt knyttet til de enkelte faggruppers opfattelse af, hvad god faglig praksis består i, samt i den tilhørende forståelse af hvilken rolle tværfaglighed spiller i denne sammenhæng. Kvalitet og tværfaglighed er emner for en fortsat forhandling mellem parterne på mange niveauer. Forhandlingerne omfatter bl.a., hvad faglig kvalitet er, hvordan der skal arbejdes med udviklingen af den, samt hvordan tværfagligheden er placeret som led i at fastslå, hvad kvalitet er.

Forhandlingen af kvalitet og tværfaglighed bliver bl.a. synlig i de situationer, hvor ledelsesmæssige og faglige initiativer til udvikling af sengeafsnittenes faglige kvalitet indeholder elementer af en personalepolitisk praksis. Dette kan fx omhandle et initiativ til styrkelse af teamfunktionen på et sengeafsnit gennem etablering af strukturer som teams med deltagelse af en speciallæge og en mindre gruppe sygeplejersker. Forhandlingen foregår mellem deltagere fra forskellige sociale verdener (fx læger, sygeplejersker, ledelse) i de relevante sammenhænge, der fx kan udgøres af morgenmødet, forberedelsen af stuegangen, gennemførelsen af stuegangen etc.

Denne forståelse af personalepolitik og faglig kvalitet som to forskellige sociale arenaer leder videre til at understrege vigtigheden af det ledelsesmæssige perspektiv. Når der løbende foregår forhandlinger mellem de involverede grupper eller aktører om tilret-

telæggelse af den faglige kvalitet og indsats, er det væsentligt for ledelsen at sikre, at forhandlingerne får et forløb og et resultat, der er foreneligt med ledelsens interesser og med de planer, der er lagt for udvikling. Det er derfor vigtigt for ledelsen, at den forhandlede og aftalte personalepolitik får et indhold og praktiseres på en måde, der er acceptabel set fra ledelsesside. Ledelsen skal med andre ord være en aktiv part i de løbende forhandlinger.

Set i dette perspektiv er det væsentligt for både ledelse og medarbejdere at afdække, på hvilke tidspunkter og i hvilke sammenhænge forhandlingerne om udviklingen af den faglige og tværfaglige kvalitet foregår. Det er herunder væsentligt at afdække, i hvilket omfang personalepolitikken spiller en rolle i den forbindelse.

Man kan efterfølgende stille spørgsmålet, om det er relevant at søge at styrke og fokusere personalepolitikken med henblik på at kunne anvende det aftalte og forhandlede grundlag for personalepolitiske initiativer, som mere eksplicit er rettet mod udvikling af kvalitet og tværfaglighed. Det er fx muligt at forestille sig, at der tages mere målrettede personalepolitiske initiativer, der sigter på at bringe faggrupperne i dialog om udvikling af den faglige kvalitet på et tværfagligt grundlag.

Gennemgangen af udenlandsk litteratur pegede primært på, hvordan ledelsesmæssige initiativer har kunnet medvirke til en øget positiv indstilling til arbejdet med kvalitetsudvikling og til en tværfaglig indsats generelt. En mere omfattende aftalebaseret udvikling af arbejdet med kvalitet vil dog sandsynligvis kræve en ny og revideret opfattelse af personalepolitikens indhold og organisatoriske placering.

1. Indledning

Systematisk udvikling af kvalitet i sygehusvæsenet har været på dagsordenen i et par årtier og har været knyttet til planlægning og udøvelse af ledelse af sygehusene på såvel nationalt og amtsligt niveau som på afdelingsniveau. Personalepolitik karakteriserer en anden type initiativ, der ligeledes er knyttet til ledelsesfunktionen, men udgør et forhandlet og aftalt grundlag for forholdet mellem ledelse og medarbejdere.

Hvor ledelse af udvikling af kvaliteten tager direkte udgangspunkt i at styrke resultaterne af sygehusenes og afdelingernes indsats, udgøres personalepolitikken af de aftaler, som parterne på ledelses- og medarbejderside er blevet enige om vedrørende, hvad ledelse og medarbejdere skal bidrage med for at skabe en god arbejdsplads. Udvikling af kvaliteten har primært et fagligt sigte, mens personalepolitikken primært er rettet mod trivsel og samarbejde generelt.

Begge forhold er relateret til, hvordan ledelse udøves på sygehusene, og begge forhold har relevans for, hvordan arbejdet tilrettelægges på sygehusene, herunder ikke mindst for det tværfaglige samarbejde. Det er derfor også oplagt at forestille sig, at personalepolitik og udviklingen af kvalitet har en fælles berøringsflade gennem de ledelsesmæssige initiativer, der tages på sygehusafdelingerne. Det er også en rimelig antagelse, at tværfaglighed, som spiller en rolle både i forhold til kvalitet og trivsel, udgør et centralt fælles punkt for kvalitetsudvikling og personalepolitik.

Spørgsmålet er imidlertid, hvordan denne sammenhæng mellem den aftalte personalepolitik og arbejdet med udvikling af den faglige kvalitet udfolder sig i praksis på sygehusafdelingerne.

Denne rapport skal bidrage til at belyse forholdet mellem personalepolitik, ledelse og tværfaglig kvalitetsudvikling, som det opleves af ledere og medarbejdere på afdelingsniveau.

I rapporten beskrives forholdene på fire medicinske sygehusafdelinger med hensyn til udformningen af den aftalte personalepolitik og erfaringerne med personalepolitikens anvendelse i forbindelse med en styrkelse af det tværfaglige samarbejde om udvikling af kvaliteten.

Projektets konkrete planlægning og gennemførelse er forestået af Dansk Sundhedsinstitut:

- ◆ Senior projektleder Jens Albæk har stået for den primære planlægning af projektet, herunder udarbejdelse af projektbeskrivelse. Han har efterfølgende stået for dataindsamling, supplerende dataindsamling, gennemgang af litteratur samt afrapportering af projektet.
- ◆ Projektledere Marie Lund Nielsen og Jakob Hansen har stået for den indledende kontakt til sygehusafdelinger, indsamling af skriftligt materiale fra afdelingerne samt planlægning og gennemførelse af dataindsamling.

- ◆ Forskningsassistenterne Pernille Sommer og Louise Stage er indgået i planlægning og gennemførelse af dataindsamling samt gennemførelse af litteraturstudium.
- ◆ Udarbejdelse af søgeprofil og søgning af litteratur er gennemført af ledende bibliotekar, dokumentalist Ilse Schødt.

Projektet er finansieret af Partssamarbejdet og af Dansk Sundhedsinstitut.

Rapporten har gennemgået eksternt review ved:

- ◆ Ledende overlæge, dr.med. Peter Lange, Hjerte-Lungemedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital
- ◆ Lektor, ph.d. Anne Reff Pedersen, Center for Health Management, Institut for Organisation, Copenhagen Business School.

2. Formål og problemstilling

Projektet har et overordnet formål, en problemstilling, som søges belyst, og endelig nogle undersøgelsesspørgsmål, der besvares med henblik på at opfylde formålet.

2.1 Formål

Projektets overordnede formål er at bidrage til viden om sammenhængen mellem det tværfaglige perspektiv i personalepolitikken og det systematiske samarbejde om kvalitetsudvikling på sygehusafdelingerne. Dette udgør en central organisatorisk problemstilling på sygehusene, da kvaliteten på sygehusafdelingerne er præget af, hvordan samarbejdet mellem faggrupperne forløber. Den systematiserede udvikling af kvaliteten kan derfor bl.a. sættes i sammenhæng med en personalepolitik, der skal medvirke til at sikre et optimalt tværfagligt samarbejde.

2.2 Problemstilling

Projektets problemstilling omfattede tre aspekter:

1. At analysere hvorledes det tværfaglige indhold i arbejdet med kvalitet indgår i et samspil med personalepolitik på sygehusafdelingerne,
2. at analysere hvordan samspillet mellem personalepolitik og initiativerne til tværfaglig kvalitetsudvikling udmøntes i ledelsesinitiativer på sygehusafdelingerne,
3. at søge at formidle den opnåede viden i en form, der omfatter idéer til videre udvikling.

Projektets problemstilling tager udgangspunkt i de forskelligartede relationer mellem personalepolitik, kvalitetsudvikling og tværfaglighed, der alle befinder sig som elementer forbundet med ledelse af det komplekse samarbejdsfelt på sygehusafdelingerne. De personalepolitiske initiativer, som er i fokus i dette projekt, udgøres af de initiativer, der er forbundet med ledelse af udviklingen af det tværfaglige samarbejde på afdelingerne.

Da personalepolitik er et resultat af forhandlinger mellem ledelse og medarbejdere i regionerne, på sygehusene og evt. på afdelingerne gennem de repræsentative samarbejdsudvalg, bliver spørgsmålet derfor, om denne personalepolitik anvendes i en praksis, som styrker tværfaglighed og kvalitet. Tværfagligheden kan ses som en organisatorisk kompetence, hvor de personalepolitiske initiativer, der skal støtte tværfagligheden, fx kan bestå i afholdelse af temadage, udarbejdelse af fælles instrukser, gennemførelse af fælles efteruddannelse etc.

Ledelsens initiativer i forbindelse med kvalitetsudvikling i sygehusvæsenet er rettet mod den centrale faktor i sygehusenes funktion, nemlig den faglige indsats og kvalitet, som udøves af faggrupperne. Med den autoritet og autonomi, som traditionelt har præget faggrupperne, og herunder særligt lægerne, bliver ledelse af kvalitetsudvikling bl.a. et spørgsmål om motivation og styring af det engagement, som faggrupperne besidder. Dette omfatter også motivationen til at indgå i tværfaglige sammenhænge, som styrker kvaliteten.

Det er undersøgelsens problemstilling, om der er en sammenhæng mellem anvendelsen af aftalerne om personalepolitik i praksis og den indsats, der gøres for at udvikle kvaliteten på sygehusafdelingerne. Problemstillingen fokuserer særligt på den tværfaglighed, som forventes at indgå som et element i personalepolitikens mål, og som samtidig forventes at indgå i indsatsen for udviklingen af den faglige kvalitet.

Undersøgelsens problemstilling kan ses i et forhandlingsperspektiv forstået således, at den formelle forhandling, der ligger bag personalepolitikken, suppleres med mere uformelle forhandlinger, der foregår på sygehusafdelingerne mellem ledelse og medarbejdere og mellem faggrupperne indbyrdes. De uformelle forhandlinger foregår, når arbejdet skal tilrettelægges og udføres, samt når kvaliteten skal udvikles gennem ændringer af procedurer og fremgangsmåder.

Kvalitet, ledelse og forhandling

Den kvalitetsudvikling på sygehusafdelingerne, der er foregået på tværs mellem faggrupperne, har haft mange udformninger vekslende fra enkeltstående projekter til deltagelse i landsdækkende initiativer som Den Gode Medicinske Afdeling. Med den stigende anvendelse af landsdækkende projekter som Det Nationale Indikatorprojekt (1) og Den Danske Kvalitetsmodel (2; 3) er der givet højere prioritet til styrkelse af kvaliteten af patientforløbene gennem overholdelse af en række centrale kvalitetsstandarder. Dette øger opmærksomheden på den ledelsesindsats, der kræves for at introducere disse initiativer, og hermed på den personalepolitiske satsning.

Skabelse af procedurer og praksis ses i projektet som et resultat af en løbende dialog eller forhandling mellem ledelse og medarbejdergrupper og mellem medarbejdergrupperne indbyrdes. Det betyder fx, at der til stadighed foregår formelle og uformelle forhandlinger om, hvordan praksis på kvalitetsområdet skal udformes mellem de involverede parter, herunder faggrupperne, ledelsen og andre med direkte eller indirekte engagement på det felt, der forhandles om¹.

Set i dette lys udgør personalepolitikken en særlig struktureret del af denne forhandling, som bliver foretaget i samarbejdsorganer som hovedsamarbejdsudvalg, centrale samarbejdsudvalg og evt. lokale samarbejdsudvalg. Personalepolitikken bruges til at styre eller standardisere forhandlingssituationen mellem ledelse og medarbejdere og potentielt mellem medarbejdergrupperne gennem etablering af et regelsæt for samspillet. Problemstillingen omhandler, hvordan personalepolitikken er formuleret og realiseret i en personalepolitisk praksis på de medicinske sygehusafdelinger, og hvorledes dette har spillet sammen med udviklingen af kvalitet og tværfaglighed.

I denne forbindelse kan der konkret peges på to vigtige tværfaglige samarbejdsrelationer, som er relateret til udviklingen af kvalitet på afdelingerne. Den ene samarbejdsrelation omhandler læge- og plejegruppernes forståelse af kvalitet og tværfagligt samarbejde, mens den anden samarbejdsrelation omhandler, hvorledes samarbejdet internt i plejegruppen er tilrettelagt med henblik på social- og sundhedsassistenternes udvidede varetagelse af plejopgaver og integration i det tværfaglige kvalitetsarbejde.

¹ Kvalitetsudvikling af patientforløbet for en bestemt patientgruppe kan være genstand for forhandling mellem ledelsen, lægerne, plejegruppen, laboranterne, sekretærene, fysioterapeuterne og andre. Forhandlingerne vil omfatte alt lige fra formelle beslutninger til den daglige udvikling af praksis, der foregår ved, at nogen får en idé til at gøre tingene lidt anderledes, præsenterer det for de andre og gennemfører det.

2.3 Undersøgelsesspørgsmål

Projektet søger at besvare følgende undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvordan er *initiativer til bedring af samarbejdet* på tværs af faggrupperne *indarbejdet* i de ledelsesmæssige personalepolitiske initiativer på sygehusafdelingerne?
2. Hvordan har de tværfaglige elementer *været en del af kvalitetsudviklingen*, som fx i sammenhæng med overholdelsen af kvalitetsstandarderne fra Den Gode Medicinske Afdeling?
3. Hvorledes er *samspillet* på de enkelte afdelinger forløbet mellem personalepolitiske initiativer vedrørende tværfagligt samarbejde og arbejdet med udvikling af den kliniske kvalitet?
4. Har de personalepolitiske initiativer medvirket til at *udvikle den dialog*, der føres blandt faggrupperne på afdelingerne om initiativerne til forbedringer af den kliniske kvalitet?
5. Hvilke *holdninger og erfaringer* har ledere og medarbejdere med hensyn til personalepolitikens indflydelse på den tværfaglige kvalitetsudvikling?

Undersøgelsen omfatter erfaringer fra fire danske sygehusafsnit, som har deltaget i kvalitetsinitiativet DGMA og opnået gode resultater i DGMA's tværsnitsundersøgelse. I udvælgelsen af afdelinger til deltagelse i undersøgelsen blev disse resultater anvendt som en indikator for, at der har været taget ledelsesmæssige initiativer til udvikling af kvaliteten på pågældende afdelinger.

I den konkrete tilrettelæggelse af undersøgelsen er der lagt vægt på, hvorledes der er udviklet nye procedurer og ny praksis i samarbejdsprocesserne mellem læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og andre relevante professioner og faggrupper.

3. Baggrund for projektet

Det ledelsesmæssige og faglige ønske om at kombinere tværfaglighed og kvalitet har været genstand for en lang række fælles initiativer i sygehusvæsenet. Der har været valgt organiseringsformer som fx tværfaglige kvalitetscirkler (4) og tværfaglige teams (5), som har dannet udgangspunkt for projekter på sygehusafdelingerne, men initiativerne har ofte haft karakter af afgrænsede eller enkeltstående initiativer. Gennem 1990'erne blev der fremhævet gode erfaringer med tværfaglighed og kvalitetsudvikling (5), men også peget på nødvendigheden af at fokusere på 'kerneydelsen', der primært blev opfattet som en monofaglig satsning (6). Dette er delvis videreført i de overvejende monofagligt orienterede bestræbelser på at anvende evidensbaserede fremgangsmåder og de fortsatte initiativer til tværfagligt baserede og teambaserede udviklingsstrategier.

Der er opbygget erfaringer i sygehusvæsenet med såvel tvær- som monofaglige strategier til forbedring af kvaliteten, og der kan i nogle tilfælde siges at have eksisteret et konkurrenceforhold mellem strategierne. Sammenfattende kan det siges, at der er opbygget stor erfaring i sygehusvæsenet med initiering og gennemførelse af tværfaglige aktiviteter på kvalitetsområdet. Det var en antagelse i formuleringen af dette projekts problemstilling, at erfaringerne med udvikling af tværfagligt samarbejde har kunnet anvendes i forbindelse med sygehusafdelingernes deltagelse i fx DGMA-projektet. Det var en videre antagelse, at afdelingernes deltagelse i DGMA-projektet kan have givet afdelingerne nye typer af erfaringer, som fx har bidraget til en videre personalepolitisk indsats samt været anvendelige ved deltagelse i aktiviteter som Det Nationale Indikatorprojekt.

DGMA-projektet kan ses som et eksempel på et nationalt initiativ, som har haft kvalitet som mål og tværfaglighed som en mulig parameter gennem valget af kvalitetsstandarder. Over for dette kan Partssamarbejdet ses som et eksempel på et initiativ, der skulle udvikle sygehusvæsenet gennem en personalepolitisk og ledelsesmæssig vinkel.

Personalepolitik er blevet indarbejdet i sygehusvæsenet gennem de seneste 10 år som en formalisering af en række relationer mellem ledelse og medarbejdere. Personalepolitikken kan ses som en videreførelse af det omfattende aftale- og samarbejdssystem, der er indarbejdet gennem de seneste årtier og bl.a. har medført etablering af samarbejdsudvalg og sikkerhedsudvalg. Denne samarbejdsmodel har gennem tiden ført til etablering af nedskrevne aftaler på en række områder. Etableringen af en sammenhængende personalepolitik har bestået i en samling og opdatering af aftaler, som allerede var indgået, samt evt. suppleret af disse med yderligere aftaler.

Nedenfor præsenteres Den Gode Medicinske Afdeling som et eksempel på et systemiseret kvalitetsarbejde, som denne undersøgelses fire afdelinger har deltaget i. Efterfølgende præsenteres Partssamarbejdet som det initiativ, der har fokuseret på systemiseret udvikling af samarbejdsrelationerne på sygehusene med videre relationer til personalepolitik som et redskab til udvikling af dette samarbejde.

3.1 Den gode medicinske afdeling

Projektet Den Gode Medicinske Afdeling eksisterede i årene 2000 til og med 2006. DGMA-projektet blev startet for at sætte gang i en systematiseret udformning og indarbejdelse af standarder for kvalitet. Projektet fulgte et oplæg, som var udarbejdet af Dansk Selskab for Intern Medicin (DSIM) i 1996 (7). Den seneste version af standarderne stammer fra 2002. Kvalitetsstandarderne havde generelt karakter af processtandarder vedrørende forløbet af diagnosticering, behandling etc., men indeholdt ingen standarder der afspejlede resultatet af behandlingen direkte². Siden 2000 har DGMA's projektsekretariat gennemført fire tværsnitsundersøgelser. Dansk Sundhedsinstitut³ har tidligere foretaget en analyse af fire udvalgte sygehusafdelingers erfaringer med deltagelse i DGMA's tværsnitsundersøgelse (8).

3.1.1 Tværsnitsundersøgelser

Deltagelse i DGMA's undersøgelser var frivillig for de medicinske sygehusafdelinger. Det kan dog antages, at DGMA's status og det forhold, at en række toneangivende læger og deres afdelinger meldte sig som deltagere, har lagt et vist normativt pres på de øvrige afdelinger for at deltage. Hvad enten dette har været en realitet eller ej, så har DGMA været en succes målt ud fra antallet af deltagende sygehusafsnit, der i den fjerde tværsnitsundersøgelse (TUV4) i 2005 nåede op på 114 (9). De oprindelige kvalitetsstandarder er blevet bearbejdet bl.a. med henblik på at øge deres operationalitet og relevans. Der er blevet udviklet en række indikatorer, som er blevet brugt som udgangspunkt for tværsnitsundersøgelserne af de deltagende afsnits og afdelingers kvalitet (10; 11). I den seneste tværsnitsundersøgelse (TVU4) blev DGMA's egne standarder og indikatorer (12) suppleret med indikatorer, der var baseret på bl.a. lovgivningens krav (13, § 9), (14) og på anbefalinger fra Netværk for forebyggende sygehuse (15).

3.1.2 Interviewundersøgelse blandt DGMA-afdelinger

En interviewundersøgelse blandt et antal læger og sygeplejersker på medicinske afsnit foretaget af DGMA viste, at tværfaglige initiativer synes at spille en vis rolle i forbindelse med kvalitetsudvikling (16). De interviewede blev udvalgt fra afdelinger, der havde opnået høje scores ved seneste tværsnitsundersøgelse eller væsentligt forbedrede scores mellem næstsidste og seneste undersøgelse. De interviewede pegede på en række mulige sammenhænge mellem udvikling af den faglige kvalitet og tværfaglighed på en række konkrete punkter. Det gælder fx nedbringelse af andelen af genindlæggelser, når en erfaren sygeplejerske medvirker ved visitationen sammen med forvagten (17), oprettelse af tværfaglige geriatriske teams der øger kvaliteten i forløbet efter udskrivelsen (17), og gode resultater for dokumentation af forløbet gennem en tværfaglig indsats (17). Der peges herudover på vigtigheden af strukturerede indsatser for at bedre kvaliteten gennem tværfaglighed. Herunder hører fælles kurser for at opdatere læger og

² De anvendte standarder i DGMA's tværsnitsundersøgelser har dog generelt et potentielt tværfagligt (og i nogle tilfælde også tværsektorielt) indhold, da standardernes opfyldelse – som fx ernæringscreening af patienterne, angivelse af behandlingsvarighed for ordineret medicin eller dokumentation af patientinformation i journalen – både har plejefaglig og medicinsk relevans, og ofte rækker udover udskrivelsen.

³ Under navnet "DSI Institut for Sundhedsvæsen".

sygeplejersker med viden om pleje og behandling (17) og vigtigheden af at udvikle en kultur for samarbejde, så der kan opnås effektiv formidling og implementering af nye projektinitiativer (17). Tilsvarende peges der på eksempler på problemer med opnåelse af tilstrækkelig kvalitet, når tværfagligheden ikke har været optimal.

3.2 Partssamarbejdet – SUS

I samme periode, som de første initiativer til DGMA-projektet blev taget, blev projektet "Samarbejde om Udvikling på Sygehusene" (SUS) igangsat. Projektet startede i 1997 som en udløber af anbefalinger fra Sygehuskommissionen om øget samarbejde mellem faggrupperne. Initiativet, der senere blev omdøbt til "Partssamarbejdet på Sygehusene", omfatter Amtsrådsforeningen, Sygehusbranchen i Det Kommunale Kartel, Sundhedskartellet, Yngre Læger og Foreningen af Speciallæger. Initiativet er indgået som en del af overenskomsterne mellem de nævnte parter og blev senest fornyet ved overenskomsterne indgået i 2005⁴.

SUS-projektet – Partssamarbejdet på Sygehusene – kan ses som et konkret resultat af den øgede bevidsthed om vigtigheden af det tværfaglige samarbejde på sygehusene. Partssamarbejdet fokuserede i denne sammenhæng på indgåelse af aftaler om samarbejde, og at disse aftaler fx omhandlede rammer for samarbejdet om udvikling af en tværfaglig klinisk praksis. I denne forstand blev de to projekter – DGMA og SUS – gensidigt en del af hinandens kontekst. De to bevægelser mod henholdsvis kvalitet og formalisering af samarbejde optrådte samtidigt inden for det samme felt – sygehusvæsenet – og berørte langt hen ad vejen de samme forhold, nemlig udvikling i ledelse og tilrettelæggelsen af de sundhedsfaglige gruppers daglige praksis.

3.3 Samspil mellem DGMA og Partssamarbejdet

Problemstillingen i dette projekt omhandler som nævnt, hvordan samspillet foregår mellem de personalepolitiske initiativer på afdelingsniveau og det tværfaglige arbejde med forbedring af kvaliteten. Problemstillingen er på denne måde relateret til de to bevægelser/idéer, som er repræsenterede i henholdsvis SUS og DGMA. Spørgsmålet er, om udviklingen af kvaliteten støttes gennem personalepolitikken, eller om de to emner udgør særskilte bevægelser, der ses som adskilte af de læger og sygeplejersker, der både skal realisere kvalitet og samarbejde. Umiddelbart synes kvalitet og tværfagligt samarbejde at være forbundne i både personalepolitikken og den kliniske praksis, da arbejdet for at forbedre patientforløbene inkluderer begge. Imod taler, at personalepolitik har et generelt indhold, da politikken skal kunne anvendes i en række forskellige situationer og på forskellige afdelinger, mens kvalitetsudvikling oftest har et specifikt indhold, bestemt af et specifikt subspecialt, en specifik diagnose og en specifik afdeling. Herudover bliver kvalitet ofte set som en monofagligt baseret aktivitet, eller som et særskilt fagligt initiativ, hvor der for hver faggruppe fastlægges specifikke kriterier for, hvad kvaliteten udgøres af, hvordan den etableres, og hvordan den måles.

⁴ Der er gennemført en lang række projektinitiativer under og med relation til SUS, hvoraf der blandt de seneste kan nævnes et projekt om Kompetenceudvikling og opgaveglidning i Københavns Amts Sundhedsvæsen.

Det har været formodningen i dette projekt, at nogle af de synlige eksempler på initiativer, hvor der er sammenhæng mellem tværfagligt samarbejde og udvikling af kvaliteten, har bestået i, at afdelingerne etablerer særlige organisatoriske strukturer. Det kan fx omfatte tværfaglige arbejdsgrupper og teams, tværfaglige uddannelsesaktiviteter, særlige arbejdstidsaftaler, fælles personaledage og andre initiativer, som har et tværfagligt indhold og et kvalitetsforbedrende sigte. Det har været en videre formodning, at denne type af strukturelle initiativer indgår i en personalepolitisk strategi på afdelingen eller sygehuset, som er aftalt mellem ledelse og medarbejderrepræsentanter. Dette peger videre på en opfattelse af, hvad personalepolitik indeholder som begreb og som praksis.

4. Teori og metode

De spørgsmål, som er opstillet ovenfor som led i præcisering af formål og problemstilling i projektet, peger på, at undersøgelsen skal belyse og analysere indhold og karakter af samspillet mellem personalepolitik, kvalitetsaktiviteter og tværfaglighed. Der er til gengæld ikke intentioner om præcist at belyse omfanget eller fremkomme med en kvantitativ opgørelse af resultaterne af disse forhold.

Spørgsmålene peger på, at projektets problemstilling primært har kvalitativ karakter. Der er fokus på de organisatoriske processer i forbindelse med udviklingen af samarbejde og kvalitet på sygehusene, og dette belyses gennem analyse af udviklingsforløb, kommunikation mv. i afgrænsede organisatoriske enheder.

For at kunne belyse problemstillingen konkret, har det været relevant at udvælge et antal cases, forstået som sygehusafdelinger/sygehusafsnit, med henblik på at kunne udrede, hvorledes samspillet mellem personalepolitik, kvalitet og tværfagligt samarbejde er forløbet.

Med henblik på at belyse problemstillingen systematisk har det været formålstjenligt at fastlægge et samlet udgangspunkt for udvælgelsen af cases. Dette udgangspunkt har vi defineret til at være opnåelse af en høj score for én eller flere af de kvalitetsstandarder, som indgår i DGMA's tværsnitsundersøgelser, idet dette blev taget som en indikator for, at der er foregået en systematisk udvikling af kvalitet, og at dette potentielt har inddraget personalepolitiske initiativer.

Beskrivelsen af casene skal fokusere på, hvorledes og i hvilken grad man på disse afdelinger har kombineret de personalepolitiske initiativer med de aktiviteter, der har været relateret til kvalitet og tværfaglighed. Initiativer, der skulle styrke det tværfaglige samarbejde om kvalitetsudvikling, kan fx være indgået mere eller mindre målrettet og med større eller mindre vægt i evt. særlige projektaktiviteter.

Selv om der i udvælgelsen af caseafdelinger til dette projekt er taget udgangspunkt i afdelingens medvirken i DGMA's seneste tværsnitsundersøgelse, har det været forventningen, at de afdækkede resultater afspejler afdelingens generelle håndtering af eksterne kvalitetsudviklingsinitiativer i perioden. Med den valgte problemstilling vil der først blive fokuseret på, hvorledes personalepolitik med et tværfagligt perspektiv er indgået i udviklingen af kvaliteten. For det andet vil det blive belyst, hvordan det tværfaglige samarbejde er indgået i arbejdet med at forbedre kvaliteten af behandling og pleje.

4.1 'Forhandlet orden' som teoretisk perspektiv

Valget af teoretisk perspektiv tager udgangspunkt i to konstateringer: For det første at der er flere interessenter på banen i forbindelse med indgåelse af aftaler om personalepolitikken og ved fastlæggelsen af, hvilken form for kvalitetsudvikling der skal foretages på de enkelte sygehusafdelinger. For det andet at den personalepolitiske praksis er udtryk for forhandlinger mellem interessenterne, da den personalepolitiske praksis kan ses som et led i den løbende tilpasning af forholdet mellem ledelse og medarbejdere. Hertil kommer, at der i vekslende omfang anvendes idéer og fremgangsmåder i kvalitetsudviklingen, som stammer fra andre enheder inden for sundhedsvæsenet – fx andre

sygehuse, evt. i andre lande – eller fra andre sektorer, som fx andre typer servicevirksomhed.

Samlet er der derfor tale om, at personalepolitikken og arbejdet med kvalitet ikke er absolutte størrelser, men er genstand for ændringer i samspillet mellem interessenter – med andre ord: Forhandling.

Interessenterne tæller naturligvis de forskellige faggrupper, men også fraktioner inden for hver af disse grupper, ligesom ledelsesrepræsentanterne udgør en særskilt interessentgruppe. Patienterne er naturligvis en vigtig interessentgruppe, og eksterne parter som de regionale forvaltninger og andre vil også kunne placeres i et kort over interessenterne.

Det er umiddelbart ligetil at forestille sig disse interessenter samlet omkring emnet personalepolitik og kvalitetsudvikling i en løbende forhandlingssituation, da alle ser et formål i, at forholdene i organisationen indrettes efter egne interesser. Forhandlingen foregår både formelt mellem parterne og uformelt gennem den daglige dialog og interaktion, som påvirker praksis for samarbejde, og for udførelse af alle typer af arbejdsopgaver, som involverer flere parter. Dialogen vil på denne måde på sigt også komme til at handle om prioritering af kvalitetsudviklingens metode og mål, da kvalitetsudviklingen blot er et særskilt område for disse løbende forhandlinger mellem parterne på fx en sygehusafdeling.

Det er tilsvarende ligetil at forestille sig, hvorledes de forskellige aktører og grupper inddrager idéer til og koncepter vedrørende kvalitetsudvikling fra andre organisationer, både inden for sundhedsvæsenet og fra andre sektorer i samfundet. Det teoretiske perspektiv skal kunne rumme en situation, hvor flere parter søger indflydelse på en eksisterende ledelses- og samarbejdspraksis og bl.a. anvender eksterne idéer og forslag til at styrke deres position og værdier i ønsket om at påvirke denne praksis.

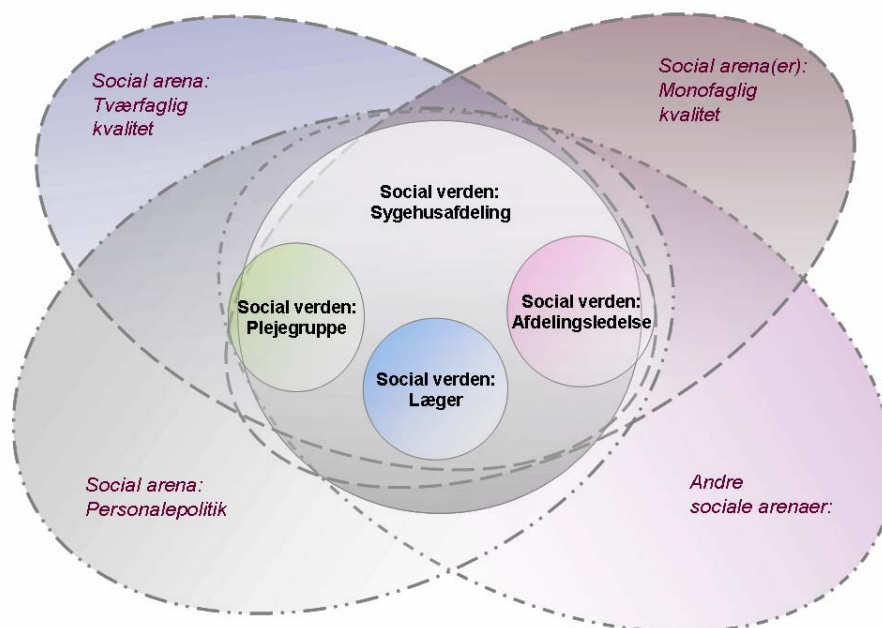
Det valgte teoretiske perspektiv tager udgangspunkt i Anselm Strauss' forståelse af, at den organisatoriske praksis kan betragtes som et resultat af 'forhandlede ordener' der forhandles indenfor rammerne af en 'social arena' mellem 'sociale verdener' (18)⁵. En social verden er i denne forstand en mere eller mindre veldefineret gruppe af aktører, som oplever et fællesskab med hensyn til mål, engagement og fælles ideologi. En social verden kan fx omfatte plejepersonalet på en sygehusafdeling, lægerne der gør tjeneste i et ambulatorium en bestemt dag, eller andre fagpersoner der udgør en veldefineret gruppe i organisationen (20). Den sociale arena udgør et mødepunkt for de sociale verdener, som fx når plejegruppe og laboranter mødes på modtageafdelingen, når en læge og en sygeplejerske mødes ved en stuegang, eller når en sundhedsforvaltning mødes med en afdelings- eller centerledelse fra et af amtets sygehuse.

Figur 4.1. illustrer forholdet mellem sociale verdener og arenaer og angiver det område, som forhandlingerne mellem aktører foregår inden for. Fremstillingen er stærkt forsimplet på trods af, at tegningen er kompleks i sig selv. Fx indgår den sociale verden sygehusafdelingen typisk i andre sociale verdener som et medicinsk center, et sygehus, et speciale i et amt etc. Samtidig eksisterer der en lang række faglige sociale verdener som fx gruppen af social- og sundhedsassistenter eller amtets og landets læger inden

⁵ Anvendelsen af dette teoretiske perspektiv sker med inspiration fra Rasmus Antofts ph.d.-afhandling "Demenshåndtering – magt og forhandling i interprofessionelle relationer" (19).

for pågældende speciale. Tilsvarende kunne figuren forsynes med en lang række eksempler på sociale arenaer, hvori der foregår forhandlinger om organiseringsformer etc. Det være sig sociale arenaer vedrørende gennemførelse af billeddiagnostiske undersøgelser, gennemførelse af bioanalytiske tests, anvendelse af ledelsesprincipper etc. Disse er blot markeret som 'andre arenaer' i figuren. I en social arena som 'monofaglig kvalitet' vil der herudover findes parallelle arenaer for hver af de forskellige faggrupper, hvor hver arena vil interagere med og påvirke de øvrige verdener. Der er et stort antal mulige forhandlingsfelter – sociale arenaer – med potentiel deltagelse af aktører fra en række sociale verdener.

Figur 4.1 Sociale arenaer og sociale verdener om personalepolitik og tværfaglig kvalitet.



Udgangspunktet for opfattelsen af praksis som et resultat af forhandlede ordener er, at praksis på fx en sengeafdeling ikke alene fastlægges gennem regler og retningslinjer, men er et resultat af forhandlinger i sociale arenaer mellem medlemmer af sociale verdener. Udformningen af en klinisk praksis, som man møder den ved en medicinsk stuegang eller på en operationsstue, skal ses som et resultat af uformelle og ikke-formulerede aftaler, af aftaler der er indgået gennem en længere proces og endelig af bevidste og mere officielle aftaler og beslutninger. En forhandlet orden er som følge af dette ikke fast, men er hele tiden emne for nye forhandlinger og nye tilpasninger af praksis i overensstemmelse med samspillet mellem de sociale verdener på de sociale arenaer.

Ingen af disse forhold er konstante – de sociale verdener ændres løbende i omfang og indhold – de sociale arenaer ændres løbende i placering og deltagerkreds – de forhandlede ordener gives kontinuerligt nyt indhold (21). Man må derfor forestille sig, at den kliniske praksis, som den fx kan iagttages i forbindelse med udformningen af strategien for kvalitetsudviklingen på en sygehusafdeling, er en funktion af mange påvirk-

ninger og faktorer, og at praksis for kvalitetsudvikling derfor vil være underlagt løbende ændringer.

4.1.1 Personalepolitik som resultat af forhandling

Pointen i anvendelse af dette perspektiv er at betragte den aftalte personalepolitik som et forsøg på at regulere den løbende forhandling mellem de forskellige grupper og interesser på arbejdspladsen – på sygehusafdelingen. Samtidig foregår der en løbende forhandling mellem interessenterne eller parterne på sygehusafdelingen om personalepolitikens indhold og realisering som forbundet til arbejdet med kvalitet og tværfaglighed.

Analysen af samspillet mellem personalepolitik, tværfaglighed og gennemførelsen af kvalitetsudvikling vil derfor være baseret på opfattelsen af praksis på sygehusafdelingerne som en foranderlig og forhandlet orden. Analysen vil være domineret af de beskrivelser, der gives af aktørerne – læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ledelsesrepræsentanter med forskellige fagligheder. Undersøgelsen, der skal lede frem til disse beskrivelser, vil fokusere på aktørernes opfattelser af mål og metoder i forbindelse med personalepolitik og kvalitetsudvikling, væsentligheden og karakteren af den tværfaglige aktivitet på afdelingen samt kombinationen i feltet mellem kvalitet og tværfaglighed.

4.2 Metode

Problemstillingen i projektet har som nævnt været kvalitativ og er blevet belyst gennem et mindre antal cases, hver bestående af et medicinsk afsnit⁶ på en sygehusafdeling. Undersøgelsen omfattede på hver afdeling indhentning og studier af dokumenter i form af skriftligt materiale, tre dages observationer på afdelingen samt indhentning og analyse af en række interviewudsagn fra ledere og medarbejdere.

Det skriftlige materiale omfattede de dokumenter, der kunne belyse afdelingens personalepolitiske initiativer, funktionsområde, produktion, personale, tværfaglighed, erfaringer med kvalitetsudvikling og udviklingsprojekter etc. Det var en forudsætning, at dokumenterne kunne indhentes gennem kontakt til afdelingen, gennem opholdet på afdelingen og via diverse hjemmesider på internettet. Materialet kom til at indeholde mødereferater, policypapirer, personaleblade, forskellige former for kliniske retningslinjer etc. Det indsamlede skriftlige materiale vedrørende de medvirkende afdelinger gennemgik en bearbejdning og sammenfatning, og der blev udarbejdet en kort afdelingsbeskrivelse for hver afdeling af Dansk Sundhedsinstitut med støtte fra afdelingerne.

Der blev gennemført observationer af tre dages varighed på hver afdeling, hvilket blev suppleret med observationer af hver én dags varighed på tre af de fire afdelinger på grund af skift af projektleder i Dansk Sundhedsinstitut. Ved de observationer, der varede tre sammenhængende dage, deltog to medarbejdere fra Dansk Sundhedsinstitut, mens der kun deltog én medarbejder ved de supplerende observationer. Observationerne blev gennemført fra dagholdets mødetid, oftest omkring kl. 07.00, til aftenholdets mødetid omkring kl. 15.00. Observationerne blev typisk tilrettelagt således, at observatøren fulg-

⁶ Når det er valgt at anvende afsnit som enheden for cases, skyldes det, at der i DGMA-projektet – og dermed i udvælgelsen af potentielle emner for deltagelse i denne undersøgelse – var fokus på de mindst mulige enheder, hvilket bestod i særskilte afsnit på sygehusafdelingerne.

te en medarbejder over en halv eller en hel dag. Observationerne skulle medvirke til at kvalificere og uddybe de informationer, der er opnået gennem det indsamlede skriftlige materiale, samt til at forbedre grundlaget for gennemførelse af efterfølgende interviews.

De gennemførte interviews bestod dels i semistrukturerede og tematiserede interviews, som var planlagt på forhånd, typisk med repræsentanter for afdelings- og afsnitsledelser mv., samt i situationsorienterede interviews aftalt og gennemført løbende under observationerne. Interviewene skulle omhandle den personalepolitiske indsats' placering i kvalitetsudviklingen generelt, men skulle videre fokusere specifikt på samspillet mellem tværfaglighed og ledelsesmæssige initiativer. Der skulle videre fokuseres på erfaringer med initiativer med et potentielt personalepolitisk indhold som fx teamdannelse, uddannelse, temadage etc.

For hvert medvirkende sygehusafsnit blev der udarbejdet en kort rapport med resultaterne af den gennemførte undersøgelse. Rapporten blev udsendt til høring på pågældende afsnit.

Gennem analyse af dokumenter, observationer og interviews var det hensigten at skabe et billede af forholdet mellem de mere formelle dele af personalepolitikken og de dele af den generelle ledelsesindsats, herunder særligt på kvalitetsområdet, som havde personalepolitiske implikationer og videre havde fokus på det tværfaglige perspektiv. Undersøgelsen skulle herunder pege på mønstre i forståelsen af samspillet mellem ledelsesinitiativer og kvalitetsudvikling blandt ledere og medarbejdergrupper.

4.2.1 Rekruttering af afdelinger

De medvirkende afdelinger blev udvalgt på baggrund af, at der var opnået gode resultater i DGMA-projektets seneste tværsnitsundersøgelse i 2005 (9). Dette skal forstås således, at afdelingerne havde opnået høje scores eller usædvanlig stor stigning i scores mellem DGMA's tredje og fjerde tværsnitsundersøgelse. Afdelingerne havde herudover deltaget i opfølgende undersøgelser om særlige karakteristika for de højest scorende afdelinger, gennemført af DGMA's sekretariat og afrapporteret i 2006 (16; 17). Det var oprindelig hensigten at inkludere fem afdelinger i undersøgelsen. Udvælgelse af relevante afdelinger foregik i samarbejde med DGMA.

Afdelingerne skulle, ud over det gode resultat i DGMA's tværsnitsundersøgelse, så vidt muligt fordeles mellem de medicinske specialer, mellem store og små sygehuse samt mellem landets fem regioner. Dette med henblik på at opnå en sammensætning af cases, der som udgangspunkt havde forskellig baggrund for at gøre den mulige diversitet af information så bred som mulig for at opnå en bred belysning af den kvalitative problemstilling. Den brede sammensætning af afdelingstyper skulle videre sikre, at der var eksempler på forskellige typer af sammensætninger af medarbejdergrupperne.

Det viste sig igennem rekrutteringsfasen, at der var uventet store problemer forbundet med at motivere afdelingerne til at deltage. Flere afdelinger, der ved den første henvendelse viste positiv interesse for deltagelse, sprang efterfølgende fra igen med forskellige begrundelser. På denne baggrund endte undersøgelsen med at omfatte fire afdelinger, som er ulige fordelt geografisk og med hensyn til speciale, idet der indgår tre afdelinger fra hovedstadsområdet og en afdeling fra Jylland. Fordelingen på specialer er tilsvarende ulige, idet der indgår to specialafdelinger fra samme subspecialer samt to afdelinger med mere blandet internmedicinsk indtag.

Fordelingen af de fire afdelinger medfører til gengæld, at forskellige specialiseringsgrader er repræsenteret med varierende sammensætninger af opgavetyper og personalegrupper. Det har været muligt at placere det tværfaglige fokus i analysen forskelligt, da to af afdelingerne har samarbejdet mellem læger og sygeplejersker i centrum, mens de to øvrige afdelinger repræsenterer samarbejdet internt i plejegruppen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Afdelingerne har givet mulighed for udvikling af et varieret datamateriale, som repræsenterer forskellige forhold i forbindelse med tværfaglighed og personalepolitik.

I det efterfølgende kapitel præsenteres hver af de fire afdelinger med hensyn til basale faktuelle oplysninger samt informationer om den formelle personalepolitik. Endelig indgår beskrivelserne af de observationer vedrørende personalepolitik, kvalitetsarbejde og tværfaglighed, der er gennemført.

Der er foretaget en anonymisering af de fire afdelinger, da det primære formål med beskrivelserne har været at give illustrative eksempler på forskellige udmøntninger af personalepolitik, kvalitetsarbejde og tværfaglighed, mens det derimod ikke er hensigten at udpege specifikke afdelinger som problemafdelinger eller at evaluere og vurdere specifikke medarbejdergrupper eller ledelsespersoner.

5. Begrebet personalepolitik

Idéen om personalepolitik kan spores tilbage til arbejdet med Human Relations (HR) og Human Resource Management (HRM). HRM er fx blevet defineret som: *"Mobilisation, motivation, development, and fulfilment of human beings in and through work"* (22). Kernen i HRM består i at udvikle effektivitet og produktivitet gennem sikring og udvikling af medarbejdernes ressourcer.

Der har været fokus på rekruttering og udvikling af arbejdskraft til sundhedsvæsenet gennem begrebet Health Manpower Policy allerede fra 1970'erne (23; 24). Udvikling af arbejdskraftens ressourcer i sundhedsvæsenet blev sat i fokus i 1980'erne, fx af Simmonds: *"The concept of human resource development in the health sector has evolved from a very narrow concern with meeting international standards of recruitment, selection and training, to a broader understanding of the planning, production and management of health personnel according to the needs and problems of a country"* (25).

Brugen af arbejdskraften som ressource og de ledelsesmæssige strategier vedrørende dette ud fra et HRM-perspektiv har også været et emne for ledelse i sundhedsvæsenet. Strike har beskrevet, hvordan behovet for personaleledelse i det britiske sundhedsvæsen gennemgik et skift fra 'personnel management' til 'human resource management', idet han pegede på de komplekse organisatoriske forhold på fx et sygehus med inklusion af mange faggrupper med hvert sit faglige ledelseshierarki (26). Strike peger på behovet for, at ledelse på et sygehus er forbundet med fokusering på kilder til rekruttering, effektiv planlægning af brugen af arbejdskraft, design af arbejdsprocesser, incitamentsstrukturer etc. (26, s. 12-14).

Ledelse af personalet bliver yderligere centralt placeret gennem en generel konstatering af, at personalets performance er altafgørende for fx et sygehus' resultater (27). Dette omfatter en række faggrupper, der også kan betragtes på individuel basis: *"Human resources, when pertaining to health care, can be defined as the different kinds of clinical and non-clinical staff responsible for public and individual health intervention. As arguably the most important of the health system inputs, the performance and the benefits the system can deliver depend largely upon the knowledge, skills and motivation of those individuals responsible for delivering health services"* (28).

En gennemgang af metaanalyser og reviews af studier, der undersøgte effekten af brug af Human Resource Management, pegede på, at en række studier viste en vis effekt, men at det i langt de fleste tilfælde var uklart, hvad HRM-initiativet havde bestået i, og hvordan effekten hang sammen med initiativet: *"This review of extant research linking HRM to performance has illustrated the difficulty of establishing unequivocal links between single or multiple practices and performance outcomes. In fact, the difficulties of separating out HRM effects from the wider context remain problematic. ... The unequivocal nature of findings linking HR practices directly to performance outcomes might suggest that it is not enough to have particular HR practices in place"* (28, s. 457). Denne uklarhed udgør en del af baggrunden for dette studie med personalepolitik og fagligt kvalitet som de to forhold, der formodes at indgå i en sammenhæng.

I denne sammenhæng er det vigtigt at skelne mellem personaleledelse og ledelse af arbejdsforløb eller 'produktion'. Hvor personaleledelse omhandler generelle forhold i relationen mellem ledelse og medarbejdere på arbejdspladsen, så er produktionsledelse fokuseret på gennemførelse af arbejdsprocesser. Dette er ikke mindst væsentligt i sygehusvæsenet, hvor de professionelle faggrupper traditionelt har haft stor faglig autonomi i 'produktionsleddet' – altså i det kliniske arbejde.

5.1 Personalepolitik som begreb - en del af personaleledelse

Personalepolitik indgår som en del af personaleledelsen og har en juridisk dimension i regulering af forholdet mellem ledelse og medarbejdere, da personalepolitikken oftest er forhandlet i de repræsentative organer som hovedsamarbejdsudvalg, lokale samarbejdsudvalg mv. Personaleledelse kan defineres som organisationens *"samlede arbejde med at planlægge, anskaffe, udvikle, belønne, anvende og afvikle menneskelige ressourcer med produktive formål"* (29, s. 15). Det gælder med andre ord om *"at sætte menneskelige ressourcer ind på en sådan måde, at organisationens mål tilgodeses"* (29, s. 16). Personaleledelse omfatter bl.a. personaleplanlægning, rekruttering, karriereplanlægning, personaleudvikling, 'afvikling' af medarbejdere, motivation af medarbejdere, udvikling af gruppedynamik, etablering og ledelse af et læringsmiljø, incitament og belønningssystemer.

Personalepolitikken omfatter de dele af personaleledelse, som udgør *"overordnede principper og operative retningslinjer, som virksomheden ønsker at lægge til grund for styringen af sine menneskelige ressourcer"* (29, s. 34). Hensigten med at etablere en personalepolitik kan have flere dimensioner. Personalepolitikken kan være udtryk for grundholdninger og fundamentale værdier, som ledelsen ønsker at styre efter over for de ansatte; den kan være udtryk for ønsket om at udforme et fælles værdigrundlag, som alle ansatte kan tilslutte sig, og ledelsen kan blive vejledt af; den kan have til hensigt at standardisere vigtige dele af den daglige personaleledelse som fx aflønning og kompetenceudvikling, og endelig kan den have til hensigt at give et godt indtryk af virksomheden, herunder at virke tiltrækkende på velkvalificeret arbejdskraft (29, s. 34-37).

Disse overordnede emneområder for personalepolitik dækker over, at der kan være store variationer i den konkrete udformning og praktisering af personalepolitikken. Elementer i personalepolitikken kan dog typisk være generelle formuleringer, fx om værdier og menneskesyn; hvad medarbejderne kan forvente fra virksomheden, og omvendt hvad virksomheden forventer af medarbejderne; ønsker til ligestilling mellem køn og etnisk baggrund; hensigter vedrørende gensidig tillid og omgangsformer; redegørelse for grundlag og regler i tilfælde af sygdom blandt personalet etc. Som eksemplerne fra de fire afdelinger, der indgår i denne undersøgelse, vil vise, er der mange forskellige varianter af indholdet af den vedtagne personalepolitik⁷ (29).

⁷ Personalepolitikken er derfor kommet til at omfatte så forskelligartede emner som værdigrundlag, regler vedrørende ansættelse og afskedigelse, seniorpolitik, barselspolitik, gensidig information og kommunikation, uddannelse og kompetenceudvikling, orlov, sundhed og trivsel, fravær, medarbejderfastholdelse, alkohol og rygning etc. samt mere eksotiske emner som power-*nap* politik.

5.2 Personalepolitikens historie

Personalepolitik er et forholdsvis nyt begreb, som blev introduceret på det danske arbejdsmarked i 1980'erne og frem. Baggrunden for begrebet var den erfaring, der var opnået med indgåelse af aftaler mellem ledelse og medarbejdere på virksomhederne om regulering af det indbyrdes forhold med hensyn til en række forhold, som potentielt kunne være konfliktfyldte. På denne måde blev der opnået et aftalebaseret forhold og en enighed om, hvordan en række situationer skulle afklares eller forhandles.

Begrebet opstod som en konsekvens af en voksende opmærksomhed på trivsel blandt medarbejderne på virksomhederne. På dette tidspunkt blev begrebet primært forbundet med den enkelte medarbejders opnåelse af så stor meningsfuldhed i arbejds-situationen som muligt, og at medarbejderen følte sig påskønnet og respekteret for sin indsats (30, s. 6). Begrebet havde stærke relationer til begrebet 'Det Udviklende Arbejde', der blev 'importeret' som koncept fra Sverige til Danmark omkring 1990 med et indhold, som skulle sikre medarbejdernes velfærd med hensyn til tryghed i ansættelsen, medbestemmelse, organisering med henblik på samarbejde, uddannelse, ligestilling og bedre arbejdsmiljø. Det Udviklende Arbejde kan ses som en reaktion på en mangeårig forudgående udvikling af produktivitet og effektivitet, delvis på bekostning af medarbejdernes arbejdsmiljø (31).

Efterfølgende har personalepolitik udviklet sig i retning af mere omfattende aftaler mellem ledelse og medarbejdere. Personalepolitikken er kommet til at bestå af en sammenfatning og formalisering af såvel tidligere nedskrevne som uskrevne regler om relationerne mellem ledelse og medarbejdere.

Den stigende formalisering af personalepolitikken betyder ikke, at det er nyt for organisationer at have retningslinjer på alle disse områder, eller at et bestemt sæt af værdier og en særlig organisationskultur er til stede. Derimod er den aftalte personalepolitik et redskab til at klargøre retningslinjerne for medarbejderne, ensarte og præcisere forholdet mellem ansatte og ledere og bevidstgøre ledelse og personale om værdier og kultur på arbejdspladsen.

Selv om der udarbejdes en aftale om en personalepolitik, er dette ikke ensbetydende med, at der opstår en personalepolitisk praksis, der afspejler den aftalte politik i detaljer. Den personalepolitiske praksis udgøres af den anvendelse af politikken, der finder sted på initiativ af ledelse og medarbejdere. Med andre ord er den aftalte personalepolitik et redskab, som kan tages i anvendelse af én af parterne med et bestemt formål. Hvem der har taget initiativet til at bruge personalepolitikken og med hvilken hensigt, har derfor mindst lige så stor betydning som det, der konkret er nedskrevet i aftalen.

5.2.1 Aftaler og praksis

Siden 1994 har det været en fast målsætning for alle statslige virksomheder og organisationer, at de skal have en formaliseret personalepolitik (32, s. 8-9). Der er udgivet flere publikationer, som beskriver kravene til, hvad de statslige personalepolitikker skal indeholde, samt vejledninger til hvordan de bør udarbejdes og udvikles. En af erfaringerne fra de statslige arbejdspladser har været, at en formalisering af en personalepolitik langt fra er det samme, som at denne politik så bliver overholdt. Der kan være stor afstand mellem den nedfældede og aftalte personalepolitik og så den daglige praksis på

arbejdspladsen (32, s. 13). Disse erfaringer viser, at en analyse af en personalepolitik ikke udelukkende kan fokusere på den formelle side af politikken.

Hvis man vil undersøge, hvordan en organisations personalepolitik er udformet på et bestemt område, må man se bredt på både de formelle og uformelle faktorer samt den konkrete praksis i organisationen. Med påpejningen af den personalepolitiske praksis kommer man til gengæld ind på forholdet mellem personalepolitik og ledelse.

5.3 Personalepolitik og ledelse på sygehuse

Personalepolitik kan betragtes som en del af det aftalte grundlag for den ledelsesfunktion, der skal udøves. At der er en forståelse af, at ledelse og personalepolitik er forbundne, kan bl.a. aflæses af personalepolitikken for Region Hovedstaden fra 2008 (33). Et af de fire centrale temaer for udkastet udgøres af ledelse og samarbejde, hvorom det hedder: *"God ledelse og godt samarbejde er afgørende for at fastholde medarbejdere og for at udvikle vores arbejdspladser. Ledelse foregår i et samspil blandt og mellem ledere og medarbejdere. Den engagerede leder løser ledelsesopgaven bl.a. ved at delegerer opgaver og ansvar, vise empati, holdning og handling og inspirere i arbejdet med mennesker. ... Et godt samarbejde er et fælles ansvar mellem ledere og medarbejdere, og forudsætter, at vi møder hinanden med respekt og tillid. Vi skal anerkende hinandens indsats og tage udgangspunkt i synlige og fælles mål"* (33, s. 4). Det fremgår således, at det personalepolitiske aspekt af ledelse omhandler samarbejdet og bestræbelserne på at forbedre dette mellem ledelse og medarbejdere. Det er herunder medarbejdernes opgave at anerkende og respektere ledelsens indsats.

Den del af ledelsesgrundlaget eller -indsatsen, som er forbundet med personalepolitik, synes i dette tilfælde at blive udgjort af værdigrundlag og generelle retningslinjer. Personalepolitikken karakter af generelle formuleringer af hensigter går igen i dette eksempel, når det ledelsesmæssige aspekt af personalepolitikken skal pointeres i skriftlig form. Ses der imidlertid på konkrete ledelsesinitiativer og eksempler på daglig ledelse, kan dele af denne udgøres af udøvelsen af en personalepolitisk praksis. Den personalepolitiske praksis kan bestå i ledelsens anvendelse af det aftalte grundlag til at søge organisationens funktion og kompetencer udviklet.

Gennemfører ledelsen på en sygehusafdeling fx et program til forbedring af kvaliteten gennem indarbejdelse af kliniske retningslinjer, vil dette typisk være forbundet med introduktion og evt. forsøg på samtidig udvikling af det tværfaglige samarbejde. Dette kan betragtes som et ledelsesmæssigt initiativ, som har personalepolitisk relevans, da ledelsens initiativ berører og har indflydelse på et af de emner, som den aftalte personalepolitik indeholder.

Tilsvarende vil et initiativ til fx udvikling af social- og sundhedsassistenternes kompetence med hensyn til medicinbehandling kunne blive introduceret som et ledelsesmæssigt initiativ til øgning af den faglige kvalitet på pågældende sygehusafdeling. Initiativet vil imidlertid potentielt have flere personalepolitiske berøringsflader som fx fastholdelse af personale, generel kompetenceudvikling med konsekvenser for samarbejdsforholdene mm.

Det var et udgangspunkt for undersøgelsen af de fire afdelinger, at det kunne forventes, at ledelse kunne indeholde elementer af personalepolitisk praksis.

5.4 Personalepolitik – i denne analyse

Vores fokus i denne analyse har både været på den aftalte personalepolitik, som har relevans for det tværfaglige samarbejde og for kvalitetsarbejdet, og på den personalepolitiske praksis der kan være indeholdt i ledelsesmæssige initiativer. Vi har set generelt på den nedskrevne personalepolitik og på den lokale forankring af personalepolitikken, som den kommer til udtryk i introduktionsskrivelser og vejledninger til personalet. Men primært har vi fokuseret på de dele af personalepolitikken, som har relevans for de to andre centrale begreber i denne undersøgelse: Tværfaglighed og kvalitetsudvikling.

Den formelle side af den aftalte personalepolitik har vi sammenholdt med den personalepolitiske praksis. Dette har vi fået belyst gennem en kombination af observationer, interview og dokumenter, som repræsenterer forskellige sider af praksis (mødereferater, behandlingsvejledninger, arbejdsgrupper, kompetenceudviklingsplaner mv.).

6. Litteratur – Personalepolitik og tværfaglig kvalitet

Der er foretaget en systematisk litteratursøgning med henblik på at dokumentere resultater og erfaringer fra studier af sammenhæng mellem personalepolitik og udviklingen af tværfaglig kvalitet i sygehusvæsenet. Søgeprofilen blev udarbejdet af Dansk Sundhedsinstituts bibliotek og er medtaget som bilag I.

Søgningen har været præget af, at der ikke findes noget begreb i den internationale litteratur, der direkte matcher det danske/skandinaviske begreb 'personalepolitik'. Personalepolitik er ikke et begreb i faglitteraturen inden for organisationsforskningen⁸. Der eksisterer til gengæld en omfattende litteratur vedrørende Personnel Management, Health Management og Human Resource Management inden for sundhedsområdet, som i en række tilfælde berører emner, der kan relateres til 'personalepolitik'. Der findes ligeledes artikler og rapporter, der omhandler Health Manpower Policy, men oftest i sammenhæng med rekruttering i snæver betydning.

For at indkredse feltet mellem personalepolitik og indsatsen for udvikling af tværfaglig kvalitet i litteratursøgningen er der anvendt begreber som 'HR', 'HRM', 'management', 'personel management', 'governance' samt i nogle sammenhænge 'occupational health' i søgninger inden for sundhedsområdet. Dette er primært foregået ud fra udenlandske kilder. Der er videre anvendt søgeord som 'team', 'teamwork', 'empowerment', 'interprofessional', 'interdisciplinary' og 'recruitment' til belysning af ledelsesmæssige erfaringer med personalepolitiske initiativer. Der er primært, og med gode resultater, søgt i ikke-medicinske tidsskrifter med henblik på at fokusere på undersøgelser og resultater, der har et organisationsanalytisk indhold.

Samlet giver litteratursøgningen ikke et direkte billede af erfaringer med indgåelse af aftaler i en personalepolitik, som den er kendt i Danmark, men i højere grad et indirekte billede af anvendelse af ledelsesstrategier i sygehusvæsenet, hvor der indgår et personalepolitisk element i arbejdet med tværfaglig kvalitet. Dette har oftest haft karakter af en intervention, som har været baseret på anvendelse af strukturelle modeller som 'teams' eller 'forandringsledelse'.

6.1 Tværfaglige teams

Brugen af tværfaglige teams er både afrapporteret som et middel til udvikling af organisationen og til udvikling af tilbuddene til patienterne.

Interdisciplinære teams og teamsamarbejde er blevet defineret på utallige måder, og via en gennemgang af mere end 40 studier fra det amerikanske sundhedsvæsen fremhæver Yeager nogle gennemgående definitioner samt konstaterede fordele og barrierer ved interdisciplinært samarbejde. Dette defineres bl.a. som: "Teamwork som en kombination af holdninger, viden og kompetencer". "Interdisciplinært samarbejde forudsætter tillæring fra andre professioner for at fremme efficient, patientfokuseret

⁸ Personlig meddelelse, professor Henrik Holt Larsen, Institut for Organisation, CBS.

pleje". "Interdisciplinært samarbejde forudsætter en forpligtigelse fra de sundhedsprofessionelle mod at arbejde sammen på tværs af traditionelle grænser af hensyn til patienten". Yeager opsummerer nogle af fordelene ved samarbejde: Færre og kortere forsinkelser, øget moral og tilfredshed med jobbet, øget effektivitet, øget tilfredshed blandt patienterne, færre fejl, mindre stress blandt personalet, færre sengedage samt øget kvalitet. Med hensyn til barrierer kommer artiklen ind på udfordringen ved, at teamsammensætningen ændres kontinuerligt, når nye medarbejdere ansættes og holder op, kommunikationsbrister og mangel på tid, divergerende værdisystemer og dermed mål, usikkerhed omkring rollefordelingen og den klassiske konflikt mellem læger og sygeplejersker, samt mangel på kompetencer hos teammedlemmer til at indgå i teamsamarbejdet. Yeager pointerer, at hvert teammedlem skal respektere bidrag fra de øvrige medlemmer, have vilje til at samarbejde og udvise kommunikative evner, identificere ligheder og forskelle i værdier samt være interesseret i og have kapacitet til at forhandle disse forskellige værdier på plads (34).

Nedsættelsen af tværfaglige teams kan skabe synergi og medvirke til gennemførelse af vidensbaseret problemløsning. Det pointeres af Feifer et al., hvordan teammedlemmernes forskellige baggrund er en styrke ved implementering af nye procedurer, og hvordan de i fællesskab kan støtte op om forandring, der fremmer organisationens kerneværdier. Teammedlemmerne får kompetence (empowerment) til at handle og repræsentere deres egen faggruppe over for hele organisationen. Potentielle barrierer, der ellers ligger indlejret i organisationsrammerne, brydes ned og fremmer rammerne for kvalitetsudvikling (35). Tværfaglige teams (Interdisciplinary teamwork) er også emnet for et studie gennemført af McCallin & Bamford. Studiet har fokus på betydningen af 'følelsesmæssig intelligens' for effektiviteten af tværfaglige teams. Tværfaglige teams defineres som "en gruppe af sundhedsprofessionelle fra forskellige discipliner, som arbejder sammen og deler ansvar for kollektiv beslutningstagen og resultater af patientfokuseret pleje". Studiet finder, at teknisk ekspertise og kognitiv intelligens ikke er tilstrækkeligt for, at teams arbejder effektivt. Studiet konkluderer, at hvis sygeplejerskers bidrag til tværfagligt samarbejde skal øges, er udnyttelse af følelsesmæssig intelligens anvendeligt til at påvirke effektiviteten af teamsamarbejde, kvaliteten af patientplejen, fastholdelse af medarbejdere samt jobtilfredshed (36).

Et studie af Grimes et al. undersøger et konkret koncept indenfor teamarbejde hentet i USA: "Rapid Response Teams" (RRT) som middel til at øge patientsikkerheden. Fra administrativ side skal mulighederne være kortlagt, og personalet skal inddrages i planlægningen. Det er en forudsætning, at de medarbejdere, som berøres af systemet, oplever gensidig støtte og empowerment (37).

6.1.1 Teamet og behovet for kulturudvikling

Udvikling af teamfunktionen sættes i nogle studier ind i en sammenhæng med en generel udvikling af organisationskulturen.

Callaghan evaluerer brugen af konceptet "Personal Outcomes" som en mere behovsorienteret tilgang til at arbejde med livskvalitet hos patienter. Forudsætningen for Personal Outcomes er samarbejde/teamwork, og studiet beskæftiger sig med de mulige positive effekter af samarbejde såsom udvikling af fælles initiativer, øget produktivitet og kvalitetsudvikling med en mere holistisk tilgang. Studiet peger på, at det er befordrende for et godt samarbejde at holde fokus på gruppen og ikke individet. Teammed-

lemmerne skal opleve tillid, organisatorisk støtte, klare mål og tilbydes uddannelse. Personligt engagement hos medlemmerne, indbyrdes åbenhed og klar ansvarsplacering er en forudsætning. Ansvar for sådanne teams ligger hos sygeplejeledelsen, som skal adoptere en kultur, der støtter og muliggør dannelsen og funktionen af teams. Ledelsen skal videre anerkende gruppens fælles funktion som central frem for de enkelte individer (38).

I England har der igennem længere tid været fokus på at forbedre det interprofessionelle samarbejde i sundhedsvæsenet, og bl.a. inden for geriatrien arbejdes der i multidisciplinære teams. Sådanne teams består af læger, sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter samt socialarbejdere. Atwal & Caldwell har gennemført et studie af eksempler på sådanne geriatriske teams og finder, at aspekter som forbedret planlægning, større patientfokus, mere effektive services, at undgå fragmenteret behandling og mere tilfredshed blandt personalet ses som fordele ved teamarbejde. For at teams fungerer optimalt, er der en række konflikter, der må bearbejdes såsom kommunikationsproblemer, tvivl om rollefordeling og professionel jalousi. Der skal ske udvikling af samarbejdskulturen. Forfatterne finder, at der er essentielle forskelle i måden, hvorpå de forskellige sundhedsprofessioner interagerer. Det foreslås, at disse faggrupper deltager mere aktivt i teamarbejdet, og at faktorer af betydning herfor omfatter størrelsen af teamet, personalets professionelle status og teamlederens kompetencer. Kønsroller nævnes også som en mulig årsag til forskellene (39).

6.2 Holdninger til tværfaglighed og teamwork

En del studier beskæftiger sig videre med kultur-aspektet i den forstand, at de undersøger forskellene mellem faggrupperne med hensyn til holdningerne til tværfaglige teams som begreb og til deltagelse i tværfagligt teamwork.

I et skotsk studie undersøgte Flin et al. holdningen til sikkerhed og teamwork på operationsstuerne blandt personalet i kirurgiske teams. Studiet fandt, at respondenterne generelt var positive omkring teamwork og herunder arbejde relateret til patientsikkerhed, som fx at verbalisere handlingsplaner og motivere de yngre medarbejdere til at deltage. Der var forskel i holdninger mellem henholdsvis senior kirurger, yngre kirurger og sygeplejersker, når det gjaldt ledelse, kommunikation og teamwork, hvor førstnævnte vurderede den aktuelle kvalitet mere positivt end de øvrige. Flin et al. fandt også forskelle omkring betydningen af team-briefing, hvor de seniore kirurger anså det for mindre betydningsfuldt end de to øvrige grupper (40). Selv om arbejdsgangene på operationsstuer adskiller sig fra arbejdsgangene på medicinske afdelinger, er studiet relevant, idet det belyses, hvordan de forskellige sundhedsprofessioner bidrager til det tværfaglige samarbejde med forskellige holdninger.

Et amerikansk studie af Grant belyser teamsamarbejdet hos sundhedsprofessionelle på et børnehospital. Gennem en survey fandt man, at lægernes opfattelse af teamsamarbejde var mere positiv end blandt det resterende personale. Der var ligeledes forskel i opfattelsen af kvaliteten af kommunikationen og samarbejdet, hvor lægerne igen fandt at det fungerede bedre end sygeplejerskerne. Ledelse er vigtigt, og der skal være fælles mål, værdier og normer (41). Et andet amerikansk studie undersøger ligeledes holdningerne til teamsamarbejde blandt læger og sygeplejersker. Studiet af Thomsen et al. fandt, at sygeplejersker generelt var mere positive omkring teamsamarbejdet end læger og havde et større ønske om at samarbejde (42). Tilsvarende undersøgte Makary et al.,

hvordan personalet vurderede tværfagligt samarbejde, herunder deres samarbejde med personale med samme og med anden profession. Alle grupper syntes, at deres samarbejde med personalet med tilsvarende profession var positivt, men mens lægerne generelt syntes, at de havde et positivt samarbejde med sygeplejerskerne, var sygeplejerskerne mere negative og forbeholdne i deres vurderinger af samarbejdet med lægerne (43).

Thomas et al. undersøgte amerikanske sygeplejersker og lægers opfattelse af og holdning til teamarbejde. Teamarbejde defineres som: "at kommunikere og træffe beslutninger ud fra et fælles mål om at sikre patientbehov i en anerkendelse af de unikke kvaliteter og kompetencer hos hvert enkelt sundhedspersonale". Man fandt, at de to sundhedsprofessioner opfattede teamarbejde forskelligt. Sygeplejerskerne mente gennemgående, at det var svært at sige fra, at uenigheder ikke blev løst tilfredsstillende, at der manglede information, når beslutninger skulle træffes, og at deres bidrag ikke var velkomment. Forfatterne slutter, at disse forskelle kan skyldes forskel i status og autoritet, ansvar, træning og kulturforskelle mellem lægestanden og sygeplejerskegruppen (44). Et studie af Copnell et al. undersøger ligeledes lægers og sygeplejerskers opfattelse af og holdning til interdisciplinært samarbejde. Forfatterne fandt, at hovedparten af respondenterne mente, at der eksisterede et moderat samarbejde. De fandt signifikante forskelle mellem læger og sygeplejersker. Lægerne rapporterede generelt en større grad af samarbejde end sygeplejerskerne. De områder, hvor der var størst uenighed i erfaringer mellem faggrupperne, inkluderede, hvor stor andel lægerne havde i samarbejdet samt deres adfærd over for sygeplejersker (45).

Den gennemgående tendens synes at være, at (de seniore) læger er mindre interesserede i at udvikle teamsamarbejdet end sygeplejerskerne, men til gengæld har en mere positiv opfattelse af det eksisterende samarbejde. Omvendt har sygeplejerskerne en række punkter, hvor de ønsker samarbejdet udviklet. Det er en særlig iagttagelse, at de yngre læger har behov for at udvikle det tværfaglige samarbejde.

6.3 Forandringsledelse og tværfaglighed

Et litteraturreview af Forthman et al. vedrørende forandringsledelse peger på, at aspekter som gensidig feedback, personlig kontakt og passende administrative rammer er betydende for sundhedspersonalets arbejde og gennemførelse af forandringer gennem de til stadighed ændrede vilkår for sundhedssektoren. Artiklen fokuserer på forskellige teknikker for forandringsledelse, som anses for at have den største indflydelse på den kliniske og finansielle succes (improvement programs), og der peges på, at en forudsætning for succes er, at alle faggrupper er repræsenteret i programmet, herunder læger, sygeplejersker, farmaceuter, laboranter m.fl. (46).

Golanowski et al. beskriver et amerikansk studie af nøgleprincipper og -processer for fælles beslutningstagen til fremme af patientpleje i en integreret sundhedsorganisation med fem hospitaler med tilhørende klinikker, rehabilitering mv. Studiet inkluderede ledelse og medarbejdere fra forskellige professioner, deriblandt sygeplejersker, farmaceuter, administratorer mv. Forfatterne finder, at ansvarlighed, lighed, ejerskab og partnerskab er nøglebegreber for en sådan model. For at en model for fælles beslutningstagen skal opnå succes, er det vitalt, at lederne demonstrerer engagement, skaber visioner for patientplejen, sikrer medarbejderne kompetencer, ressourcer og viden og støtter og coacher medarbejderne. Medarbejderne skal påtage sig ejerskab og ansvar for indhol-

det af deres arbejde. Ledelsesengagement er centralt for, at medarbejderne modtager kontinuerlig undervisning og støtte til fortsat udvikling af kompetencer inden for beslutningsmodellen, lederevner og interpersonel kommunikation (47).

6.3.1 Ledelse i skabelsen af tværfaglighed i teams

MacPhee kommer ind på, hvordan forandringsledelse bør fokusere på et effektivt teamwork blandt medarbejderne. Dette canadiske studie belyser, hvorledes ledelsesstrategier og værktøjer kan anvendes til effektivt at motivere til ændringer, der resulterer i forbedrede resultater for patienter, medarbejdere og selve organisationen inden for sygeplejerskeprofessionen. Effektivt teamwork blandt medarbejdere afhænger af klarhed omkring ledelse og indbyrdes rollefordeling, fælles mål og fortsat kommunikation. Forfatteren identificerer en række essentielle faktorer inden for forandringsledelse. Det er vigtigt med et fælles værdisæt, som er med til at øge medarbejdernes tillid gensidigt og til ledelsen. Teamfølelsen blandt medarbejderne skal fremmes. Kommunikation, koordination og gensidig støtte, bidrag og samarbejde er betydende for kvaliteten af teamsamarbejdet, og monitorering er nødvendig for dets succes. MacPhee finder, at noget af det vigtigste, der underbygger forandring, er tillid. Tillid til organisationen og dens ledelse resulterer i øget tilfredshed, engagement og motivation til forandring hos sygeplejerskerne (48).

Gantz & Sørensen diskuterer ligeledes, hvordan ledelse skal fremme multidisciplinært tværfagligt samarbejde. Målet er at opnå optimal score på benchmarks, sikre klinisk produktion og patientsikkerhed og pleje. For at sikre forandring skal alle ansatte erkende og påtage sig ansvar for kvalitet af plejen. Sygeplejersker og sygeplejeledere må gå foran og vise engagement gennem intelligens, klinisk ekspertise og omsorg. Samtidig pointerer artiklen, at støtte fra lægestanden er en forudsætning for, at potentialet hos sygeplejerskerne kan udnyttes (49). I et studie af Reimanis et al. diskuteres et konkret ledelsesredskab i USA – nedsættelsen af "Nurse Case Managers" (NCM). En NCM's rolle inkluderer koordinerende opgaver, at skabe glidende overgange mellem forskellige dele af plejen og sikre, at patienter og deres familier har de nødvendige ressourcer og uddannelse til gradvist selv at håndtere deres sygdomme. Artiklen finder, at multidisciplinære teams skal fremmes og udvikles som forudsætning for, at NCM udvikler sig til en succes. Sådan tværfagligt samarbejde kan bl.a. være med til at nedbryde traditionelle roller. Intradisciplinær kommunikation mellem NCM-sygeplejersker og de øvrige sygeplejersker er essentielt (50).

McCallin argumenterer for, at velfungerende interdisciplinære teams kan fostre organisatorisk forandring og forbedrede patientresultater. Det særlige ved denne ledelsesstil er tanken om delt ansvar, der adskiller sig markant fra de traditionelle måder at lede sundhedssektoren på. Det dækker over delt ledelse, hvor klinikere skal optræde som teamledere i en form for 'stewardship', hvor medarbejdere skal coaches til fortsat udvikling af team-samarbejdet. Stewardship er defineret som et sæt af principper og praktikker baseret på partnerskab, fælles ansvar og kollegafællesskab. Dialog er centralt, og begrebet empowerment bringes op (51).

6.3.2 Udvikling og holdningsbearbejdelse i teamarbejdet

Udvikling af samarbejdskompetencer og holdningsbearbejdning indgår i flere studier af arbejdet i teams i sundhedsvæsenet. Tværfagligheden kræver en ledelsesmæssig indsats i forhold til udvikling af kommunikation, gensidig respekt og konflikthåndtering.

I den palliative pleje er det almindeligt med teamarbejde og teams, som ofte arbejder parallelt og med medlemmer, der skifter mellem at tilhøre flere forskellige teams. Disse teams må kontinuerligt interagere mellem forskellige fagdiscipliner, forbedre plejen, uddanne sig og være innovative med det formål at sikre de bedste vilkår for patienterne. Hyland et al. tager i deres studie udgangspunkt i de styrings- og ledelseskompetencer samt organisatoriske færdigheder, der er nødvendige for kontinuerlig fornyelse i disse teams. Studiet peger på, at det er nødvendigt med en samarbejdskultur, der består i udviklede kommunikative kompetencer til fri udveksling af holdninger og vidensdeling. Ledelsesmæssigt bør der tilskyndes til fornyelse, fx gennem personlig motivation. I forandringsprocesserne i de palliative teams havde det været nødvendigt at vurdere og prioritere mellem mulighederne for forandring (52). Yderligere et amerikansk studie beskæftiger sig med et konkret udviklingsprogram, der havde til formål at forbedre teamfunktionen i sundhedsvæsenet. Programmet sigter mod både sygeplejersker og læger. Artiklen pointerer, at det at etablere teams ikke er nok til at sikre den ønskede teamkultur, og de identificerer en række udfordringer ved implementering af teams. Man skal være opmærksom på kommunikation, at skabe et tillidsmiljø, og personalet skal være engagerede i projektet. Til forskel fra ledelsen, som blev sat godt ind i projektet, følte personalet i nærværende uddannelsesprogram, at de ikke havde kontrol over ændringerne. Det er vigtigt, at personalet også er involveret i processen (53).

I et norsk studie beskrives de forskellige potentielle etiske vanskeligheder, som sygeplejersker oplever i deres arbejde på kirurgiske afdelinger. Sygeplejerskerne oplevede ikke etiske problemer i forhold til deres sygeplejekolleger, men i forhold til lægerne oplevede de en konflikt. Holdningsforskelle i forhold til lægerne, mangel på læger og en mindre holistisk tilgang blandt lægerne resulterede i, at sygeplejerskerne oplevede en uønsket behandling af patienterne. Der er en forskel i opfattelsen af, hvad den fælles opgave består i, og det er en ledelsesopgave at opbygge en sådan fælles forståelse. Der er behov for interventioner og investeringer med sigte på at forbedre arbejdsmiljøet for sygeplejersker. Det moralske ansvar for at opretholde kvaliteten skal være mere ligeligt fordelt blandt sygeplejersker, læger og administrationen (54).

Endelig undersøgte et israelsk studie konflikthåndteringen blandt læger og sygeplejersker bl.a. for at se, om valg af konflikthåndteringsmetoder hang sammen med professionsstatus. De fandt ingen forskel mellem læger og sygeplejersker i forhold til de oftest benyttede metoder i konflikthåndtering. Typisk valgte personalet metoden at gå på kompromis. Sygeplejerskerne anvendte dog oftere samarbejde som konflikthåndtering end lægerne. Artiklen slutter, at resultaterne peger på et behov for at fremme partnerskab blandt sundhedsprofessionerne for at styrke kvaliteten af patientpleje og tilfredshed hos personalet (55).

6.4 Ledelse og kultur

Som det er fremgået, berører en række af de refererede studier af organisering af tværfaglighed og samarbejde i sundhedsvæsenet kulturbegrebet. Dette har også været tilfældet i en række af de artikler ovenfor, der er refereret med hensyn til ledelse og

teamorganisering. Kultur anvendes som begreb i forbindelse med at angive årsagen til problemer med tværfagligt samarbejde og som målet for en indsats, der skal forbedre dette. Kulturbegrebet anvendes også i forbindelse med ledelsesudvikling.

Et studie af Fitzgerald diskuterer organisationskultur indenfor sundhedsorganisationer og kulturforskelle sundhedsprofessioner imellem med et australsk sygehus som eksempel. Kulturer er ikke homogene enheder, men består af en række subkulturer. Kulturforskelle er ikke begrænset til læger, sygeplejersker og andre, men inkluderer differentiering mellem professionerne i forhold til specialiseringsgrad, generation, uddannelsesmæssig baggrund, arbejdsstatus og oplevelse af at høre til (eller ikke høre til) i organisationen. Kulturelle forskelle resulterede i spændinger mellem og internt i de professionelle subgrupper og spænding mellem subgrupperne og organisationen. Det er vigtigt, at sundhedsledelser er opmærksomme på disse forskelle, da de kan have effekt på sundhedsreformer og hæmme teamsamarbejdet og interprofessionel praksis. Ledere bør acceptere og opmuntre tværfaglige bånd og fremme forandring. Artiklen konkluderer endvidere, at tværfagligt teamarbejde fremmer resultaterne for patienterne (56).

I et canadisk studie beskrives, hvordan sygeplejeledere på et hospital arbejdede strategisk for at fremme kvalitet gennem et styrket sygeplejemiljø. Jeffs et al. peger på, at ved at sammenholde et miljø eller en kultur for forandring med eksterne og interne nøglefaktorer fremmes en platform for handling. Det er fundamentalt for udviklingen af en professionel, akademisk sygepleje, at visioner og nøgleprincipper artikuleres. Rammerne for, hvem der har ansvaret, skal være på plads, og nye initiativer skal fremmes gennem både formelle og uformelle kommunikationskanaler (57).

6.5 Sammenfattende om litteraturen

Det generelle indtryk fra litteraturen er, at det er muligt at gennemføre strukturerede initiativer, som har en vis positiv effekt i forhold til organisering, ledelsesindsats og ændring af holdninger til tværfaglighed i arbejdet med kvalitet. En sådan indsats er imidlertid forbundet med problemer i en professionsdomineret organisation som sundheds- og sygehusvæsenet. Der er gode erfaringer med fx at anvende teamorganisering, men både i denne og andre organiseringsformer er det nødvendigt med et ledelsesengagement og lederskab på et niveau, som ifølge de fleste af de refererede studier ikke synes at være til stede i sygehusvæsenet i tilstrækkeligt omfang.

7. Beskrivelser af fire cases

De fire afdelinger præsenteres med udgangspunkt i det indsamlede materiale. Der lægges vægt på at give eksempler på, om der har eksisteret et samspil mellem den aftalte personalepolitik og den systematiske udvikling af kvalitet og tværfaglighed. Der lægges videre vægt på, hvordan dette samspil har udfoldet sig, herunder set i sammenhæng med ledelsesmæssige initiativer.

7.1 Afsnit A

Afsnit A er et medicinsk sengeafsnit, der arbejder inden for et afgrænset speciale. Sygehuset, hvor afsnittet er placeret, ligger i hovedstadsområdet. Afsnittet varetager akutmodtagelse og foretager medicinsk behandling af svær og ofte livstruende sygdom, der er opstået akut og/eller har kronisk tilbagevendende karakter. Afsnittets patientgrundlag omfatter udelukkende personer, der har en sygdom eller sygdomstilstand, der kræver højt specialiseret og intensiv behandling. Afsnittet har ca. 20 sengepladser.

Sengeafsnittet indgår som ét af flere afsnit i en klinik, der igen indgår i en centerdannelse. Afsnittet er underlagt ledelse på flere niveauer med sygehusledelse, centerledelse, klinikledelse afsluttende med en teamledelse bestående af afdelingssygeplejerske og ledende overlæge som fælles ledelse af afsnittet.

Med en beliggenhed i hovedstadsområdet er der ingen rekrutteringsproblemer på lægesiden. Heller ikke på plejesiden er der rekrutteringsproblemer, hvilket tilskrives, at afsnittet omfatter et speciale med høj status, ligesom afsnittet har opbygget et godt arbejds- og samarbejdsklima. Afsnittet ansætter kun sygeplejersker i plejegruppen med henvisning til arbejdets stærkt specialiserede karakter, og det blev angivet, at der føres en aktiv udvælgelsespolitik i plejegruppen med henblik på ansættelse og fastholdelse af sygeplejersker med gode samarbejdsevner og tilstrækkelige faglige kvalifikationer.

7.1.1 Organisering af arbejde og samarbejde

I plejegruppen arbejdes der i 'makkerpar', idet sygeplejerskerne arbejder sammen to og to om en gruppe patienter. Studerende knyttes til disse makkerpar. Den enkelte patient tildeles en kontaktsygeplejerske, der udvælges ud fra hensyn til, at pågældendes vagtskema vil passe mest muligt med det forventede indlæggelsesforløb. Særligt komplekse og plejkrævende patienter tildeles et plejeteam med flere sygeplejersker samt udpegning af en kontaktlæge – som regel afsnittets ledende overlæge.

Afsnittet havde fastlagte samarbejdsrelationer til de tværgående kliniske funktioner, herunder fx fast farmakonom, der sørgede for opfyldning i medicinrummet. Information af og dialogen med medarbejderne havde tilsvarende strukturerede rammer med et dagligt morgenmøde beregnet på planlægning af dagens opgaver, et ugentligt informationsmøde, personalemøde hver anden måned samt en årlig temadag. Herudover afholdes der fælles undervisning efter behov.

Stuegangen er struktureret således, at den ledende overlæge går stuegang mandag – onsdag – fredag, mens henholdsvis en afdelingslæge og en 1. reservelæge går stuegang tirsdag – torsdag. Stuegangen starter efter morgenkonferencen for klinikkens læger og er organiseret, således at stuegangslægen gennemgår én patient ad gangen sammen med den sygeplejerske, der er ansvarlig for patienten. Efter gennemgang af hver patient ser lægen patienterne sammen med sygeplejersken eller alene afhængig af situationen. Der var en omfattende løbende dialog mellem stuegangslægen og sygeplejerskerne, når der var behov for afklaring af forskellige spørgsmål. Stuegangslægen blev nok afbrudt i gennemførelse af stuegangen, men dette havde et formål i forbindelse med afvikling af det arbejde vedrørende rekvirering og gennemførelse af undersøgelser, administration af medicin og andre ordinationer etc., som sygeplejerskerne gennemførte. Denne arbejdsform kræver, at lægen løbende prioriterer sine opgaver.

Dialogen mellem læge og sygeplejersker var orienteret imod udveksling af kliniske undersøgelsesresultater mv. og observationer med henblik på at sikre, at de beslutninger, der blev truffet, var baseret på evidens og klinisk ekspertise. Den daglige proces omkring gennemførelse af stuegang hænger tæt sammen med arbejdet med forbedring af den kliniske kvalitet på afsnittet.

7.1.2 Arbejdet med kvalitet på afsnittet

Afsnittets arbejde med kvalitet omfatter en struktur, som dækker hele det center, som afsnittet indgår i. Strukturen består i et tværfagligt kvalitetsråd på centerniveau bestående af centerledelsen, klinikledelserne og ressourcepersoner fra klinikkerne. I hver af de tre klinikker er der etableret et kvalitetsudvalg, og under disse er der etableret en række ad hoc-arbejdsgrupper. I pågældende klinik omfatter dette fx et medicinudvalg og et patientforløbsudvalg. Endelig er der placeret en kvalitetskonsulent som en stabsfunktion til centerledelsen under centrets kvalitetsråd.

Afsnittet anvender faste procedurer ved godkendelse af projekter, der sigter på forbedring af kvaliteten, samt godkendelse af ændrede kliniske procedurer og retningslinjer.

Afsnittet råder over Elektronisk Patient Medicinmodul (EPM), men ikke elektronisk patientjournal. EPM betragtes som et redskab, der øger kvaliteten gennem afskaffelse af overskrivnings- og læsefejl samt indbygget angivelse af ordinationsgrænser og -fejl.

Godkendelse af projekter og instrukser

Afsnittet anvender en vejledning for gennemførelse af kvalitetsudviklingsprojekter i sygeplejen. Godkendelsesproceduren omfatter, at der indgås en aftale med nærmeste leder. Aftalen er skriftlig og omhandler udvikling, igangsættelse, projektbeskrivelse, vejledning, ejerskab, registrering, afslutning, publicering etc. Vejledningen udgør en punktvis manual, som er et skelet for forholdet mellem de projektaktive og pågældende afdelings eller afsnits ledelse.

Den medicinske klinik, som afsnit A hører under, har en procedure for udarbejdelse og implementering af politikker, vejledninger og instrukser (PVI), som bl.a. indebærer, at der skal udarbejdes en beskrivelse som en PVI efter en standardiseret vejledning. Godkendelsen af en PVI kræver, at indholdet er dokumenteret via henvisning til forskningsbaserede artikler mv. På dette grundlag diskuteres forslaget til PVI i de berørte faggrupper, hvorefter den skal forelægges for klinikkens kvalitetsudvalg. Endelig skal der

udarbejdes en implementeringsplan. Der anvendes en procedure, der lægger vægt på det lokale initiativ, men samtidig sigter på en standardisering af PVI'ernes udformning og anvendelse. Afsnittets ledelse betragtede anvendelsen af proceduren i forbindelse med godkendelse og anvendelse af en PVI som et eksempel på et tværfagligt initiativ, hvor både læger og sygeplejersker var involveret.

Ud over disse to typer af procedurer – godkendelse af kvalitetsudviklingsprojekter og PVI – er der vejledninger vedrørende dokumentation af kvalitet, anvendelse af datakilder, brug af interne audits samt udformning og anvendelse af en række tjeklister for det kliniske arbejde. Tjeklisterne omfatter fx patientinformation og informeret samtykke, trinvis check af længere sammenhængende procedurer, plejeplan, vejledning om ernæringscreening mv.

Disse procedurer er begrundet i udviklingen af den faglige kvalitet og indeholder væsentlige elementer af tværfaglighed. Der kan dog tillige identificeres elementer af personalepolitik i strukturering af den faglige indsats for bedre kvalitet.

Akkreditering og dokumentation

Afsnittet har gennemgået flere runder akkreditering som del af Hovedstadens Sygehusfællesskab. Kvalitetsrådet og klinikkens kvalitetsudvalg har spillet en stor rolle i forbindelse med forberedelse og gennemførelse af dette. Der var blandede opfattelser af akkrediteringen på afsnittet, men kritiske holdninger til fx adfærden hos de personer, som gennemførte akkrediteringen, og det problematiske i omfattende krav til dokumentation, blev imødegået af en generelt positiv holdning. Denne skyldtes ifølge ledere og medarbejdere, at de gentagne akkrediteringsforløb havde fremstået som mere og mere meningsfulde i arbejdet med at forbedre den faglige kvalitet.

Det blev fremhævet af ledere og medarbejdere, at der var en stærk tradition for dokumentation af aktivitet og kvalitet på afdelingen, herunder på afsnittet, og afsnittets ledelse så en væsentlig opgave i at sikre, at dokumentationen var fagligt relevant og derfor meningsfuld for medarbejderne. Der var herunder igangsat en indsats for at målrette indholdet af plejeplanerne, så disse kunne tilpasses af sygeplejerskerne til hver enkelt patient.

DGMA

Afsnittet blev tilmeldt DGMA på et ret sent tidspunkt og har kun deltaget i en enkelt tværsnitsundersøgelse. Afsnittet placerede sig højt i denne, hvilket tilskrives den forudgående deltagelse i akkrediteringen. Tilslutningen til DGMA skyldtes ifølge de kvalitetsansvarlige et ønske om at måle sig op imod DGMA's standarder efter gennemførelsen af akkrediteringen, og det var karakteristisk, at kun få af de adspurgte medarbejdere havde kendskab til, at afsnittet havde haft denne tilknytning.

7.1.3 Den formelle personalepolitik

Afsnittet er underlagt sygehusets fælles personalepolitik⁹, som er uddybet og suppleret i pågældende center på udvalgte områder.

⁹ Og denne er videre baseret på "Personalepolitisk redegørelse 2003" udarbejdet af H:S Direktionen i 2004.

Sygehusets personalepolitik er emnemæssigt meget omfattende med retningslinjer for flere dele af relationerne mellem ledelse og medarbejdere. Dette omfatter bl.a. retningslinjer vedrørende afskedigelse, alkohol og andre rusmidler, orlovs politik, rygepolitik, sygefravær, seniorpolitik m.fl.

Andre elementer i personalepolitikken relaterer sig til det daglige samarbejde mellem ledelse og medarbejdere og mellem medarbejderne indbyrdes. Dette omhandler fx emner som arbejdsforhold og samarbejds klima, intern information og kommunikation, medarbejdersamtaler, samarbejde og samarbejdsudvalg, uddannelse og udvikling. Centrets personalepolitik kommer ind på udvalgte områder, herunder særligt løn politik, medarbejderudviklingssamtaler, sygefraværspolitik og seniorpolitik.

Den overordnede målsætning for personalepolitikken tager udgangspunkt i, at medarbejderne er afgørende for, om sygehuset kan nå sine mål. Kravene til personalets kompetence er derfor omfattende, og der stilles krav til et udviklings- og omstillingsorienteret personale. Der tages udgangspunkt i, at denne målsætning stiller en række krav til såvel ledere som medarbejdere, herunder at tage initiativer og skabe muligheder for den nødvendige udvikling af medarbejderstaben.

De punkter, der kan relateres til indsatsen for tværfaglighed og kvalitet i personalepolitikken udgøres af:

Arbejdsforhold og samarbejds klima

Her hedder det bl.a., at det påhviler såvel ledere som medarbejdere at medvirke til at etablere og fastholde et godt samarbejds klima; at medarbejderne inddrages i de forskellige opgavers løsning, så medarbejdernes viden og erfaring udnyttes optimalt gennem delegering og information; at den enkelte leder forholder sig konkret til den enkeltes arbejdsindsats og giver respons forstået som konstruktiv kritik; at det prioriteres højt, at lederne er højt uddannede inden for ledelse, samt fx retningslinjer for undgåelse af mobning, respekt for alle medarbejdere – også de løst ansatte etc.

Intern information og kommunikation

Retningslinjerne vedrørende information og kommunikation understreger, at målet er, at hele hospitalet skal være præget af klar kommunikation, der sikrer, at alle medarbejdere får hurtig og relevant information. Dette skal opnås ved at erkende, at det overordnede ansvar for informationen på hospitalet påhviler lederne; at medarbejdere og tillidsrepræsentanter også selv opsøger information; at der opbygges systematiserede strukturer for information; at den interne information øger medarbejdernes viden om hospitalets hovedopgaver, patientbehandling, forskning, uddannelse samt samarbejdsforhold. Informationen skal give mulighed for dialog mellem ledelser og medarbejdere.

Medarbejderudviklingssamtaler

Her understreges det, at det er et mål, at alle medarbejdere og ledere i gensidig tillid, målrettet og i sammenhæng får drøftet arbejdstilrettelæggelsen, effektiviteten, samarbejdsforholdene, udviklingen mv. Dette skal sikres gennem regelmæssige og obligatoriske medarbejderudviklingssamtaler, der berører en række relevante punkter, men samtidig ikke erstatter den løbende dialog. Samtalerne skal være planlagte og udgøre et systematisk element i udviklingen af organisationen samt ses som et godt værktøj til den generelle personaleudvikling mv.

Samarbejde og samarbejdsudvalg

Udgangspunktet for dette punkt er, at det er hospitalets mål, at opgaverne løses i samarbejde mellem ledelserne og medarbejderne. Målet er her at sikre en optimal løsning af opgaverne, at give medarbejderne indflydelse på egen arbejdssituation samt at understøtte samarbejdet i den formelle samarbejdsstruktur. Det er tale om både det mere uformelle samarbejde i dagligdagen som strukturer vedrørende ledelse og medarbejderes engagement i samarbejdsudvalg mv. Det understreges fx, at samarbejdet i det daglige skal foregå åbent og uformelt, at det daglige samarbejde giver mulighed for dialog og konstruktiv kritik, og at samarbejdsstrukturen er klar, så opgaver behandles tættest muligt på de berørte medarbejdere.

Uddannelse og udvikling

Dette punkt fokuserer på at tiltrække, fastholde og yderligere kvalificere medarbejderne på alle niveauer, der skal gives mulighed for uddannelse og udvikling. Pointen er, at trivsel og arbejdsglæde giver udvikling. Det indgår i målene, at der skal ske en løbende kvalificering af alle medarbejdere, idet der peges på, at ingen medarbejder kan være ansat i blot nogle få år, før dele af kvalifikationerne kan være forældede. Der peges på et ledelsesansvar i denne sammenhæng, men samtidig på at det også er medarbejderens ansvar selv at vedligeholde og udvikle sine kvalifikationer. Der skal foretages en vurdering af opgaverne og de kvalifikationer, der skal være rådighed over i opgaveløsningen, og sigtes på udvikling af kvalifikationerne såvel gennem udvikling på jobbet – erfaring – som gennem deltagelse i formaliseret uddannelse. På denne baggrund skal de konkrete uddannelses- og udviklingsaktiviteter fastlægges. Dette skal ske under hensyntagen til behovet for løsning af specialopgaver og dermed forbundne krav til kvalifikationer, samt et samtidigt hensyn til en samlet og overordnet tilrettelæggelse af kompetenceudviklingen.

Samlet var den formelle personalepolitik kun rettet mod kvalitet og tværfaglighed på et overordnet og indirekte niveau. Dette kan ses i sammenhæng med, at den formelle personalepolitik generelt havde karakter af hensigtserklæringer, som evt. kan understøttes gennem den ledelsesmæssige udfyldning af personalepolitikens hensigter, og delvis at faglighed og tværfaglighed er størrelser, der ikke kan fastlægges som regler i en personalepolitik.

7.1.4 Det tværfaglige element

Der er flere initiativer på afsnittet, som ikke har et direkte personalepolitisk udgangspunkt, men har elementer der giver et personalepolitisk indhold. Dette omfatter bl.a. deltagelse i akkreditering, i vidensdeling og i kvalitetsudviklende aktiviteter.

Deltagelsen i akkrediteringen – og i DGMA i det omfang der var kendskab til det – blev af nogle betragtet som en monofaglig aktivitet, der primært havde relevans for plejegruppen. Argumentet for denne indstilling var, at der blev anvendt procesorienterede standarder i både DGMA og akkreditering, og at det procesorienterede perspektiv først og fremmest er relevant for udførelsen af plejearbejdet. Denne holdning blev dog imødegået af nogle af de personer, der havde været ansvarlige for kvalitetsudviklingen i afsnittet, og som så processen som fokuseret på sammenhængen mellem diagnostik, behandling og pleje: *“Det er et tværfagligt projekt for hele organisationen. Det er godt*

nok sygeplejersken, der vejer patienten, men det har en diagnostisk betydning, hvis patienten har tabt sig inden for den seneste måned – lægen skal jo vide, hvad patienten vejer, for at give den rigtige medicin". Set i dette lys har denne type af kvalitetsarbejder haft et personalepolitisk element som led i udviklingen af evnen til at arbejde tværfagligt.

Der foregår en aktiv vidensdeling på afsnittet, hvor særligt den ledende overlæge blev fremhævet for sin indsats med hensyn til at informere og undervise sygeplejegruppen, fx om ny viden om behandlingsprincipper etc. Dette blev fremhævet som en indsats, der havde skabt sammenhold på afsnittet, idet det bl.a. blev tolket som et tegn på, at den ledende overlæge tog sit hverv som lægelig teamleder på afsnittet alvorligt, hvilket igen har effekt i form af en engageret og interesseret plejestab.

Denne kvalitetsudviklende indsats havde et personalepolitisk element, da den tværfaglige information og undervisning havde en effekt på forholdet mellem ledelse og medarbejdere. Ledelsen af afsnittet satte bl.a. dette i sammenhæng med, at såvel personaleflow som sygefravær var reduceret og havde nået et meget lavt niveau. Det var derfor blevet muligt at gennemføre en effektiv planlægning af kontinuiteten i plejedækningen.

Derudover var der gode erfaringer fra tværfaglig udvikling af kvalitet på enkeltstående områder, dvs. gennem projekter, som fx havde omhandlet konvertering af indlæggelser til ambulante behandlingsforløb. Involvering af både lægelig og sygeplejefaglig viden havde medført, at de vurderinger og løsninger, der fremkom, var mere gennemtænkte og langtidsholdbare, end de løsninger der ville være fremkommet gennem en monofaglig indsats: *"Hvis patienten er i fokus, og hvis du skal gøre det optimalt, så bliver du nødt til at samarbejde. Du får ikke et ordentligt patientforløb og sikkerhed og kvalitet for patienten, hvis du ikke samarbejder".*

Stuegang, dialog og tværfaglighed

Den evne til tværfaglig dialog på afsnittet, som blev fremhævet i forbindelse med stuegangsforløbet, syntes at være et generelt træk gennem de observationer, der blev gennemført i forbindelse med undersøgelsen. Det blev fremhævet fra afsnitsledelsen og andre, at der gennem de forudgående år var opbygget en positiv dialog mellem medarbejdere og ledere i og mellem de forskellige faggrupper, og at dette ledelsesmæssige initiativ på afsnittet havde medført, at der var en god samarbejdsstemning.

Den gennemførte ledelsesstrategi blev også betegnet som en personalepolitisk indsats, eller som en ledelsesstyret organisationsudviklende indsats med et personalepolitisk indhold.

Kompetenceudvikling

Der eksisterede en formaliseret struktur i forbindelse med oplæring og uddannelse af de sygeplejersker, der blev ansat på afsnittet. I de forudgående tre år var der ansat 30 nye sygeplejersker, og de havde alle gennemgået et etårigt uddannelsesprogram for at gå fra at være sygeplejersker på 'trin 1' til 'trin 2'. Hvis man ønsker at specialisere sig yderligere inden for specialet i ledelsesmæssig eller forskningsmæssig retning, kan trin 2 efterfølges af trin 3 eller 4.

Dette tilbud om en formaliseret uddannelse blev set som nødvendig for at oppebære et højt fagligt niveau i plejen på afdelingen, men blev samtidig set som et personalepolitisk element, som gjorde det muligt at tiltrække de bedste sygeplejersker til afdelingen, der udelukkende havde sygeplejersker i plejegruppen.

En tilsvarende sammenkædning af struktur i den kliniske uddannelse og kvalitet i det kliniske arbejde gjorde sig gældende blandt lægerne, men her var det erfaringen, at turnus- og uddannelsesstillinger på klinikken og herunder på afsnittet var i høj kurs, hvorfor rekrutteringen ikke havde været noget problem som personalepolitisk issue. Samtidig var såvel turnus- som speciallægeuddannelse langt mere struktureret, end det var tilfældet for nogle år siden¹⁰, og dette indebar i sig selv et personalepolitik element, da de yngre læger havde papir på, hvor meget klinisk træning de havde krav på.

7.1.5 Ledelse og personalepolitisk praksis

Sammenkædningen af personalepolitik med kvalitet og tværfaglighed syntes at udspringe af de konkrete ledelsesmæssige initiativer, der blev taget for at styrke samarbejde og kvalitet i afsnittet.

Et eksempel på dette bestod i gennemførelse af teambuilding-arrangementer, der havde til formål at styrke de uformelle relationer på tværs af faggrupper samt mellem ledelse og medarbejdere – og dermed styrke tværfagligheden og indirekte den faglige kvalitet. Det samlede indtryk var imidlertid, at de fleste ledelsesmæssige initiativer havde et fagligt indhold, som naturligt fik en tværfaglig dimension. Den gennemgående relation mellem personalepolitik, kvalitet og tværfaglighed havde sit udgangspunkt i initiativer, der skulle udvikle den faglige kvalitet.

Ledelse og personalepolitik

Ledelsen af afsnittet mente, at personalepolitikken angav nogle meget overordnede rammer. Udarbejdelsen af disse rammer havde ikke involveret afsnitsledelsen. Det var ledelsens holdning, at det personalepolitiske grundlag var anvendeligt ved fx tilrettelæggelsen af medarbejderudviklingssamtaler, samtaler ved sygefravær, politik for alkohol og rygning mv., men at det var nødvendigt at tage egne ledelsesmæssige initiativer til udfyldelse af disse personalepolitiske rammer. Dette betød for ledelsen, at det personalepolitiske grundlag i konkrete tilfælde kunne udgøre en aktiv del af tilrettelæggelsen af det ledelsesmæssige arbejde. Fx havde sengeafsnittet været gennem en situation med et dårligt arbejdsklima blandt plejepersonalet. Den konkrete indsats, der var gjort for at rette op på dette, havde bestået i en ledelsesmæssig indgriben med personlige samtaler og opstilling af krav til de enkelte personalemedlemmer. Ledelsen anser den personalepolitiske ramme som en del af grundlaget for dette specifikke arbejde og betragter stadig personalepolitikken som en medvirkende ramme, når det gælder styrkelse af arbejdsklimaet og den fælles kultur.

Blandt medarbejderne var der ikke nogle klare erfaringer med, at personalepolitikken havde spillet en aktiv rolle i forholdene på afsnittet. Personalepolitikken blev opfattet som et regelsæt, der sjældent kom i anvendelse, og de ledelsesmæssige initiativer blev ikke opfattet som personalepolitik, men som regel forbundet med at sikre forhold på afdelingen, som muliggjorde, at det kliniske arbejde og kvaliteten af dette blev prio-

¹⁰ Bl.a. gennem faststillingsreform, løbende evaluering af den kliniske træning etc.

riteret højt: *“Det fylder ikke meget i dagligdagen. Det er måske mere på et personale-møde, at man kan beskæftige sig med ting, der ligger mere ovre i den retning, hvis man overhovedet gør det dér heller. Så er der nok mere håndgribelige problemstillinger her og nu i afsnittet”*.

7.1.6 Personalepolitik og arbejdet med kvalitet

Ledelsen af afsnittet betragtede anvendelsen af personalepolitikken som et element i gennemførelsen af aktiv ledelse, og de personalepolitiske mærkesager vedrørende arbejdsforhold, samarbejdsclima, information og kommunikation forbindes med den generelle ledelsesindsats.

Der kan imidlertid stilles spørgsmålstegn ved, hvor meget indflydelse denne anvendelse af personalepolitikken har på kvalitet og tværfaglighed. Den *indirekte* eller *impli-citte* indflydelse på kvalitet og tværfaglighed synes derimod at være til stede i en række af de ledelsesmæssige initiativer, der bliver taget i forbindelse med udvikling af den faglige kvalitet.

Der er fx gennemført et flerårigt udviklingsarbejde vedrørende teamfunktionen og gennemførelsen af stuegang på afsnittet. Dette syntes at have haft en positiv effekt, idet den tværfaglige dialog omkring patienterne var åben med gensidige spørgsmål og 'åben dagsorden'. Den velfungerende dialog syntes bl.a. at skyldes den kontinuitet, der eksisterede i relationerne mellem overlægen og afdelingslægen på den ene side og gruppen af sygeplejersker på den anden. Set fra denne vinkel kom etableringen af en teamledelse på sengeafsnittet og en nogenlunde fast tilknytning af en lille gruppe læger til at virke som et tiltag til udvikling af kvalitet, der havde et indhold af tværfaglig udvikling og dermed også en personalepolitisk relevans.

På afsnittet er der arbejdet med kulturen omkring kvalitetsarbejdet, fx i forhold til akkrediteringen og i forhold til patientsikkerhedsarbejdet. Dette arbejde kan også siges at have haft et personalepolitisk element, fx når den kvalitetsansvarlige eller kvalitetskonsulent er mødt op på gentagne morgenkonferencer blandt lægerne og tilsvarende personalemøder blandt plejepersonalet for at præsentere arbejdet med systematiske forbedringer i kvaliteten af diagnostik, behandling og pleje.

Selv om den formelle personalepolitik ikke opfattes som synlig blandt lederne og medarbejderne på afsnittet i forhold til kvalitet og tværfaglighed, kan der antages at have været et indirekte gennemslag.

Ses der på den modsatrettede virkning – dvs. hvordan arbejdet med kvalitet har haft indflydelse på udviklingen af tværfaglighed – synes der at være tydeligere træk. De initiativer, der tages vedrørende udviklingen og tilrettelæggelsen af det kliniske arbejde, har i stort omfang haft et tværfagligt indhold. Samtidig kan der videre peges på den tværfaglige udviklings påvirkning af det personalepolitiske aspekt.

Et eksempel på dette synes at være afdelingens deltagelse i akkrediteringen, som nok sættes i forhold til personalepolitik gennem de kvalitetsansvarliges løbende forsøg på at motivere personalet til at medvirke i aktiviteten, men akkrediteringen blev præ-senteret som relevant ud fra faglige kriterier, og den efterhånden gennemgående accept af akkrediteringen skyldes indsigten i de faglige gevinster, der er opnået.

Det samlede billede går i retning af, at personalepolitikken kan have haft en implicit indflydelse på tværfaglighed og kvalitet, men ikke har været eksplicit synlig i de udviklingsaktiviteter, der foregår på afsnittet. De personalepolitiske elementer har så at sige været indbygget som en organisatorisk og ledelsesmæssig forudsætning i en lang række af aktiviteterne.

7.2 Afsnit B

Afsnit B er et blandet medicinsk sengeafsnit, der indgår i en medicinsk afdeling med akut modtageafsnit, sengeafsnit, dagafsnit mv. Afdeling og afsnit er placeret på et sygehus i hovedstadsregionen. Afdelingen tager imod patienter med flere typer diagnoser omfattende tre internmedicinske specialer, og det aktuelle sengeafsnit tager særligt imod patienter fra to afgrænsede sygdomsgrupper.

Der er etableret en fælles teamledelse på afsnittet bestående af en ledende overlæge fra afdelingen og afsnittets afdelingssygeplejerske som en decentralisering af beslutningskompetence og ansvar.

Afsnittet havde 28 sengepladser placeret på flersengsstuer langs en korridor i en ældre hospitalsbygning. Belægningsprocenten for de 28 senge har generelt været meget høj i perioden 2005-2006. Belægningsprocenten var dog skiftende. I foråret 2007 var der en belægningsprocent omkring sengeantallet, mens der igen i januar 2008 var overbelægning.

Med en placering i hovedstadsregionen har afdelingen ikke rekrutteringsproblemer på lægesiden, men visse problemer på plejesiden. Dette har medført, at afsnittets ledelse har taget initiativ til rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Plejegruppen var sammensat af ca. $\frac{3}{4}$ sygeplejersker og resten social- og sundhedsassistenter. Hertil kom en stor gruppe sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever.

7.2.1 Organisering af arbejde og samarbejde (og stuegang)

For at styrke stuegangsfunktionen havde afsnittet undergået nogle organisatoriske ændringer få år forud. Afdelingen var blevet delt op i mindre grupper, og lægernes vagttillrettelæggelse var ændret, således at der er tilknyttet en stuegangsgående speciallæge til hver gruppe. For at muliggøre dette blev lægernes ambulante arbejde flyttet til start kl. 10.30, samtidig med at stuegangens begyndelse blev rykket frem til kl. 08.30. Plejepersonalet var via disse ændringer blevet opdelt i fire grupper, så patienterne så vidt muligt mødte de samme plejepersoner under hele indlæggelsen. Plejegrupperne arbejdede herudover efter principperne om tildelt patientpleje, men organiseret i teams med en gruppeleder til stuegang og administrative opgaver.

Plejepersonalet følte sig presset på grund af tomme stillinger og sygefravær og blev ofte trukket ind til ekstra vagter. Afdelingen havde samtidig svært ved at rekruttere kvalificerede vikarer, der kunne indgå i en faglig kompetent løsning af afdelingens opgaver.

Arbejdsdeling og samarbejde i plejegruppen

Social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker havde generelt en fast arbejdsdeling med hensyn til medicin, gruppelederskab og stuegang. Der var dog åbnet op for, at

social- og sundhedsassistenterne kunne gå stuegang for ukomplicerede patienter – hvilket var et uklart begreb åbent for tolkninger.

Sygeplejerskerne havde et ønske om at styrke arbejdet med tildelt patientpleje, men det forudsatte, at social- og sundhedsassistenterne gennemgik en kompetenceudvikling, hvis de skulle overtage det samlede ansvar for enkelte patienter inklusive stuegang, medicinering mv. Afdelingens udviklingssygeplejerske perspektiverede denne problemstilling ved at pege på, at basiskompetencerne varierede langt mere imellem social- og sundhedsassistenterne end mellem sygeplejerskerne, og at dette gjorde det vanskeligt at foretage et generelt kompetenceløft blandt assistenterne.

Nogle elever og studerende mente, der var et dårligt samarbejde mellem de fire plejegrupper på afsnittet. Det blev fremført som en nyttig værdi at kunne hjælpe hinanden på tværs af grupperne, hvilket bl.a. blev fremhævet af afdelingssygeplejersken. Dette blev nævnt som forslag til emne for en personalepolitisk indsats.

En af social- og sundhedsassistenterne mente, at det var et problem for tværfagligheden, at der i visse situationer ikke var respekt for social- og sundhedsassistenternes faglighed. Pointen fra social- og sundhedsassistenten var, at der opstod et unødigt skel i plejearbejdet, idet hun oplevede, at nogle sygeplejersker tog det som en selvfølge, at en del af de tungere basale plejeopgaver blev skubbet over på social- og sundhedsassistenterne. Dette kaldte på en personalepolitisk indsats i retning af teambuilding-aktiviteter og lignende initiativer, der kunne forbedre samarbejdsklimaet.

Plejegruppens samarbejde til lægerne

Der var forskellige vurderinger af samarbejdet mellem plejegruppen og lægerne. I de konkrete observerede samarbejdssituationer syntes der at være god kommunikation og gensidig dialog mellem læger og gruppeledere ved stuegangen. Omvendt var der udsagn fra elever og studerende om, at "lægerne lever i deres egen verden" forstået i en tværfaglig sammenhæng. I plejegruppen blev der samtidig peget på, at medlemmer af plejegruppen selv kunne være svære at flytte i forhold til rutiner og kultur, og at gruppen generelt havde en tendens til at pålægge andre skylden for problemer.

Afdelingens pressede situation på plejesiden syntes også at resultere i problematiske samarbejdsrelationer til lægerne. En af social- og sundhedsassistenterne udtrykte utilfredshed med nogle af de nye overlæger, som hun opfattede som arrogante. Det var generelt opfattelsen blandt social- og sundhedsassistenterne, at lægerne virkede distancerede i forhold til løsning af afdelingens fælles problemer.

Som et indirekte svar på dette udtrykte en af de yngre læger en noget skeptisk holdning over for sygeplejersker på medicinsk afdeling: *"Sygeplejersker på medicinske afdelinger er lidt stenede"* – dette sagt i sammenligning med skadestuesygeplejersker, som lægen havde mere respekt for.

Kontaktpersoner, læger og plejegrupper

Kontaktpersonordningen bestod i, at der var knyttet en navngiven sygeplejerske og læge til hver patient. Personalets indtryk af ordningen var positiv, men på grund af vagtbelastning og ambulatorietjeneste blandt speciallægerne var det ind imellem nødvendigt at skrive læger på som kontaktpersoner, som reelt ikke havde tid til at varetage rollen.

Kontaktlægesystemet peger på muligheden for at etablere noget, der kan sammenlignes med en teamfunktion med speciallæge og plejegruppe. Dette var også intentionen, men lod sig ikke realisere fuldt ud på grund af vagtbelastningen – og dette problem omhandler også sygeplejerskernes vagtbelastning og deraf følgende skiftende tilstedeværelse på afdelingen.

Tværfagligt tavlemøde

Det tværfaglige tavlemøde udgør et mere struktureret eksempel på et tværfagligt samarbejde. Tavlemødet afholdes efter stuegangen hver dag kl. 10.30-11.00 for stuegangslægerne og de plejefaglige gruppeledere. Her tages særlige problemstillinger op, der er registreret vedrørende patienterne under stuegangen, og afdelingens problemer og muligheder for ændringer diskuteres med udgangspunkt i den kliniske praksis, der lige har vist sig gennem stuegangen. Tavlemødet kan evt. have deltagelse af den koordinerende sygeplejerske, der blev ansat til at fokusere på muligheder for udskrivelse af patienterne.

Tavlemødet blev af afdelingssygeplejersken opfattet som et godt tværfagligt initiativ, og den administrerende overlæge så mødet som en integreret del af stuegangen. Mødet blev til gengæld opfattet mindre positivt blandt medlemmer af plejegruppen, da det for det første kun inkluderede læger og gruppeledere, og for det andet ikke inkluderede de øvrige samarbejdsparter, der indgår i pleje- og behandlingsforløbet, som fx fysioterapeut, ergoterapeut og diætist.

Sengeafsnittet havde tilknyttet en farmakonom fra sygehusets apotek, som kontrollerer medicinrummet, fylder op, når der mangler bestemte præparater, finder manglende medicin på andre afdelinger (i dagarbejdstiden) og skriver information til plejegruppen ved substitution af præparater.

7.2.2 Hvordan er der arbejdet med kvalitet på afdelingen?

Afdelingens administrerende overlæge pegede på, at afdelingen havde været gennem en stor udvikling gennem 4-5 år, og at resultaterne af de målinger, der fx var foretaget gennem Den Gode Medicinske Afdeling, afspejlede forskellige situationer for afdelingen: *”Vi har jo på afdelingen målrettet forsøgt at tilpasse os en organisation gennem de sidste tre-fire år, der kunne levere et stykke kvalitetsarbejde. Det jeg taler om her, er betydelige ændringer i vores arbejdstilrettelæggelse, betydelige ændringer i vores tværfaglige samarbejdsmetoder eller -måder, og også en hel generel indstilling til hvad der er, vi skal lave på den her afdeling, og hvad det er vi ikke skal lave – og det har vi forsøgt at implementere hos alle medarbejdere”.*

Afsnittets ledende overlæge beskrev til gengæld, hvordan lægegruppen ikke altid havde været så opmærksom på at få implementeret nye projekt- og kvalitetstiltag. Men indimellem er der nogle projekter, som lægerne fatter særlig interesse for og hurtigt tager til sig. Det var fx tilfældet med et tiltag omkring måden at diktere på. Fra morgenkonferencen og til om eftermiddagen havde de fleste læger rettet sig ind på den nye måde. Denne udvælgelse af initiativer, der virker meningsfulde set fra et medicinsk perspektiv, mens andre initiativer overses eller forkastes, er karakteristisk for, hvordan professionelle organisationer udvikler sig.

Der var ikke Elektronisk Patient Journal på afdelingen, og heller ikke Elektronisk Patient Medicinmodul (EPM) på tidspunktet for observationerne. EPM var dog varslet. Med det fælles medicinskema foretages der manuelle check af patient og medicin, hvor sygeplejerskerne anvender deres faglighed som kontrol og sikkerhedssystem i forhold til fejl i ordination og øvrig administration af medicin. Når der skulle rekvireres laboratorieprøver/svar, anvendtes Det Grønne System (DGS), hvilket af næsten alle blev betegnet som et forældet og meget svært anvendeligt system. I stedet for EPM anvendtes et fælles medicinskema, der afløste en situation med dobbeltregistrering af medicineringen i patientjournal og sygeplejekardex. Med den manglende anvendelse af elektronisk medicinordination og journalføring eksisterede de kendte muligheder for læsefejl, overskrivningsfejl etc., som både ledere og medarbejdere påpegede som irriterende og unødvendige.

Konkrete eksempler på udvikling

Der er etableret forskellige strukturer i afdelingen, som skal støtte kvaliteten af behandling og pleje. Det drejer sig fx om:

- ◆ Et ressourcepersons system i plejegruppen, hvor bestemte sygeplejersker havde et særligt ansvar for fx sårpleje, palliation, arbejdsmiljø, infusionspumper m.fl.
- ◆ Afholdelse af "fokus-uger", hvor der er blevet sat fokus på forskellige kvalitetstiltag, som fx kontaktpersonordningen.
- ◆ Systematisk anvendelse af ernæringskema: Dette foregik som et projekt ledet af en klinisk diætist fra sygehuset. Idéen var at gennemføre en indledende ernærings-screening ved indlæggelse og at gentage denne screening i relevante tilfælde. Hensigten var at lade screeningen bestå i vejning, systematisk kostplan og revision af denne i relevante tilfælde med henblik på at nå op på et stabilt kvalitetsniveau for denne del af behandlingen/plejen.
- ◆ Afdelingens udviklingssygeplejersker havde været involveret i at analysere arbejdsgangene i forbindelse med et Lean-projekt med henblik på at udvikle ændringsforslag. Dette omfattede bl.a. udarbejdelse og introduktion af et fælles undersøgelsesark, som kan følge patienten og dermed forhindre dobbelt registrering af de samme patientdata, samtidig med at personalet kan råde over en oversigt over de centrale patientdata i situationer, hvor journalen er til skrivning,
- ◆ Endelig havde der været fokus på standardiserede patientforløbsbeskrivelser. Der var udarbejdet fire patientforløbsbeskrivelser på afdelingen med henblik på at indføre en fælles standard for gennemførelse af disse procedurer etc., fx hvor hurtigt patienten skal ses af en speciallæge. Forløbsbeskrivelserne blev ligeledes fremhævet som et eksempel på kvalitetsudvikling med et tværfagligt perspektiv.

Ifølge en udviklingssygeplejerske på afdelingen havde kvalitetsarbejdet skiftet karakter, efter at akkreditering er blevet den anvendte metode i kvalitetsudviklingen. Fire-fem år tidligere havde det meste arbejde med kvalitet foregået monofagligt, som fx dokumentation af sygepleje og projekter i sygeplejegruppen: *"Man kigger på patientforløbet på en lidt anden måde, end man har gjort tidligere, og man forsøger i højere grad at sam-*

køre det lægefaglige og de sygeplejefaglige, også i dokumentationsdelen. Man ser på patientjournalen som en samlet journal".

I afsnittets kaffestue hang plancher over opfyldelse af nogle standarder for proceskvalitet – fx hvor mange patienter der fik henholdsvis en kontaktlæge eller en kontaktsygeplejerske, i hvor mange journaler cave-feltet var udfyldt korrekt mv. Der er på denne måde fokus på at fastholde opmærksomheden på kvalitet.

7.2.3 Den formelle personalepolitik

Sygehusets personalepolitik er sammensat af en række elementer omfattende udviklings- og uddannelsespolitik, arbejdsmiljø- og miljøpolitik, graviditetspolitik, lønpolitik, misbrugspolitik, rekrutteringspolitik, seniorpolitik samt sygdomspolitik. Nogle af disse politikområder er potentielt af betydning for tværfaglighed og kvalitet fx som udviklings- og uddannelsespolitikken, der er bygget op omkring nogle hensigter. Hensigterne omhandler bl.a., at hospitalet skal skabe arbejdspladser med udvikling og trivsel for alle ansatte, at hospitalet tager ansvar for at holde alle ansatte fagligt ajour og skabe mulighed for, at den enkelte kan opsøge og tilegne sig nye kompetencer, samt at hospitalet vil arbejde for, at alle ansatte føler sig værdsatte for deres menneskelige og faglige indsats og kvalifikationer. Disse hensigter skal opfyldes gennem udbud af kurser etc., men der nævnes imidlertid intet konkret om, at disse kurser rammer ind i en strategi, der skal udvikle tværfaglighed og kvalitet, idet beskrivelsen er meget generel.

Arbejdsmiljøpolitikken er tilsvarende generel i sine formuleringer om målsætninger, ansvar og opgaver på feltet. Hensigterne på dette felt inden for personalepolitikken er gennemgående rettet mod organiseringen og administrationen af arbejdet med miljø og arbejdsmiljø og er ikke konkret med hensyn til aktive felter, hvor arbejdsmiljøet kunne højnes, som fx gennem tværfaglighed i arbejdet med kvalitet.

Rekrutteringspolitikken tager afsæt i, at hospitalet i fremtiden skal konkurrere om arbejdskraften med såvel offentlige som private arbejdspladser. Rekrutteringen bliver derfor central og skal bl.a. tage højde for at medvirke til åbenhed om normer og krav til personalets adfærd, etik og professionelt ydre, samt at der er åbenhed om indholdet af den konkrete stilling, herunder stillings- eller funktionsbeskrivelse.

Samlet har personalepolitikken en meget generel karakter, der peger på, at der med formuleringen af hensigter og retningslinjer skal udstikkes en række minimumskrav for forholdet mellem ledere og medarbejdere indbyrdes og internt. Personalepolitikken udstikker dermed nok nogle rammer for udviklingen af tværfaglighed i bl.a. arbejdet med kvalitet, men samtidig er rammerne beskrevet så bredt, at der ikke kan siges at være tale om egentlige retningslinjer eller hensigter med tværfaglighed. Dette overlades til udformningen af konkrete ledelsesmæssige initiativer på afdelings- eller afsnitsniveau.

Opfattelserne af personalepolitikken

Gennem udsagnene fra ledere, læger og sygeplejersker blev der peget på, at personalepolitikken ikke stod i centrum af den indsats, der var forbundet med udvikling af tværfaglighed og kvalitet. Personalepolitikken blev primært omtalt som et værdigrundlag eller generelle hensigtserklæringer på en række felter, der primært havde at gøre med relationerne mellem ledere og medarbejdere. Der hvor personalepolitikken havde størst gennemslag hos de interviewede ledere og medarbejdere, var i forbindelse med medarbejderudviklingssamtaler, kompetenceudvikling gennem efteruddannelse mv.

Ingen af de interviewede så personalepolitikken som integreret i de initiativer, der havde haft et direkte og eksplicit tværfagligt indhold. Der var i højere grad tale om, at nogle initiativer indirekte kunne ses som relevante for personalepolitikens hensigter. Dette skete fx når et initiativ, der havde baggrund i ønsket om udvikling af kvalitet og samarbejde, kunne være relateret til kommunikation og koordinering og ad denne vej medførte ændringer i samarbejdet mellem ledelse og medarbejdere eller mellem faggrupper. Et konkret eksempel på dette var afholdelsen af temadage.

7.2.4 Det tværfaglige element

Den ledende overlæge i afsnittets teamledelse prioriterer at følge med i afsnittets udvikling, personale etc. gennem så vidt muligt at deltage i afdelingsmøder på afsnittet samt fx at afsætte tid til at drikke formiddagskaffe med plejepersonalet. Det er ikke alle afdelingens speciallæger, der prioriterer muligheden for at indgå i en tættere og mere kontinuerlig kontakt til plejegrupperne ud over kontakten til hver plejegruppe i forbindelse med stuegangen, men den ledende overlæge betragter det som en del af sit arbejde at indgå i et fælles lederskab i forhold til sengeafsnittet sammen med afdelingssygeplejersken.

Overlægen deltager herudover i en ugentlig ledelseskonference med afdelingsledelserne og centerledelsen med henblik på koordinering, information, dialog om afdelingernes udvikling mv.

Andre ledelsesmæssige initiativer har ligeledes relevans for forholdet mellem ledelse og medarbejdere i feltet mellem ledelse og personalepolitik. Nogle eksempler på dette gennemgås nedenfor med henblik på at tydeliggøre og beskrive den fælles flade mellem de to organisatoriske forhold.

Introduktion af nyt personale

For både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter gennemføres der introduktion¹¹, ligesom der afholdes samtaler efter en måned (med den assisterende afdelingssygeplejerske og kontaktpersonen), efter to måneder (med afdelingssygeplejersken og den assisterende afdelingssygeplejerske) og efter tre måneder (med den assisterende afdelingssygeplejerske).

De yngre læger deltager i den generelle sygehusbaserede introduktion af alt nyt personale, men der indgår ikke besøg på afdelingen eller hos afdelingssygeplejersken i introduktionen. Dette gælder for alle nyansatte yngre læger, der skal i turnus eller introduktion mv. Afdelingssygeplejersken opfatter imidlertid, at lægerne ikke er klar til at indgå i arbejdet og samarbejdet på afdelingen, når de starter. Dette gælder særligt forholdene omkring stuegang, hvor de yngre læger dels ikke er indført i de lokale rutiner for stuegangen, herunder ordinationer, samarbejde etc., dels ikke er tilstrækkeligt fagligt velfunderede og dermed trækker veksler på plejepersonalet og generelt forsinker stuegangen.

¹¹ For sygeplejerskernes vedkommende er der lagt et introduktionsprogram, hvor man den første måned følges med en kontaktperson og er delvis uden for normering. For social- og sundhedsassistenterne varer introduktionsperioden mellem et par uger og nogle måneder afhængig af den enkelte persons kompetencer. Den første måned indgår man stort set ikke i den almindelige normering.

Rekruttering

Afdelingen havde mange speciallæger. I foråret 2007 blev der ansat tre overlæger inden for kort tid. Den tætte speciallægedækning gav gode muligheder for at overholde det generelle krav om, at patienterne skal tilses af en speciallæge inden for de første 24 timer af indlæggelsen. Afdelingen har ikke problemer med at rekruttere speciallæger, formentlig i kraft af afdelingens geografiske placering samt uddannelses- og forskningsmuligheder.

Omvendt var det sværere at rekruttere til plejegruppen. Oversygeplejersken beskrev, hvordan man med kurser forsøger at fastholde medarbejderne, men ofte forlader de afdelingen efter at have modtaget efteruddannelse/kurser. En udviklingssygeplejerske mente, at det ville have en positiv effekt på rekrutteringen af sygeplejersker, hvis afdelingen etablerede det som afdelingspolitik kun at ansætte sygeplejersker. Afdelingssygeplejersken mente til gengæld, at det var mere realistisk at foretage en målrettet rekruttering og uddannelse i social- og sundhedsassistent-gruppen. Herudover forsøger afdelingen at headhunte nogle af de sygeplejestuderende, der falder godt til i afdelingen. Dette foregår bl.a. ved, at de studerende får mulighed for at gennemføre deres bacheloropgave på afdelingen på gode vilkår.

Sygefravær

Sygefraværet var af skiftende størrelse på afdelingen, men oplevelsen af fraværet fik ekstra plads på grund af de ubesatte stillinger. Dette så nogle af medarbejderne som et element, der medvirkende til en situation på afsnittet med stigende stress og dermed endnu mere fravær og problemer med at fastholde personalet. En videre følgevirkning var ifølge nogle af medarbejderne i plejegruppen, at der foregik en glidning i arbejdstilrettelæggelsen i retning af, at de 'dygtige og selvorganiserede' blev pålagt yderligere opgaver for at dække over manglerne.

I forhold til denne problemstilling havde afdelingssygeplejersken indført en praksis med at tage medarbejdere med sygefravær ind til en samtale, ikke mindst for at give pågældende mulighed for at fortælle om baggrunden og for at give afdelingssygeplejersken en viden, der kunne bruges til at handle aktivt i forhold til årsagerne til fraværet.

Hvert afsnit har afholdt dialogmøder for ledere og medarbejderne, som bl.a. omhandlede omfanget af sygefraværet. Dette 'nærværsprojekt' fokuserede på faktorer af betydning for nærværet på afsnittet og havde fokus på fastholdelse af medarbejdere og nedbringelse af sygefraværet. I den sammenhæng blev der arbejdet med stressfremkaldende faktorer, som fx kunne bestå i den interne tone og kommunikation, eller med styrkelse af introduktionen af nyansatte.

Temadage

Samarbejdet mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter havde været emner for nogle temadage for faggrupperne hver for sig, hvor fokus var rettet mod de arbejdsopgaver, de to grupper varetog. Dette initiativ søgte at definere arbejdsdelingen mellem grupperne, herunder hvor selvstændigt social- og sundhedsassistenterne kunne udføre bestemte procedurer, samt hvem der har ansvaret for plejen. Resultatet af temadagene var bl.a., at sygeplejerskerne ønskede social- og sundhedsassistenterne indført

mere i medicinadministration og stuegangsfunktion, men at en del af social- og sundhedsassistenterne ikke var interesseret i dette i det forventede omfang.

Disse modsatrettede udmeldinger blev yderligere tydeliggjort af, at der i foråret 2007 blev givet mulighed for, at social- og sundhedsassistenterne kunne varetage stuegangen ved patienter i stabile forløb. Nogle af social- og sundhedsassistenterne følte imidlertid sig ikke kompetente fagligt set til at varetage denne opgave, og selv om sygeplejerskerne efter eget udsagn var parate til at oplære assistenterne, var det indtrykket, at der var tale om en midlertidigt fastlåst situation.

Alle assistenter blev videre tilbudt at deltage i et medicinkursus, så social- og sundhedsassistenterne også kunne deltage i opgaver med dosering og administration af medicin. I praksis har det dog ikke været muligt for assistenterne at følge kurset på grund af afdelingens mangel på plejepersonale og den medfølgende stramme arbejdstilrettelæggelse.

Temadage og interne kurser

Det var reglen på afdelingen og afsnittet, at der blev afholdt et par tværfaglige temadage hvert år, typisk med faglige temaer såsom ernæring, medicinering etc.

Sideløbende blev der udbudt en række interne kurser på afdeling og sygehus, som primært havde fokus på kompetenceudvikling. Kurserne havde primært et individuelt kompetenceudviklende perspektiv i forhold til udvikling af fagligheden. Kurserne var forbundet til kursusedtagerens karriere i sygehusvæsenet og var i et vist omfang relateret til bl.a. det tværfaglige samarbejde.

Disse kurser havde et personalepolitisk element, idet de kan ses som et initiativ til fastholdelse af arbejdskraften. Den kompetenceudvikling, som både temadage og kurser indeholdt, kan også ses som personalepolitisk relateret, da øgede kompetencer alt andet lige klæder den enkelte medarbejder bedre på til at arbejde tværfagligt. Det står imidlertid tilbage, at sigtet ikke har været personalepolitisk, men orienteret mod kvalitet som baggrund for ønsket om tværfaglige kompetencer.

Medarbejderudviklingssamtaler

Ifølge afdelingssygeplejersken anvendes personalepolitikken i det omfang, der er behov for den, hvilket oftest vil sige i situationer med spændinger eller konflikt. Medarbejderudviklingssamtalerne er til gengæld blevet indarbejdet som et fast element, som alle er interesseret i. De regelmæssige samtaler giver lederen en mulighed for at komme tættere på den enkelte medarbejder og giver til gengæld denne mulighed for at få ledelsens opmærksomhed i et fastsat tidsrum. Medarbejderudviklingssamtalen kan få en mere vidtgående funktion i forhold til samarbejde og tværfagligt samarbejde, når der er opstået et problem. Dette gælder også andre personalepolitiske elementer som information, rekruttering etc.

Afdelingssygeplejersken mente dog, at værdigrundlaget for afsnittet – og for medicinsk center som sådan – var godt. Værdigrundlaget indgik i ledelsesgrundlaget og var på denne måde forbundet til personalepolitikken.

7.2.5 Personalepolitik og arbejdet med kvalitet

Der var taget ledelsesmæssige initiativer med et tværfagligt indhold, når der havde været konkrete samarbejdsproblemer, tydeligst i forbindelse med samarbejdet mellem

sygeplejersker og sygehjælpere. Disse initiativer kunne ses som forbundet med en personalepolitisk relevans. Til gengæld var andre initiativer, der var relateret til tværfaglighed, primært forbundet med ønsket om forbedret kvalitet, herunder udviklingen af strukturerne omkring samarbejdet mellem læger og sygeplejersker om stuegangen.

Kun i afgrænsede tilfælde var der tale om, at de interviewede ledere og medarbejdere relaterede personalepolitik direkte til initiativer, der havde haft et tværfagligt indhold. Der var i højere grad tale om, at initiativer, der havde baggrund i ønsket om udvikling af kvalitet og samarbejde forstået som kommunikation og koordinering, på denne baggrund indirekte fik et personalepolitisk indhold. Et eksempel på dette var afholdelsen af de faglige temadage.

Behov for personalepolitisk indsats

I gennemgangen af de organisatoriske forhold på afdelingen viste der sig mulighed for at kombinere de ledelsesmæssige opgaver med en personalepolitisk indsats. Dette kan bl.a. omhandle:

- ◆ Der peges på en begrænset introduktion til afsnittet for de nyansatte læger, og dette går ud over samarbejdet til plejegruppen. Dette forhold kalder på et lokalt personalepolitisk initiativ i retning af at styrke introduktionen af lægerne, hvilket både kan ses som en interesse for de yngre læger og for afdelingen.
- ◆ Den trængte rekrutteringssituation på plejesiden havde medført en udvikling af personalepolitiske initiativer og en kopiering af metoder fra andre afdelinger. Personalepolitikken gives en rolle, når det kommer til diverse forsøg på at rekruttere plejepersonale, og der kan forventes en øgning på dette felt, hvis rekrutteringssituationen som forventet stammer yderligere til.
- ◆ Der har været taget flere lokale personalepolitiske initiativer i forhold til sygefraværet – ét som har været knyttet til den lokale plejeleder og ét med et bredere trivselsmæssigt perspektiv. Der blev peget på dette som en stor personalepolitisk opgave fremover med henblik på at gøre det attraktivt og mindre stressende at indgå i plejegruppen på afsnittet.
- ◆ Involveringen af social- og sundhedsassistenterne i en del af de sygeplejefaglige opgaver vedrørende stuegang og medicin håndtering udgør en ledelsesmæssig udfordring og kan indgå som målsætning i det personalepolitiske arbejde. Etablering af det rette kompetenceniveau blandt social- og sundhedsassistenterne sammenkoblet med forbedring af arbejdsklimaet kan udgøre en personalepolitisk udfordring på afsnittet.
- ◆ Ses der på udsagnene om tværfaglighed i kvalitetsudviklingen, syntes der at være et stort behov for en aktiv personalepolitisk indsats. Mange af udsagnene handlede om grundlæggende forskelle i synet på egen og andre faggruppers rolle i forbindelse med kvalitetsudvikling, fx formuleret i rolle og opgaver i forbindelse med udvikling af sammenhængende patientforløb. Selv om det ikke blev foreslået, at der skulle opnås enighed om indholdet af kvalitet og patientforløb, var der et stort behov for gennemførelse af en dialog om disse forhold, som kan placere faggrupperne i et mere konstruktivt og koncentreret samarbejde om kvalitetsudvikling, inkl. akkreditering og patientsikkerhed.

Et andet og beslægtet forhold bestod i placeringen af de ledende lægers rolle og behov for større gennemslagskraft over for deres kollegaer, hvor de ledende læger får større ledelsesmæssige muligheder for at samle deres kollegaer i en fælles indsats fx omkring kvalitetsudviklingen. Igen ses der et behov for en udviklet personalepolitik til at bakke den ledelsesmæssige indsats op. Det var det typiske udsagn fra særligt sygeplejersker, at de ledende læger på både afdeling og afsnit havde en god indsigt i nødvendigheden af at styrke den tværfaglige indsats i kvalitetsarbejdet, men at de ikke havde tilstrækkelige midler til at få deres kollegaer med i denne fælles indsats.

Det var karakteristisk, at der samtidig var udsagn, der pegede på, at når lægerne først var placeret i et konkret udviklingsarbejde, så var muligheden for tværfaglig udvikling langt bedre – det var væsentligt at gøre kvalitetsudviklingen tydelig som drivkraft i det fælles udviklingsarbejde med konkrete kliniske formål.

Kompetenceudvikling og karriere

De kompetenceudviklende kurser, som også er målrettet afsnittets personale, har udgangspunkt i ønsket om at styrke kvaliteten af indsatsen, men er samtidig tiltænkt en rolle i forbindelse med rekruttering og fastholdelse af kvalificeret arbejdskraft.

Samtidig efterlyste nogle medarbejdere ledelsesmæssige initiativer, som kunne styrke den fælles ansvarsfølelse, som ligger bag udviklingen af en tværfaglig kultur i arbejdet med kvalitet. Dette skal lede videre end til et værdigrundlag og lignende, men skal inkludere konkrete øvelser i at fungere i en fælles social arbejdssammenhæng. Der var dog samtidig gode erfaringer med udvikling af de nye medarbejders ansvarsfølelse gennem den socialisering, som foregår løbende gennem påvirkningen fra de erfarne sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

Den formelle personalepolitik har som beskrevet en meget generel karakter, der peger på, at der med formuleringen af hensigter og retningslinjer udstikkes en række minimumskrav for forholdet mellem ledere og medarbejdere indbyrdes og internt. Personalepolitikken udstikker dermed nok nogle rammer for udviklingen af tværfaglighed i bl.a. arbejdet med kvalitet, men samtidig er rammerne beskrevet så bredt, at der ikke kan siges at være tale om egentlige retningslinjer eller hensigter med tværfaglighed. Dette overlades til udformningen af evt. konkrete personalepolitiske initiativer på afdelings- eller afsnitsniveau.

Den kursusaktivitet, der var blevet igangsat på sygehusniveau, udgjorde et stærkt personalepolitisk element, idet kurserne kan ses som et initiativ til fastholdelse af arbejdskraften. Den kompetenceudvikling, som både temadage og kurser indeholdt, kan også ses som personalepolitisk relateret, da øgede kompetencer alt andet lige klæder den enkelte medarbejder bedre på til at arbejde tværfagligt. Det står imidlertid tilbage, at selv om sigtet har været personalepolitisk, har indholdet af kurser og målretningen af denne indsats kun i indirekte grad været orienteret mod kvalitet som baggrund for ønsket om tværfaglige kompetencer.

Endelig har en række af de initiativer, der er taget fra ledelsesside, en personalepolitisk tilknytning, da initiativerne potentielt medvirker til udvikling af de tværfaglige relationer og videre til udvikling af kvaliteten af den faglige indsats. Dette ses fx i forbindelse med sygefravær, rekruttering og introduktion af nyansatte læger. Der er et bredt spektrum af aktiviteter, som er rettet imod afhjælpning af de problemer, der eksisterede på afsnittet, og den afdeling afsnittet er placeret på.

7.3 Afsnit C

Afsnit C er et delvis specialiseret afsnit med behandling af patienter fra flere medicinske specialer. Afsnittet indgår i en afdeling på et mindre sygehus i Jylland. Hospitalet indgår videre som en af flere matrikler i et administrativt sammenlagt sygehus med fælles sygehusledelse. Afdelingen, som afsnittet indgår i, er også delt op på flere matrikler med en fælles afdelingsledelse. Afsnit C, som indgår i undersøgelsen, blev ledet af en afdelingssygeplejerske med støtte fra en souschef.

Afsnit C havde 23 sengepladser inddelt i tre grupper fordelt på to specialer og en gruppe af blandede medicinske patienter. Afsnittets sengestuer havde 3-4 senge, hver suppleret med en enkelt enestue. Herudover var der en modtagelsesstue og 2 stuer til teammøder og behovsstuegang mm. Afsnittet rådede ligeledes over faciliteter til gennemførelse af særlige undersøgelser, undervisning, dokumentation mv., et medicindepot med elektronisk medicindoseringsmodul samt et lille IV-rum.

Som en lang række af de øvrige mindre sygehuse i provinsen havde også denne afdeling problemer med at rekruttere læger. Lægegruppen havde 'timeglasstruktur', idet den bestod af en gruppe unge læger/medicinstuderende, en gruppe af erfarne speciallæger med høj anciennitet, men ingen eller meget få 1. reservelæger og yngre speciallæger. På plejesiden var afsnittet domineret af erfarne sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, som for de flestes vedkommende havde en relativ høj anciennitet. Afsnittet havde været præget af usikkerhed vedrørende de sygehusplaner mv., som var affødt af strukturreformen. De efterfølgende forlydender om sygehuslukninger og omstruktureringer havde bl.a. medført, at en række læger havde forladt sygehuset, og dette problem havde også ramt pågældende afsnit. Som på en række af de øvrige sygehuse i landet udgøres en del af personalet af udenlandske læger og sygeplejersker.

7.3.1 Organisering af arbejde og samarbejde (og stuegang)

I plejegruppen på lidt under 30 personer var der en sammensætning mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i størrelsesforholdet 3:1. Udover disse to grupper bestod medarbejdergrupperne af læger, sygeplejestuderende, social- og sundhedsassistentelever og turnuslæger.

Plejegruppen var organiseret i grupper i dagarbejdstiden. Den plejegruppe, der tog sig af patienter under det ene af afsnittets specialer, og plejegruppen der arbejdede med blandede medicinske patienter, bestod som regel af to personer, typisk en sygeplejerske og en assistent. Hver gruppe havde som regel ansvaret for 8-10 patienter. Gruppen, der arbejdede med patienter under det andet af de to specialer, var bedre normeret, og her var der typisk tre sygeplejersker om 5-6 patienter. Hver plejegrupes patienter var lokaliseret til bestemte sengestuer efter, hvilken plejegruppe de var tilknyttet.

Plejegrupperne var hyppigt suppleret med studerende, som bidrog til plejearbejdet afhængig af deres erfaringer. De mere erfarne studerende udgjorde en væsentlig udvidelse af arbejdskraften. Arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter foregik bl.a. således, at det altid var en sygeplejerske, der var gruppeleder og gik stuegang sammen med lægen.

Det helt generelle indtryk af samarbejdet set ud fra observationer og interviews var, at der er positive samarbejdsrelationer i grupperne. Inden for hver plejegruppe var samarbejdet gennemgående åbent mellem sygeplejersker og assistenter, og resultatet af et godt gensidigt kendskab og års samarbejde syntes meget tydelig.

Samarbejdsrelationen til lægerne var forsøgt styrket gennem etablering af en teamstruktur.

Teamfunktion

Fra starten af 2006 blev der etableret teams på afdelingen, som var struktureret, således at hver af plejegrupperne inden for afdelingens tre grupper – bestående af gruppelederen og det øvrige plejepersonale – skulle mødes om morgenen med den læge, der skulle gå stuegang. Disse møder skulle afholdes tre gange om ugen, men kom imidlertid til at foregå med skiftende læger på grund af lægemangel, hvorfor den oprindelige idé om kontinuitet ikke kunne realiseres. Samtidig var der ifølge afdelingssygeplejersken og andre medarbejdere ikke foretaget nogen form for introduktion af team-initiativet, og dette kan have medvirket til, at personalet – særligt det lægelige – ikke tog idéen til sig.

Der blev efterfølgende taget initiativ til relancering af idéen om tværfaglige teams, som skal foregå i foråret 2008. Arbejdsgruppen omfattede administrerende overlæge, oversygeplejerske, alle øvrige overlæger samt afdelingsledelserne med henblik på at få så bred en repræsentation af nøglemedarbejdere som muligt. I den nye teamstruktur skal plejepersonalet i hvert team mødes dagligt med teamets overlæge samt yngre læge kl. 08.30-09.00 – dette også selv om overlægen skulle arbejde på ambulatoriet pågældende dag. Hensigten er at bevare kontinuiteten i teamarbejdet, selv om overlægen ikke har tjeneste på sengeafdelingen. Selv om der er skiftende yngre læger til stede i de tre teams, vil teamets overlæge være det led, som skaber kontinuitet i samarbejdet med plejegruppen. Det er hensigten, at overlægens daglige fremmøde ved morgenens teamkonference vil flytte overlægens rolle over i retning af et øget ledelsesansvar i forhold til teamet.

Relanceringen af idéen vil ske gennem en mere omfattende introduktion med henblik på at opnå en mental forberedelse af alle involverede i den medicinske blok, herunder opnåelse af enighed om teamidéens indhold og formål i medarbejdergrupperne samt introduktion af retningslinjer for teamenes funktion og til de enkelte teammedlemmers opgaver. Som et led i dette var der planer om gennemførelse af teambuilding med ekstern støtte, fx fra en arbejdspsykolog.

Samarbejdet i og mellem teams

Der var grundlæggende positive tolkninger af teamfunktionen i plejegruppen, men det var ikke lykkedes at få teamene til at fungere som tværfaglig organiseringsform, da det ikke havde været muligt at råde over en fast læge til at dække alle patienterne i gruppen. En plejegruppe kunne derfor komme til at gå stuegang med tre forskellige læger. Det var herudover usikkerhed i plejegruppen med hensyn til lægernes indstilling til at deltage i teams.

Afsnittets afdelingssygeplejerske omtalte etableringen af teams og styrkelse af stuegangsfunktionen som det mest fremtrædende eksempel på en ledelsesmæssig indsats for øget tværfaglighed, der kunne forbindes med et personalepolitisk indhold. Hun syntes dog primært, at der havde været tale om et initiativ med et kvalitetsudviklende perspektiv.

Herudover var samarbejdet til lægegruppen præget af, at plejegruppen var erfaren og kompetent. Lægernes ordinationsret var et gennemgående træk i samarbejdet, men blev samtidig udvisket gennem udbredt anvendelse af p.n. ordinationer og sygeplejerskernes selvstændige administration af de mest gængse præparater som paracetamol og nitroglycerin i aften- og nattevagter.

Der syntes imidlertid at have været gnidninger i samarbejdet mellem de forskellige teams i konkrete situationer. Dette havde forbindelse med, at plejegruppen i det ene team var bedre normeret, men trods dette ikke havde ydet hjælp til de øvrige teams, når disse havde et stort arbejdspress. Plejegruppens adfærd blev opfattet som et brud på denne 'sociale kontrakt', hvilket havde ført til de modsætninger og uoverensstemmelser mellem afsnittets teams.

En særlig opgave for samarbejdet: Udenlandsk arbejdskraft

Arbejdet på afdelingen var bl.a. præget af, at der blev anvendt udenlandsk arbejdskraft, herunder østeuropæiske læger og sygeplejersker. Dette stillede særlige krav til samarbejdet, herunder til plejepersonalets formidling af kontakten mellem patienter og læger. Plejeledelsen og personalet havde tilpasset deres indsats med henblik på at gentage og forklare lægernes information over for patienterne samt videreformidle de informationer og spørgsmål, som patienten måtte have til lægen. Observationerne tydede på, at denne opgave blev løst både i forhold til de udenlandske sygeplejersker og læger.

Tværfaglig konference

Der blev afholdt tværfaglige konferencer i hver af de enkelte grupper, fx med deltagelse af læge, sygeplejerske (gruppeleder), ergoterapeut og fysioterapeut. Konferencerne blev afholdt tre gange ugentligt og bestod i gennemgang af patienter og patientforløb. Det var lægen, der styrede konferencen, med spørgsmål og informationer fra de øvrige.

Stuegangen

Stuegangen er blevet udviklet gennem en årrække. Dette er fx sket ved at anvende den subspecialiserede opdeling af afdelingen i teams til at øge kontinuiteten i stuegangsarbejdet. Den faste tilknytning af læger i de tre teams har kun omfattet speciallægerne, mens der er for lav normering og for skiftende vagter til, at de yngre læger kan indgå. Det erfarne plejepersonale på afdelingen indgik i en naturlig, men uautoriseret rolle over for de yngre læger, både gennem faglig sparring ved medicinordinationer samt forslagsstillere i forbindelse med gennemførelse af undersøgelser og behandling. Det kan dreje sig om forslag om, at der tages røntgenbilleder, at der involveres en fysioterapeut etc.

De mange tværfaglige kontakter, der blev observeret – inkl. kontakter på tværs af afdelinger¹² – foregik glidende og rutinemæssigt tilsyneladende nogen større modsætninger ud over den almindelige irritation over egen og andres travlhed.

Stuegangen foregik på forskellige måder. Forberedelsen foregik fx på sygeplejerskekantoret, hvor lægen med mere eller mindre bistand og dialog fra den plejefaglige gruppeleder gennemgik hver patient for derefter at opsøge patienten på sengestuen

¹² Fx vedrørende gennemførelse af ultralydsscanning, rekvirering af laboratorieanalyser eller svar på disse etc.

med eller uden gruppelederens medvirken. En anden form, der blev brugt på afdelingen, var at anvende patienternes dagligstue, hvor patienterne blev hentet hen efter tur. Dette øgede muligheden for en mere personlig stuegang. I begge tilfælde var der et gennearbejdet samspil mellem læge og sygeplejerske. Med den erfarne læge, der gennemførte stuegang på dagligstuen, var gruppelederen primært lægens assistent. Med en uerfaren turnuslæge var sygeplejersken langt mere på banen og tog initiativer i forhold til forslag om undersøgelser, medicinering etc.

Eksempler på samarbejdssituationer

Adgang til IT

Siden 2001 har sygehuset haft en lokal, men velfungerende Elektronisk Patient Journal (EPJ), der anvendes til dokumentation og kommunikation af behandling og pleje. Personalet var generelt tilfreds med systemet og forbandt det med god kvalitet, da en række misforståelser kunne undgås gennem den let læselige information, ligesom data var lette at finde. EPJ var naturligvis underlagt samme problemer med hensyn til opdatering som en papirjournal. Sideløbende blev i øvrigt anvendt en papirjournal, som blev brugt i en række situationer. Dette omfattede fx, når patientens forløb skulle fastholdes over en længere periode i forbindelse med stuegang, når patienten skulle sendes til undersøgelse eller behandling uden for afdelingen og lignende.

Afdelingen anvendte videre et elektronisk lægemiddelkatalog, hvor hver type medicin var identificeret med en kode. Ved at indtaste koden kan man tjekke, om medicinen findes på afdelingen, og hvor den er placeret, fx i medicinrummet eller IV-rummet, eller om den i givet fald findes på en anden afdeling. Der er tale om et lagerstyringssystem.

Den elektroniske patientjournal havde medvirket til, at der ikke længere eksisterede to journalssystemer for henholdsvis læger og sygeplejersker, samt at terapeuters og social- og sundhedsassistenteres notater var inkluderet. Det elektroniske system blev anvendt af alle faggrupper på afdelingen, dvs. læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, terapeuter og sekretærer.

Holdningen til dokumentation

Den administrative byrde i forbindelse med en omfattende dokumentation af afdelingens aktiviteter blev fremhævet som et problem. Afdelingsledelsen pegede på, at sekretærens tid kunne bruges bedre end til at registrere en række data, som ikke kan anvendes fremadrettet; at der synes at være en skæv balance i prioriteringen, når en tredjedel af personalets tid bliver brugt på at dokumentere i stedet for at arbejde patientrelateret, selv om en vis dokumentation er nødvendig, og endelig at 'man skyder gråspurve med kanoner', så selv mindre problemer bliver genstand for et omfattende administrativt krav om dokumentation. Afdelingsledelsen syntes, at ressourcerne kunne bruges bedre¹³. Idéen om faglig kvalitet bliver i denne sammenhæng forbundet med et

¹³ Eksempel: Kontaktperson: "Nogle patienter har behov for en kontaktperson, og det ved man godt, når man står i afdelingen. Men der er andre, der kommer ind, som måske bare skal ind og have lavet et eller andet, som ikke har behov for en kontaktperson, men de skal så også have en. Hvorfor er det lige, at de skal have det?". Og videre: "Det bliver så det helt store issue, det er så, hvordan får vi det dokumenteret, og hvordan får man fra central hånd talt op, om det er dokumenteret? Altså kontrol, kontrol, kontrol! Vi mener altså sådan set stadigvæk, at vi kan være meget stolte af den organisation, vi har bygget op efterhånden".

dokumentationsbehov, som i ledelsens øjne får karakter af unødvendigt eller overdrevent bureaukrati.

7.3.2 Arbejdet med kvalitet på afdelingen

DGMA

Denne afdeling havde, som de øvrige afdelinger i undersøgelsen, opnået gode scoringer i overholdelsen af de kvalitetsstandarder, som DGMA opstillede. Blandt ledere og medarbejdere på afdelingen var der kendskab til deltagelsen i DGMA, men der var forskellige opfattelser af og erfaringer med, om DGMA havde sat sig spor på afdelingen, herunder om deltagelsen i DGMA havde haft direkte indflydelse på arbejdet med kvalitet.

Der blev peget på, at afholdelse af tværfaglige konferencer i den ene af de specialiserede grupper var en følge af tilbagemeldingen fra DGMA's fjerde tværsnitsundersøgelse. Resultaterne havde medvirket til at flytte fokus over på nogle uhensigtsmæssige arbejdsgange, fx vedrørende det ambulante forløb. Afdelingsledelsen mente samlet, at deltagelse i DGMA var et godt initiativ, der bidrog som *"en god analyse af ens eget kvalitetsarbejde, hvor man får sat fokus på nogle bestemte ting ... hvor vi får lært lidt om os selv"*. Der var dog også udsagn fra medarbejdere, som pegede på, at deltagelsen i DGMA ikke havde medført konkrete ændringer i praksis eller til etablering af udviklingsprojekter. Blandt de erfarne medlemmer af plejegruppen blev der givet udtryk for, at DGMA nok havde bidraget med information, men det var ikke opfattelsen, at der var foregået nogen udbredt anvendelse af DGMA's resultater i afdelingens udvikling.

Andre aktiviteter på kvalitetsområdet

Afdelingsledelsen pegede både på den generelle indsats for udvikling af kvaliteten, som bl.a. bestod i subspecialisering inden for faggrupperne og i en systematisk indarbejdelse af den viden, som kunne hentes af medarbejderne på konferencer, i faglitteraturen etc. Men herudover indgik afdelingen i projekter vedrørende fx 'rationelt lægemiddelforbrug' og deltog i diverse udviklingsprojekter, fx vedrørende rehabilitering, samt DGMA. Endelig blev de standarder, der er udviklet under Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) for behandling af kritiske tilstande inden for de to specialer, der var repræsenteret i teams på afsnittet, nævnt som væsentlige i forhold til at påpege muligheder for at give afdelingen et kvalitetsløft. Deltagelsen i NIP blev angivet som baggrund for etablering af den ene af de specialiserede grupper på afsnittet, som senere har fået status af mere permanent enhed.

Den Gode Medicinske afdeling og Det Nationale Indikatorprojekt blev nævnt i sammenhæng af afdelingsledelsen som et grundlag og en mulighed for at måle sig op imod et fastsat niveau, tage en dialog med de involverede medarbejdere og udarbejde fælles instrukser på dette grundlag. Der blev peget på information af patienterne som et felt, der havde været genstand for forbedringer.

Ud over dette pegede afdelingsledelsen på, at der var taget en række initiativer til udvikling af kvaliteten på et tværfagligt grundlag, uden at disse var formaliserede som egentlige projekter. Herunder hørte anvendelse af referenceprogrammer til revision og opdatering af de kliniske procedurer mv.

Tværfaglig undervisning

Der blev gennemført undervisning internt på afdelingen. En af overlægerne underviste plejepersonalet i avanceret akutbehandling med deltagelse af både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Dette eksempel peger på, at de tværfaglige aktiviteter oftest havde klinisk relevans og i denne forstand var knyttet til arbejdet med kvalitet. Den tværfaglige udvikling blev på denne måde oftest drevet af et ønske om udvikling af den kliniske kvalitet, og kvalitet var i denne forstand langt mere synlig for medarbejderne – og lederne – end personalepolitikken. De personalepolitiske initiativer havde i dette perspektiv primært funktion som støttefunktion eller faciliterende led bag arbejdet med kvalitetsudvikling.

Tværfaglig dialog om kvalitet

Afdelingsledelsen pegede på, at den formaliserede dialog om udvikling og kvalitet på tværs af fag primært blev ført på ledelsesniveau. I dette forum mødes afdelingsledelsen med afdelingssygeplejersker, souschefer, alle afdelingslæger og overlæger. Her diskuteres problemer, hvad der skal gøres ved dem, særligt hvis der er nogle kvalitetsbrist. Løsningen kan enten komme i disse fora, eller der kan nedsættes en arbejdsgruppe, som analyserer problemet og kommer med forslag til løsninger. Disse initiativer udspringer derfor primært af den planlagte mødeaktivitet på ledelses- og mellemlidelsesniveau.

7.3.3 Den formelle personalepolitik

Den aktuelle personalepolitik for afsnittet blev udgjort af den personalepolitiske ramme, der omfattede hele sygehuset, dvs. på tværs af matrikler. Denne var udarbejdet i 2005.

Personalepolitikken havde gennemgående en generel karakter, idet den var koncentreret om hensigter på en række personalerelaterede områder. Politikken tog udgangspunkt i en overordnet målsætning, en mission og vision samt et værdigrundlag. I dette grundlag pointeredes det i første række, at sygehuset skulle levere den relevante behandling, skulle fremstå som en samlet helhed og skulle være patienters og medarbejderes foretrukne valg af henholdsvis behandlings- og arbejdssted. Grundlaget for samarbejdet inden for og mellem sygehusets afdelinger og medarbejdergrupper var forsynet med en række værdier samlet i ordene: kompetence, respekt, tillid, samarbejde, venlighed, tryghed, ansvarlighed, omsorg, åbenhed, loyalitet, høflighed og samhørighed.

På denne baggrund blev der beskrevet en personalepolitik, som omfattede områderne: Rekruttering og fastholdelse, Fastholdelse, Lønpolitik, Kompetence og udvikling, Rummelighed, Graviditetspolitik, Seniorpolitik, Sygdom og fravær, Arbejdsmiljø og sundhed, Forflytningspolitik, Kost og fysisk aktivitet, Psykisk arbejdsmiljø, Røgpolitik, Rusmiddelpolitik, Håndtering af vold på arbejdspladsen, Udbud og omstilling samt 'Øvrige bestemmelser'.

For alle disse områder beskrives generelle hensigter, som dog ikke udmøntes i konkrete handlingsanvisninger. På denne led fremstår personalepolitikken som et udvidet værdigrundlag, der beskæftiger sig med regler for, hvordan ledere og medarbejdere skal behandle hinanden. Som et eksempel indeholder afsnittet om rekruttering og fastholdelse et formål vedrørende, at afdelingen har et godt arbejdsmiljø, at afdelingerne har et godt image, at det skal være en positiv oplevelse at søge en stilling ved sygehu-

set etc. samt nogle retningslinjer vedrørende præcisering af stillingens indhold, udformningen af stillingsopslaget, gennemførelse af ansættelsessamtalen mv.

Et andet relevant eksempel vedrører kompetence og udvikling, der forbindes med målsætninger om, at arbejdspladsen sørger for muligheder for uddannelse og udvikling, at læring står centralt, at medarbejdersamtalerne anvendes til at afklare kompetencer og ønsker for uddannelse etc. Retningslinjerne på dette felt omfatter ledelsens ansvar for at tilbyde jobudvikling og uddannelse, medarbejderens ansvar for at gribe mulighederne for udvikling, en præcisering af de forskellige muligheder for kompetenceudvikling samt retningslinjer for medarbejdersamtaler og orlov (i forbindelse med efteruddannelse).

Det tværfaglige element

Set på denne baggrund er personalepolitikken beskrevet i generelle termer som en påpejning af en række forhold, der skal tages hensyn til i samspillet mellem ledelse og medarbejdere. Der indgår ikke retningslinjer, der berører tværfaglighed og kvalitet direkte, men en række af temaerne vil naturligvis have indirekte relationer hertil gennem forsøgene på at sætte rammer for et positivt indhold i de indbyrdes relationer på arbejdspladsen og rammer for udvikling og efteruddannelse. Gennemgående kan det dog siges, at den skriftlige og vedtagne personalepolitik ikke indeholder direkte hensigter eller målsætninger vedrørende tværfaglighed og kvalitet.

7.3.4 Ledelse og personalepolitisk praksis

Når ledere og medarbejdere blev adspurgt, om hvilke personalepolitiske elementer der havde betydning og indflydelse på arbejdet i afdelingen, blev der primært peget på etableringen af medarbejderudviklingssamtalen som en mulighed for at styrke dialogen mellem ledelse og medarbejdere.

De øvrige personalepolitiske elementer blev betegnet som generelle og kun til stede i afdelingen, hvis der var opstået et problem i forbindelse med dårlig kommunikation, mobning, mangelfuld information, uenighed om mulighederne videreuddannelse. Hvis der blev iværksat en indsats inden for disse dele af personalepolitikken, blev dog ikke forbundet med tværfaglighed eller mangel på samme. Nogle ledelsesmæssige initiativer kunne dog forbindes med et praktisk personalepolitisk indhold.

Introduktion af yngre læger

Når yngre læger starter i turnus eller anden stilling, er mellem én og to timer af deres introduktion afsat til introduktion på sengeafdelingen foretaget af afdelingssygeplejersken. Dette omfatter generel information om afdelingen, dens patienter og faciliteter, men også om de skrevne og uskrevne regler, der skal følges. Indholdet af denne del af introduktionen er clearret med overlægen med henblik på at gøre det til en fælles besked om forholdene.

Et af de væsentlige forhold omhandler lægens pligt til at melde patienten inden overflytning fra modtagelse til sengeafdeling. De yngre læger kan glemme dette, fordi patienten evt. skal gennemgå undersøgelser undervejs og inden overflytningen, som fx røntgen.

Introduktionen omhandler videre en række andre procedurer, som er gældende på afdelingen, og som det er væsentligt, at de yngre læger lærer og følger. Endelig om-

handler introduktionen en række sociale forhold, som fx kan vedrøre weekendvagterne, hvor plejepersonalet inviterer forvagten til at deltage i fælles spisning. Dette sker dels for at øge det gensidige kendskab til hinanden, dels for at benytte lejligheden til at udveksle faglige oplysninger om patienterne, og endelig for at få den yngre læge inddraget i et fællesskab i stedet for at være 'ene mand/kvinde på posten'.

Mobning og 'Nyhedsbogen'

I en enkelt sag, der tangerede mobning, reagerede afdelingssygeplejersken ved at bruge plejegruppens interne mappe – Nyhedsbogen – som kommunikationsmiddel. Mappen indeholder i forvejen en række meddelelser til plejegruppen af vidt forskellig art, herunder kursusopslag, takskrivelser fra kollegaer, der har fået en gave ved barndåb etc. Afdelingssygeplejersken beskrev forløbet for at fjerne det største problem, nemlig uvidenheden i plejegruppen om deres kollegas sygdom og situation. Afdelingssygeplejersken opfordrede videre til generelt at være åbne og tale direkte, når der var utilfredshed i stedet for at lade myter spredes.

Arbejds miljø

Der har været gennemført en Arbejdspladsvurdering i november 2006, som pegede på stressproblemer i plejegruppen. Afdelingssygeplejersken havde anvendt en arbejdspsykolog fra regionen som nøgleperson i indsatsen for at afhjælpe problemerne. Denne indsats har dog udelukkende været rettet mod plejegruppen.

Efteruddannelse

Afdelingsledelsen pegede på, at der ikke var afsat tilstrækkelige midler til efteruddannelse af personalet, og at dette omfattede samtlige faggrupper. I nogle faggrupper blev efteruddannelsen i stedet præget af private sponsorer, der som oftest var medicinalfirmaer. Uanset den faglige kvalitet af disse tilbud var det vanskeligt for ledelsen at gennemføre en sammenhængende strategi for efteruddannelse på afdelingen i overensstemmelse med den personalepolitiske satsning.

På tværs af sygehuset

Som led i den administrative sammenlægning af sygehusenes forskellige matrikler blev det forsøgt at etablere et større fællesskab og en fælles kultur mellem de medicinske afdelinger. Dette foregik gennem afholdelse af fælles møder mm., men ifølge afdelingsledelsen måtte man give op, da det ikke lod sig gøre at fastholde fælles kulturelle samlingspunkter mellem to enheder på ca. 40 km's afstand: *"Det har vi jo brugt en hel del tid på i forbindelse med fusionen. Sygehusledelsen har været meget involveret med seminarer, hvor vi prøver at tage væk alle sammen og koncentrere os om et eller andet – kvalitetssikring har været et væsentligt punkt her".* Og videre: *"Det har ikke været nemt, og jeg tror ikke, at det kan lade sig gøre, hvis man ikke samler folk under ét tag og så siger, at nu blander man kortene, og så tager vi det bedste fra hvert hus og bruger det som udgangspunkt".*

Usikker situation

Afdelingens daværende usikre situation vedrørende en evt. lukning blev også koblet sammen med personalepolitiske elementer som rekruttering og fastholdelse: *"Det er slemt nok i sig selv, det giver os det her store problem med rekrutteringen, men det giver også en flugt fra afdelingen, så vi taler ikke bare om rekruttering, men også om fastholdelse, så både sygeplejerskerne – i mindre omfang sygeplejerskerne – specielt speciallægerne, er lige så stille begyndt at sive ud, og det vil sige, at i den tid, vi har fra nu af, og til den dag hvor vi har den endelige løsning, så får vi stigende problemer".* Ledelsen så på dette som en konsekvens af forhold, det var vanskeligt at styre lokalt: *"Vi har ikke indflydelsen på en lang række af de begivenheder, som betyder meget i vores hverdag, og det er ikke noget, vi kan rette op på".*

7.3.5 Personalepolitik og arbejdet med kvalitet

Som det er fremgået, omtaler den skriftlige personalepolitik ikke tværfagligt samarbejde specifikt, ligesom kvalitet ikke indgår som et element. Der kan dog identificeres en række elementer i andre initiativer, typisk vedrørende kvalitet, og endelig har der i nogle sammenhænge været indarbejdet personalepolitiske elementer i konkrete ledelsesinitiativer.

Teams

Med hensyn til teamarbejdet blev etableringen af teams meddelt som en ledelsesbeslutning. Ifølge ledere og medarbejderne var der ingen dialog, debat eller nogen form for medarbejderindflydelse, som fx kunne have været udformet som temadag, fællesmøde eller anden form for formaliseret kommunikation eller introduktion.

Etableringen af teamstrukturen kan tolkes som en formalisering af nogle organisatoriske forhold, der allerede eksisterede. Der var etableret plejegrupper, ligesom der foregik en tiltagende specialisering mellem de medicinske speciallæger på afdelingen. Etableringen af teams kan derfor tolkes som et ledelsesmæssigt initiativ, der skulle styrke og støtte denne specialisering samt samarbejdet mellem faggrupperne, altså en reaktiv beslutning så at sige.

Selv om teamdannelsen primært udgør et ledelsesmæssigt og kvalitetsforbedrende initiativ, kan teams også betragtes som et initiativ, der har relationer til personalepolitik. Teamdannelsen kan fx forbindes med elementer som kompetenceudvikling og fastholdelse.

Personalepolitikens element af tværfaglig kvalitet

De initiativer, der tages til gennemførelse af temadage og andre tværfaglige aktiviteter, har oftest haft et klinisk perspektiv i forbindelse med udvikling af kvaliteten. Der er eksempler på afholdelse af temadage om palliation etc.

Til gengæld er der ikke eksempler på temadage om fx samarbejde eller teambuilding. Det er som nævnt karakteristisk, at den oprindelige etablering af teams på afdelingen ikke blev ledsaget af dialog- eller temamøder, men alene blev meldt ud som en beslutning. Det er karakteristisk, at tegn på, at de etablerede teams ikke fungerede efter hensigten, ikke førte til, at ledelsen tog initiativer for at få disse teams til at fungere, og at denne type initiativer ikke var indarbejdet i de personalepolitiske aftaler.

Man kunne have forestillet sig en omfattende diskussion af prioriteringen af arbejdet i disse teams, så teams fx ikke var sidste prioritet, men første. Dette kunne ske via en fastere tilknytning af alle læger til teamstrukturen, inkl. reservelægerne.

Til gengæld ville denne yderligere omlægning sandsynligvis kræve en mere intensiv ledelsesindsats med henblik på at overbevise medarbejderne, herunder særligt lægerne, om, at den eller de foreslåede omlægnings vil være en fordel også for det faglige kliniske arbejde.

Opdeling af afdelingen

Den øgede specialisering i plejegruppen mellem funktioner inden hver af afsnittets to definerede specialer forekom primært at være en funktion af ønsket om at forbedre kvaliteten af behandling og pleje. Imidlertid kan specialiseringen af plejearbejdet også sættes i forbindelse med et personalepolitisk perspektiv, hvor der er foregået en kompetenceudvikling blandt plejerspersonalet, som kan have medvirket til at styrke rekrutterings- og fastholdelsesperspektivet. Den medfølgende opdeling af den samlede plejegruppe har dog også medført negative konsekvenser i form af gnidninger i forbindelse med den 'sociale kontrakt' om gensidig bistand mellem plejegrupperne.

Hvis opdelingen af den samlede plejegruppe derfor skal ses som udtryk for en personalepolitik med hensyn til at engagere og fastholde det gode plejepersonale, så har denne politik medvirket til at skabe et nyt problem for den aftalte personalepolitik, da der opstod en modsætning i plejegruppen.

Kvalitetsudvikling

De initiativer, der var taget til kvalitetsudvikling på afdelingen, herunder deltagelse i NIP, deltagelse i DGMA og etablering af udviklingsprojekter mv., havde ledelsesmæssig relevans med videre forbindelse til den aftalte personalepolitik gennem styrkelsen af det tværfaglige perspektiv. De organisatoriske kompetencer, der udvikles gennem kvalitetsinitiativerne, havde potentielt en personalepolitisk effekt i forhold til engagement, rekruttering og fastholdelse. Det synes dog at være gennemgående, at personalepolitikken udvikledes som følge af initiativerne på kvalitetsområdet og ikke omvendt. Personalepolitikken kan ikke ses som et proaktivt element i denne sammenhæng, men primært som et reaktivt og opfølgende element, mens det, der driver udviklingen og engagementet blandt medarbejderne, udgøres af interessen for forbedring af den faglige kvalitet.

7.4 Afsnit D

Afsnit D var et specialiseret medicinsk sengeafsnit, der indgik i en klinik og videre som en del af et medicinsk center på et sygehus i københavnsområdet. Ud over denne klinik omfattede centret også andre klinikker og en akut modtageafdeling. Afsnit D udgjorde det ene af to sengeafsnit i klinikken, som bl.a. også omfattede ambulatorium, dagshospital og sygeplejeambulatorium. Afsnittet blev ledet af en afdelingssygeplejerske, og der var tilknyttet en ledende overlæge til afsnittet som lægelig samarbejdspart til skabelse af kontinuitet i samarbejdet.

Der var ofte overbelægning på afdelingen, og det skyldtes bl.a., at der var indlagt patienter, der ventede på overflytning til henholdsvis operation eller specialundersøgelse. Ventetiden kunne i nogle af tilfældene være op til 2 måneder, men gennemsnitligt lå ventetiderne noget lavere.

Hospitalets bygninger var af ældre dato, hvilket bl.a. viste sig ved, at afsnittet bestod af én relativt smal gang med stuer og kontorer på begge sider. Afsnittet havde 20 sengepladser, de fleste placeret på flersengsstuer, hvoraf de fleste var 4-sengs stuer, men der var dog også både 2-sengsstuer og enestuer. Afsnittet havde utidssvarende badeforhold og meget lidt plads at røre sig på inde på stuerne. Afdelingens kontorer var tilsvarende små.

Afsnittets placering i hovedstadsområdet med status som del af en specialiseret klinik havde medført, at der ikke var problemer med rekruttering på hverken læge- eller sygeplejerskesiden. Det var valgt udelukkende at ansætte sygeplejersker i plejegruppen, hvilket blev begrundet i afsnittets høje specialiseringsgrad. Der var mulighed for at foretage en grundig selektion blandt ansøgere til stillinger i plejegruppen.

Sygeplejekontoret, hvor plejegrupperne havde deres 'base' og sygeplejeseekretæren sin arbejdsplads, var centrum for sygeplejegruppernes møder, forberedelse af stuegang sammen med lægerne og generelt for kommunikation og koordinering. Kontoret rummede 'den hvide tavle' med oversigt over de indlagte patienter.

Adgang til IT

Afsnittet rådede ikke over Elektronisk Patient Journal (EPJ), men anvendte patientjournal og sygeplejekardex. Til gengæld havde afsnittet Elektronisk Patient Medicinmodul (EPM). EPM blev omtalt meget positivt for sin anvendelighed i forbindelse med ordination og administration; systemet blev opfattet som en vej til at reducere antallet af fejl mv. Systemet er kombineret med anvendelse af PDA (Personal Digital Assistant), der er forbundet trådløst til EPM og udgør en ekstra sikring mod medicineringsfejl¹⁴. Under stuegang benyttes bærbare computere til at rekvirere blodprøvesvar, svar på røntgenundersøgelser samt medicinstatus over hospitalets intranet.

Patienterne

Afsnittet modtog primært akutte, ustabile og observationskrævende patienter. Patienterne var gennemgående relativt selvhjulpne, bl.a. fordi mange var yngre og midaldrende personer med medicinske sygdomme. Der var dog også ældre patienter, som kunne have komplekse sygdomsbilleder, herunder patienter med demens. Afdelingen modtog patienter fra andre afdelinger til intensiv overvågning.

7.4.1 Organisering af arbejde og samarbejde

Afsnittet organiserede plejearbejdet i grupper og havde kontaktpersonordning.

¹⁴ De anvendte PDA'er kan aflæse stregkoder og på denne måde sørge for, at den rette side og den rette patient i medicinjournalen korresponderer til stregkoden på den strip, som er anbragt om patientens håndled. På en medbragt bærbar pc kan sygeplejersken sikre, at den medicin, der udleveres, stemmer overens med ordinationen på skærmen. Det er en ekstra sikring mod medicineringsfejl. Man har haft PDA'er i et par år og anvender dem udelukkende i forbindelse med medicinadministrationen.

Plejegrupper

Der var ca. 27 fuldtidsstillinger i plejegruppen på afsnittet, stort set alle sygeplejersker. Afsnittet havde som mål kun at have sygeplejerskeuddannede i plejegruppen, begrundet i at patienterne krævede akut specialiseret behandling og pleje. Plejepersonalet var i dagtiden organiseret i 3 grupper, hvilket blev anset for tilpas i forhold til antallet af patienter (20). Hver gruppe bestod typisk af 2 sygeplejersker suppleret med en erfaren sygeplejerske som gruppeleder, der gik stuegang mv. Grupperne suppleredes med sygeplejestuderende.

Kontaktpersonordning

Afsnittet anvendte et kontaktpersonsystem, så patienterne var klar over, hvem der var deres kontaktlæge og -sygeplejerske og mødte så lidt forskelligt personale som muligt.

Ordningen med kontaktsygeplejerske var søgt styrket yderligere gennem introduktion af tildelt patientpleje som organisatorisk princip i plejen, hvor hver patient blev tilknyttet en sygeplejerske, som varetog alle funktioner og "kom hele vejen rundt". Dette skete dels for at skabe større kontinuitet for patienten, dels for at skabe sammenhængende arbejdsopgaver og større motivation for den enkelte sygeplejerske.

Det tværfaglige samarbejde

Ud over samarbejdet mellem afsnittets plejegruppe og lægerne havde afdelingen fast tilknytning af flere medarbejdere fra andre faggrupper. Afsnittet har fast tilknyttet en fysioterapeut og en diætist, ligesom der er tilknyttet en fast farmakonom.

Afdelingssygeplejersken pegede på gode erfaringer med en fast tilknyttet fysioterapeut: *"Samarbejdet er rigtig rigtig godt". ... "Hun sidder et helt andet sted og er styret et helt andet sted fra. Men derfor synes jeg, det er ret vigtigt at få hende ind i vores personalegruppe, at hun tilbringer ret mange timer her"*. De gode erfaringer med samarbejdet havde motiveret til at søge samarbejdet konsolideret.

Afdelingen havde et fast samarbejde med de bioanalytikere (hospitalslaboranter), der havde ændret praksis vedrørende en specifik test, så de nu udførte testen lokalt på selve afsnittet. Dette havde muliggjort afskaffelse af en besværlig arbejdsgang, som havde bestået i, at bioanalytikerne først indkaldte patienterne på deres eget ambulatorium for efterfølgende at komme ned på afdelingen for at få afdelingens speciallæge til at forholde sig til resultatet af testen. Samarbejdet var blevet tættere gennem denne ændring af proceduren og det øgede gensidige personkendskab.

Afdelingen havde herudover haft tilknyttet en fast farmakonom fra sygehusets apotek fra efteråret 2007, som sørgede for opfyldning af medicin og for skriftlig og anden information, hvis der fx blev skiftet medicin ved substitution. Dette personlige kendskab blev fremhævet som en stor fordel. Ordningen havde bl.a. givet sygeplejerskerne mulighed for at ringe direkte til "deres" farmakonom, når der manglede medicin i dagtiden, som fx kunne fremskaffes fra en anden afdeling.

Der blev ikke afholdt tværfaglig konference ud over den forberedelse af stuegang, som blev gennemført af stuegangslægen og gruppelederen.

Indtryk af den generelle samarbejdspraksis på afdelingen

Set ud fra observationer og interviews var det generelle indtryk, at der var et godt samarbejde og en god stemning blandt personalet, både blandt sygeplejersker internt og mellem læger og sygeplejersker. Dialogen mellem sygeplejersker og læger om faglige aspekter virkede ubesværet og indarbejdet. Herunder spurgte lægerne til sygeplejerskernes vurderinger ud over at spørge til deres observationer. Dette var særlig tilfældet for de yngre læger, som spurgte flittigt og ofte fulgte sygeplejerskernes råd. Samarbejdet kunne dog også være præget af en lidt direkte tone, ikke mindst internt i den samlede plejegruppe. Det kan have en betydning for dette, at det drejede sig om en akut-afdeling, hvor tingene ind imellem skal gå hurtigt, plus at mange af sygeplejerskerne havde været ansat i en del år, kendte deres eget værd og var meget kompetente. Der ved kom de til at spille en vigtig rolle i træningen af de studerende, de nye sygeplejersker samt ikke mindst de medicinstuderende praktikanter og de nyuddannede turnuslæger.

Samarbejdet er præget af at være underlagt retningslinjer i den forstand, at der som led i behandling og pleje skal følges nogle bestemte procedurer. Dette omfatter til gengæld også, at sygeplejerskerne fx administrerer visse typer medicin efter patientens behov uden nødvendigvis at konferere med lægerne først.

Stuegangen som det centrale punkt for samarbejde

Stuegangsfunktionen havde været genstand for en særlig arbejdsgruppe, som bl.a. havde beskæftiget sig med organiseringen af plejegrupperne. Forslaget om etablering af netop tre plejegrupper¹⁵ kom fra denne arbejdsgruppe.

Efter morgenens gennemgang af patienterne i plejegrupperne, medicingivning mv. og inden stuegangen gennemgik gruppelederen gruppens patienter alene med henblik på at kunne orientere lægen om patientens plan, forløb og tilstand.

Lægerne kom op til stuegang ca. kl. 08.45. Lægen – særligt overlægen – blev orienteret og orienterede sig bredt i gruppen af patienter med henblik på en prioritering af den samlede stuegang på afsnittet. Lægen blev efterfølgende forberedt på patienterne én ad gangen af pågældende plejegruppens leder. Sygeplejersken var mere eller mindre aktiv part i denne proces – var stuegangslægen speciallæge, var sygeplejersken mindre aktiv, og omvendt mere aktiv når det drejede sig om en yngre læge. Der blev ført en dialog med sygeplejersken om hver patient, men på forskellige grundlag.

Af sygeplejekontorets hvide tavle fremgik det, om patienten var nyindlagt og skulle gennemgås af speciallægen for at sikre kvaliteten af patientforløbet. Dette forhold var formuleret som en kvalitetsstandard, der indebar, at patienter skulle tilses af en speciallæge indenfor 24 timer med henblik på at lægge en kvalificeret behandlingsplan så tidligt i forløbet som muligt.

Overlæge

Der deltog altid en overlæge på stuegangen som koordinerende led og faglig ankermand. I nogle tilfælde gik gruppelederen med lægen ud til patienten, hvis det blev skønnet, at der var behov for det. Gruppelederen gik altid med, hvis der var tale om en

¹⁵ Der havde tidligere været forsøgt med både to og fire plejegrupper, men med begrænset succes.

ny patient, hvor patienten skulle gennemgås, og der skulle lægges en plan. Ud over dette blev der kun gennemgået patienter, hvor der gjorde sig særlige forhold gældende, fx ved akut forværring af situationen eller behov for ændring af planen.

Flere roller for overlægen

Ud over at gå stuegang med sin gruppe fungerede overlægen som supervisor for den eller de yngre stuegangslæger. Det var overlægen, der havde ansvaret og skulle tage de større beslutninger, men dette foregik i en naturlig dialog og diskussion; ikke som diktat eller envejsskommunikation. Den dialog, der foregik, syntes at foregå 'naturligt' – den forekom ikke indstuderet eller som en følge af temadage eller kurser. Dialogen var meget baseret på kommunikative kompetencer – evnen til at forstå den anden parts situation, fx forskellige personligheder hos reservelæger – og arbejde ud fra dette.

Overlægens valg, der bestod i at placere sig fysisk ved et skrivebord midt i sygeplejekontoret, passede til den dobbelte funktion som både ledende stuegangslæge og lægelig supervisor over for reservelæge(rne). Placeringen førte imidlertid også til, at gruppelederen for overlægens gruppe oplevede en række afbrydelser, når de yngre stuegangslæger – eller en sygeplejerske – skulle informere eller spørge overlægen om noget. I dette tilfælde førte situationen til mange afbrydelser.

7.4.2 Arbejdet med kvalitet

Afsnittet havde som del af det medicinske center medvirket i en række kvalitetssikringsprojekter og havde som bekendt indgået i samarbejdet i projektet Den Gode Medicinske Afdeling. Centret medvirkede endvidere i det Nationale Indikator Projekt vedrørende de specialerelevante indikatorer.

Ifølge afdelingsledelsen havde kvalitetsudvikling på afdelingen været en proces, der var blevet arbejdet med specielt gennem de forudgående 6 år. Afdelingsledelsen betegnede det som et væsentligt skridt, at det var lykkedes at flytte sig fra en opfattelse af kvalitetssikring, hvor fokus var på undgåelse af dårlig kvalitet på udvalgte og iøjnefaldende områder, til kvalitetsudvikling med fokus langt på en samlet organisatorisk indsats som en fortløbende aktivitet for alle medarbejdere på afdelingen. Afdelingens lægelige chef formulerede det således: *"Et kvalitetsfokus i hverdagen, som vi ikke har haft tidligere. Det virker som om, det er ved at blive en naturlig ting at tænke på kvalitet, hvad det ikke har været tidligere"*.

Det medicinske center havde en kvalitetsansvarlig læge, en sygeplejefaglig kvalitetskonsulent og et kvalitetsudvalg, der skulle sikre et generelt fokus på kvalitetsudvikling. Men af mere konkrete eksempler på kvalitetsudvikling blev der peget på en række emner, der var oprustet på, som fx smertevurdering og dokumentationspraksis.

Med hensyn til tværfagligheden var der blandede erfaringer; fx mødte lægerne ikke op til møder om anvendelsen af "FOS-ark" (se nedenfor). Udpegningen af en kvalitetsansvarlig læge på afdelingen havde til gengæld ført til en optrapning af det systematiske arbejde med kvalitet.

Dokumentation og kvalitet

Med hensyn til omfanget af dokumentation og generelt papirarbejde var det opfattelsen hos ledelsen og afdelingssygeplejersken, at nogle af de nye procedurer var tidsbesparende og dermed opvejede den ekstra dokumentation af arbejdet, som var påkrævet. Et

eksempel på dette omhandlede revision af og brugen af såkaldte FOS-ark (Forløbs, Ordinations og Samtykke oplysninger)¹⁶. FOS-arket repræsenterede en sammensmeltning af tidligere registreringer i bl.a. patientjournalen og på denne måde en mere overskuelig registrering af en række procedurer. Det omhandlede også de IT-baserede systemer, der var etableret vedrørende medicinadministrationen, bestilling af laboratorieundersøgelser samt fx udskrivning af recepter til patienter, som stod foran udskrivelse. Alt i alt var der derfor både forhold, der pegede på ekstra administrative opgaver, og ændringer som lettede en række arbejdsgange som fx: *"Altså før havde man jo en masse forskellige steder, hvor man skrev det. Der ordinerede man undersøgelserne i journalen, og så skrev sekretæren det rent, og så tog sygeplejersken og skrev det over på ordinationsark og hakkede det af, når de havde bestilt det og det og sådan noget. Nu bruger vi fællespapirer, hvor den læge, der ordinerer det, skal skrive det med det samme. Så i princippet har vi skåret nogle af leddene væk. Tilsvarende med det elektroniske patientmodul, hvor lægerne skriver direkte ind"*.

Blandt de konkrete initiativer til kvalitetsudvikling var indarbejdelse af et ernærings-skema, der var blevet fast procedure. Afdelingssygeplejersken fortalte, hvorledes tilbagemeldingen fra Den Gode Medicinske Afdeling på et tidspunkt havde dokumenteret et fald i anvendelsen af skemaet og dermed et fald i gennemførelsen af ernæringscreeninger. Der blev rettet op på dette ved at etablere en praksis med at lægge ernærings-skemaet ind i basisjournalen – 'startpakken' – ved indlæggelsen.

Akkreditering

Sygehuset havde deltaget i flere initiativer til kvalitetsudvikling og havde fx medvirket i akkreditering gennemført af Joint Commission. Deltagelsen i akkrediteringen havde ifølge afdelingens ledere og medarbejdere været medvirkende til at højne kvaliteten og stille krav til forbedret dokumentation.

Forløbet med deltagelse i akkrediteringen havde dog også været modsætningsfyldt. Ifølge afdelingssygeplejersken kunne akkrediteringen både fremstå som udtryk for en fremmed kultur og dermed en anderledes måde at tænke kvalitet og udvikling på, og samtidig fremstå som meget bureaukratisk gennem kravene om dokumentation af en lang række forhold. Der var brugt megen tid på at udvikle instrukser, vejledninger og handleplaner. Kvalitetsafdelingen udvalgte journaler til journalaudits ca. en gang i kvartalet og registrerede og overvågede, om standarderne blev overholdt. Dette blev gennemført ved, at en frikøbt læge gennemgik 20 journaler på hvert sengeafsnit i forbindelse med besvarelse af et 8 sider langt skema udarbejdet af Joint Commission.

Trods den ekstra arbejdsbyrde var det som nævnt samtidig opfattelsen, at akkrediteringen havde haft en positiv indflydelse gennem generel opstramning af procedurer, tankegang mm.: *"Vi gør ikke bare tingene, som vi plejer at gøre, vi er opmærksomme på, at tingene skal gøres med høj kvalitet"*. Men der blev også givet udtryk for en for-

¹⁶ Der var udviklet et ark til kvalitetskontrol, FOS-ark, som indeholder Forløbs, Ordinations og Samtykke oplysninger. FOS-arket er udsprunget af akkrediteringsprocessen, som *"puster personalet i nakken"*. FOS-arket er blevet taget imod med varierende begejstring af både læger og sygeplejersker. Det skyldes primært, at mange personaler ser det som dobbeltarbejde at registrere alle undersøgelser, ordinationer, medicin etc. flere steder. Arket følger patienten til diverse undersøgelser. Checklisten benyttes ved indlæggelse, løbende og ved udskrivning, der er udsprunget ud fra et behov for dokumentation for information til patienter i forhold til, hvorvidt personalet husker at gøre de ting, som også er basale.

nemmelse af, at det ikke er den centrale kvalitet, der blev udviklet: *“Det er ligesom at sælge sit hus, så rydder man op, så det ser pænt ud, når der kommer nogen og vil kigge på det. Men det er ikke sådan, at vi kommer helt op at ringe. Fordi nu er det hverdag, og det, de spørger om, det kan vi godt svare på”.*

Plejefaglig kvalitet – instruksbog

Den plejefaglige instruksbog var et eksempel på et lokalt initiativ, der nok havde sit udspring i en generel tendens til at anvende retningslinjer og faste procedurer som del af kvalitetsudviklingen, men alligevel var helt specifik som et plejefagligt modsvar til lægernes instruksbøger. To tidligere sygeplejersker på afdelingen havde udviklet en bog med sygeplejeinstrukser inden for specialet. En yngre sygeplejerske havde påtaget sig at opdatere instrukserne, hvilket praktisk skete gennem indsættelse af nye ark i det lille A6-ringbind.

Instrukserne var kun udviklet med henblik på denne afdeling, og der eksisterede ikke nogen udveksling af erfaringer med de øvrige lignende afdelinger på andre sygehuse, heller ikke med eller gennem Dansk Sygeplejeråds faglige sammenslutning inden for specialet. Der blev ikke givet nogen umiddelbar forklaring på dette – ud over at det var der bare ikke nogen erfaringer med eller rutine for. Kulturen vendte på denne måde indad, så alle skulle selv opfinde den dybe tallerken på grund af mangel på tværgående erfaringsformidling.

7.4.3 Den formelle personalepolitik

Hovedsamarbejdsudvalget reviderede senest sygehusets personalepolitik i 2004. Personalepolitikken var fastlagt inden for nogle rammer vedrørende samarbejde baseret på en overordnet aftale om samarbejde og samarbejdsudvalg. Dette omfattede bl.a. nogle hensigter vedrørende rekruttering, ansættelse og fastholdelse på hospitalet gennem markedsføring af sygehuset som en god arbejdsplads. Selve personalepolitikken indeholdt afsnit om: Information og kommunikation, Praksis ved arbejdstilrettelæggelse, Personaleledelse, Personaleudvikling/uddannelse, Miljø og trivsel, Graviditetspolitik, Seniorpolitik, Fratrædelsespolitik, Lønpolitik samt IT-politik.

I indledningen til personalepolitikken formuleredes en sammenhæng til den faglige kvalitet: *Først i det øjeblik personalepolitikken omsættes til handling, er der grobund for et godt arbejdsliv og for at det arbejde, der udføres, er af høj kvalitet.* Dette konkretiseredes imidlertid ikke yderligere gennem personalepolitikken. Beskrivelserne af de personalepolitiske principper var på de væsentligste punkter formuleret meget generelt, som fx disse formuleringer om de centrale forhold vedrørende samarbejde:

Alle de forskellige opgaver, som hospitalet skal løse, kræver nytænkning, tæt samarbejde og koordinering mellem ledelse og medarbejdere. Således forventes en konstruktiv dialog mellem ledelse og medarbejdere om varetagelse af opgaverne.

Tilsvarende for et centralt afsnit vedrørende rekruttering, ansættelse og fastholdelse:

(Sygehuset) har som mål at have en medarbejderstab, der både er fagligt og personligt kvalificeret til at varetage nuværende og fremtidige opgaver.

Derfor er det vigtigt, at medarbejderne er motiverede og veluddannede. Målet nås ved at ansætte den fagligt og personligt bedst kvalificerede ansøger. Det er en forudsætning, at personalet kan forstå og taler dansk på et niveau, som svarer til den enkelte stillings konkrete indhold.

Det var karakteristisk, at personalepolitikken kun blev konkret, når der kunne peges på et regelsæt, som fx i forbindelse med sygefravær, andet fravær, ekstraordinær frihed, fratrædelse, uacceptabel adfærd etc.

Samlet var personalepolitikken meget generelt formuleret, når det kom til indhold, der kunne have indflydelse på forholdene vedrørende kvalitet og tværfaglighed. Disse emner blev også kun nævnt i de indledende bemærkninger samt i forbindelse med ledelsens opgaver. Til gengæld var der taget initiativer lokalt på afdelingsniveau i forbindelse med tilrettelæggelsen af ledelse og arbejde, som havde et indhold, der kunne relateres til personalepolitik.

Fra ledelsen af afdelingen blev der gjort opmærksom på, at man søgte at skabe og vedligeholde en god ledelsesstil og samarbejdskultur. Dette var baseret på uddelegering af ansvar og beslutninger, at beslutningerne blev taget så tæt på det udførende niveau som muligt, at fx de unge læger skulle behandles med respekt, og i det hele taget at hjælpe hinanden på tværs af grupper og afdelinger: *"Det er et spørgsmål om at opretholde en høj grad af respekt for hinanden, hjælpsomhed og venlighed. Holde af sine medarbejdere og gå foran med det gode eksempel, og være åben og ærlig"*. Dette var ikke en del af den formulerede eller nedskrevne personalepolitik, men snarere en udmøntning af det værdigrundlag, man forsøgte at følge på afdelingen.

7.4.4 Det tværfaglige element

Som beskrevet var det et personalepolitisk element, at der kun blev ansat sygeplejersker i plejegruppen med den generelle begrundelse, at der krævedes særlige kvalifikationer i plejen på afdelingen. Mere konkret refererede afdelingssygeplejersken til erfaringer med ansættelse af social- og sundhedsassistenter, som var blevet overvældet af, hvor syge patienterne kunne være og fx havde trukket sig i forhold til at få mere ansvar og i forhold til at indgå i vagtarbejde. Med de enkeltstående ansættelser til trods mente afdelingssygeplejersken således, at en personalepolitisk satsning på ansættelse af social- og sundhedsassistenter ikke havde været en succes.

Temadage og tværfaglig undervisning

Ingen af de adspurgte sygeplejersker kunne huske noget om, at der skulle være afholdt tværfaglige temadage eller konferencer med et udviklingsigte. Der kunne ikke peges på dette som en indarbejdet praksis. Der forekom dog undervisning med tværfagligt indhold og deltagelse – både af fysioterapeuter, læger og sygeplejersker, og dette var indarbejdet som en regelmæssig aktivitet.

Afdelingssygeplejersken kunne dog forestille sig, at en fremtidig afholdelse af møder om tværfaglighed kunne være en fordel med henblik på opnåelse af større gensidig viden om samarbejdets indhold og form¹⁷.

Introduktion af læger

Der foregik en introduktion af yngre læger til det tværfaglige samarbejde som en del af den generelle introduktion, dvs. som præcisering af værdigrundlag, forklaring af rutinerne i den medicinske klinik etc. Herudover introducerede afdelingssygeplejersken nyanstattede læger i nogle timer, hvor de blev vist rundt på afsnittet og præsenteret for dårlige og gode eksempler på kommunikation og samarbejde. På de områder, hvor der ikke var nogen egentlig konkret introduktion til tværfaglighed, skete dette i stedet som en praktisk oplæring på stedet i en 'naturlig' videregivelse af rutiner.

Afdelingssygeplejerskens introduktion var bl.a. afledt af, at nogle yngre læger havde været utilfredse med, at sygeplejersker i aften- eller nattevagt i enkelte tilfælde havde nægtet at udføre den yngre læges ordination¹⁸. Sygeplejersken havde imidlertid mulighed for at afvise at udføre en sådan ordination, da sygeplejersken kunne risikere at blive holdt juridisk ansvarlig på lige fod med lægen, hvis den konkrete medicinering viste sig at have utilsigtede konsekvenser. Afdelingssygeplejersken fortalte derfor de yngre læger om bl.a. dette forhold med henblik på at undgå misforståelser i det tværfaglige samarbejde. Generelt mente afdelingssygeplejersken, at erfarne sygeplejersker i nogle situationer kunne rette på de yngre lægers beslutninger, men dette syntes at foregå i en naturlig proces¹⁹.

7.4.5 Ledelse og personalepolitisk praksis

Der sporedes en vis utilfredshed i afdelingens ledelse med hensyn til de krav, der blev stillet til den øgede deltagelse i kvalitetsudviklende aktiviteter som fx Det Nationale Indikatorprojekt, NIP: *"Vi har aldrig fået penge, vi har bare fået ordrer ovenfra. Og det kræver jo en vis overtalelse at blive ved med at overtale personalet til at blive ved med at æde nye arbejdsopgaver. Fx NIP, det er sådan en opgave, der er kommet ovenfra, som vores sygeplejersker har måttet æde"*. Der kunne spores en negativ personalepolitisk konsekvens, når aktiviteter på kvalitetsområdet gennemføres, uden at ledelse og personale gives tid og ressourcer til at udfylde de supplerende opgaver.

¹⁷ Afdelingssygeplejersken gav et eksempel på, hvordan det ikke skulle gøres: Den lokale forening af yngre læger havde indkaldt til et møde om samarbejde, hvor hver afdeling blev bedt om at sende en sygeplejerske. Dette var ikke blevet opfattet som en opfordring til samarbejde, men som en indkaldelse til et møde, hvor de yngre læger ville orientere de fremmødte sygeplejersker om, hvilke krav de yngre læger stillede til samarbejde. Sygehusledelsen aflyste mødet, inden det blev afholdt.

¹⁸ Et konkret eksempel var en yngre læges ordinerings af opsætning af et saltvandsdrop med henblik på efterfølgende indgivelse af medicinen iv. Dette nægtede sygeplejersken med henvisning til, at pågældende ikke mente, at den foreslåede medicinering var relevant/at der var kontraindikation for medicineringen.

¹⁹ *"Det er også, fordi at det er tit nogle sygeplejersker med høj anciennitet, som jo godt ved, hvordan et normalt EKG skal se ud, og hvordan et unormalt EKG ser ud. ... Man kan sige, at de yngre læger måske møder ansvarshavende sygeplejersker, der har været færdiguddannede i tre måneder. Så der er jo forskel. Men generelt synes jeg, at – ja vi har haft nogle enkelte samarbejdsproblemer med lægerne, men det tager vi så op, og så bliver det godt igen. Det er mest de yngre læger, der kommer nogle gange og skal lære at have en dialog på lige fod"*.

Tilsvarende kunne der ses en modsætning mellem et personalepolitisk ønske om at rekruttere, motivere og fastholde lægerne, når der samtidig blev stillet krav om dokumentation og autorisering, som blev opfattet som ud over det rimelige: *“En ting er, at vi gør tingene bedre for vores patienter, det synes jeg er fint. Men hele kontrol-ideologien, som ligger bag, den bryder jeg mig ikke om. Den ødelægger vores sundhedsvæsen”*.

Temadag – psykisk arbejdsmiljø

Der havde været afholdt en temadag om psykisk arbejdsmiljø 5 år før denne undersøgelses gennemførelse. Dette inkluderede principper for, hvordan man behandler hinanden. Der var planlagt en ny temadag vedrørende dette i foråret 2008 med henblik på en diskussion af situationen og en opdatering af de eksisterende principper.

Anledningen var bl.a., at afsnittet havde haft en sag om mobning internt i plejegruppen. Afdelingen fik hjælp fra sygehusets organisationspsykolog til at løse sagen, som endnu ikke var endeligt afsluttet et år senere. Det var indtrykket gennem observationer og interviews, at afdelingssygeplejersken anvendte en inddragende ledelsesstil i sager som denne, hvor beslutninger blev forhandlet frem sammen med plejegruppen – og sammen med afsnittets gennemgående overlæge i øvrigt.

Rekruttering i plejegruppen

Det indgik i klinikkens værdigrundlag at være en attraktiv arbejdsplads og at kunne tiltrække og fastholde arbejdskraft. Den bevidste rekrutterings- og fastholdelsespolitik udgjorde et personalepolitisk element og blev gennemført, på trods af at afdelingens ledere gav udtryk for, at der ikke var problemer med at rekruttere sygeplejersker. Hensigten med rekrutteringen var på denne afdeling at rekruttere sygeplejersker, der havde den rette kompetenceprofil og syntes at passe ind i afdelingens kultur.

For at leve op til dette havde det været foreslået at indføre individuelle lønmæssige fastholdelsestillæg, men dette blev ikke støttet af sygehusets ledelse. Der blev i stedet forsøgt at gennemføre en grundig introduktion af nye sygeplejersker gennem et 8 ugers forløb. Idéen var, at den nye sygeplejerske fulgtes med en erfaren sygeplejerske gennem forløbet, inkl. aften- og nattevagter. De nye sygeplejersker gennemgik ligeledes et internt kursus i specialet og blev i det hele taget tilbudt så meget udvikling og kursusdeltagelse som muligt. Efter et år kom de nye sygeplejersker af sted på et mere omfattende kursus af 7 ugers varighed i specialet. Det var en del af billedet, at det drejede sig om en specialiseret afdeling, som kunne karakteriseres som en 'rig' afdeling gennem indtjening fra deltagelse i medicinalindustriens udviklingsprojekter. Nogle af disse midler kunne allokere til kursusdeltagelse for sygeplejerskerne, som det var tilfældet på denne afdeling.

Afsnittet havde tilknyttet to projektsygeplejersker, som arbejdede med forskellige medicinske forskningsprojekter. Dette fungerede både som direkte rekruttering af to kompetente sygeplejersker, men samtidig som indirekte rekruttering gennem at øge det faglige niveau, at øge udviklingspotentialet og dermed gøre afsnittet mere tiltrækkende for de øvrige sygeplejersker.

Rekruttering af studerende

Når de studerende var 6. semesterstuderende og nærmede sig færdiggørelsen af deres uddannelse, forsøgte afdelingssygeplejersken og de øvrige at headhunte de 'gode em-

ner'. Dette foregik konkret ved, at nogle sygeplejersker fx roste de elever, der tog selvstændigt ansvar. De nyuddannede sygeplejersker blev først ansat som vikarer i en etårs periode efterfulgt af ansættelse i fast stilling.

Belønning ved intern vikardækning

Afdelingen forsøgte at dække over sit vikarbehov i egne rækker. Til dette formål var der forhandlet et særligt løntillæg lokalt, som afdelingssygeplejersken omtalte som 'favorabelt'. Gennem dette initiativ blev der opnået større kontinuitet i forhold til patienter og øvrige medarbejdere.

7.4.6 Personalepolitik og arbejdet med kvalitet

Indtrykket fra afdelingen var, at en række ledelsesmæssige initiativer var relaterede til den aftalte personalepolitik, herunder indsatser i forhold til introduktion, fastholdelse, kvalitetsudvikling etc. Det var dog samtidig indtrykket, at det var ønsket om kvalitet i behandlingen og om et højt fagligt niveau, der var den drivende kraft i udviklingen af tværfagligheden. Dette skal forstås således, at aktiviteterne ikke i så høj grad udsprang af personalepolitikken, men af ledelsesinitiativer og andre aktiviteter, der var drevet af et ønske om at udvikle den faglige og kliniske kvalitet.

Generel vurdering

I de interviews, der blev gennemført med ledende medarbejdere, blev der fokuseret på de initiativer, der havde et direkte og et indirekte personalepolitisk indhold og sigte. Det var gennemgående, at der var opmærksomhed på de elementer af personalepolitik, der var indarbejdet eller indirekte berørt af de udviklingsaktiviteter, som foregik på afdelingen. Der blev til gengæld ikke givet eksempler på aktiviteter, der var direkte afledt af en personalepolitisk målsætning eller regel.

I den forstand blev personalepolitikken en form for 'huskeseddel', dvs. et (eller flere) dokument(er), som gav nogle overordnede retningslinjer for, hvordan ledelse og medarbejdere omgås hinanden på forskellige leder, også set i forhold til tværfaglige relationer. Men det var først, når der opstod problemer, som fx i forbindelse med mobning eller dårlig kommunikation mellem fx sygeplejersker og yngre læger, at personalepolitikken blev konkretiseret i en ledelsesmæssig praksis. I den forstand blev personalepolitikken en del af det grundlag, som lederne kunne handle ud fra, når der var personalemæssige problemer.

Konkrete initiativer

I konkrete sammenhænge var der som nævnt en række eksempler på aktiviteter med et personalepolitisk indhold. Der var fx taget flere initiativer med hensyn til plejegruppen, som indeholdt personalepolitiske elementer. Samtidig syntes det dog primært at være motiver som forbedret kvalitet og udvidet tværfagligt samarbejde, der var drivkraften bag initiativerne.

Den bevidste sammensætning af plejegruppen til (næsten) kun at omfatte sygeplejersker skete på baggrund af en begrundelse, som tog udgangspunkt i ønsket om en høj og ensartet faglig kvalitet. Der blev også refereret til et ønske om at højne det tværfaglige samarbejde gennem en mere lige dialog mellem læger og sygeplejersker. Initia-

tivet havde et personalepolitisk indhold, da der blev foretaget en bevidst rekruttering af personalet i plejegruppen. Initiativet syntes dog primært at være dikteret af et ønske om at fokusere på tværfaglighed og kvalitet.

Etableringen af projektsygeplejestillinger kan ses som et initiativ med personalepolitisk relevans på flere fronter. For det første gav det mulighed for at rekruttere og fastholde sygeplejersker med særlige evner for udvikling og kompetenceudvikling; for det andet kunne det give et udviklingsmæssigt løft for afdelingen, som motiverede det øvrige personale til kompetenceudvikling.

Dette kunne føres videre i anvendelsen af kontaktpersonprincippet og udviklingen af tildelt patientpleje som plejefagligt organiseringsprincip. Muligheden for at udvikle sin faglighed og herunder sin karriere blev øget gennem disse initiativer.

Videre medførte den samtidige anvendelse af kontaktpersonprincippet hos lægerne, at mulighederne blev øget for et tættere tværfagligt samarbejde om patientforløbene. Dette kan ses som et eksempel på, at et initiativ med et tværfagligt kvalitetssigte indeholdt personalepolitiske elementer.

Den introduktion til afdelingen og dens samarbejdsrutiner, som afdelingssygeplejersken foretog af de yngre læger, kan ses som et lokalt ledelsesmæssigt initiativ, som havde til hensigt at styrke det tværfaglige samarbejde. Initiativet skyldtes imidlertid mindre eksistensen af en personalepolitik eller et værdigrundlag, men i højere grad, at der havde været konkrete problemer med at afstemme forventninger og indstillinger mellem henholdsvis nogle yngre læger og nogle sygeplejersker. Den konkrete anledning ledte imidlertid videre til etablering af en praksis, som med sit generelle og forebyggende perspektiv havde personalepolitisk relevans.

Som delvis opfølgning på en sag om mobning i personalet og delvis som en opfølgning på en temadag om arbejdsmiljøet 5 år tidligere var det planlagt at afholde en temadag med dette emne i foråret 2008. Her er der tale om et praktisk personalepolitisk initiativ, som fokuserer på styrkelse af samarbejdsrelationerne blandt afdelingens personale gennem en fælles indsats. Det fremgik ikke, om der var tale om en tværfaglig temadag, eller om det udelukkende var plejepersonalet, der skulle deltage. Afholdelsen af temadagen syntes dog at være situationsbestemt snarere end udtryk for en langsigtet indsats med tilbagevendende temadage og aktiviteter på afdelingen med dette indhold.

8. Tværgående analyse

I den tværgående analyse fokuseres der på de træk, der har vist sig i de fire cases med hensyn til samspillet mellem den nedskrevne personalepolitik, personalepolitisk praksis og relationen til udvikling af tværfaglighed og kvalitet. Analysen tager udgangspunkt i erfaringer, holdninger og tolkninger blandt de interviewede ledere og medarbejdere på de fire sengeafsnit, der indgik i undersøgelsen.

Endelig analyseres personalepolitik og tværfaglig kvalitet i de fire cases i forhold til produktionsledelse og personaleledelse, herunder personalepolitik.

Analysen er baseret på en antagelse om, at udvikling af den faglige kvalitet er en ledelsesopgave, der er rettet mod kernen af indsatsen hos de sundhedsprofessionelle faggrupper, og at bevarelsen og styrkelsen af engagementet hos disse grupper er central for sygehusvæsnets funktion. Ledelse af kvalitet formodes derfor i højere grad at være følsom over for lokale forhold og erfaringer blandt medarbejderne end gennemførelse af ledelse på mere generelle felter som fx sygefravær. Til gengæld formodes det også, at en personalepolitisk praksis vedrørende fx kompetenceudvikling kan udgøre et ledelsesmæssigt initiativ, som har betydning for den faglige kvalitet.

Analysen af den personalepolitiske praksis, personalepolitikens sammenhæng med 'produktionsledelsen' og ikke mindst undersøgelsen af, om der eksisterer en personalepolitisk praksis vedrørende tværfaglighed og kvalitet, er derfor i centrum.

Endelig perspektiveres resultaterne gennem den teoretiske forståelse af organisationers udvikling som en funktion af forhandlede ordener. Forhandlede ordener er udtryk for, at den organisatoriske praksis udvikles i et samspil (en forhandling) mellem de forskellige grupper i en organisation (sociale verdener), som forhandler om den organisatoriske praksis og udvikling inden for forskellige felter i organisationen (sociale arenaer). Disse begreber er nærmere beskrevet i kapitel 4.

8.1 Den aftalte personalepolitik

Undersøgelsen af de fire afdelinger peger på, at der eksisterer en omfattende skriftlig og formelt forhandlet personalepolitik. Det fremgik således, at den aftalte personalepolitik kun tillægges betydning blandt ledere og medarbejdere, hvis der eksisterer en personalepolitisk praksis, der har relation til de ledelsesmæssige initiativer på afdelingerne. Den personalepolitiske praksis udgør en mere eller mindre tydelig konkretisering og tolkning af personalepolitikken. Som det fremgår nedenfor, har den aftalte personalepolitik for de fire sengeafsnit primært et generelt indhold. Der er dog også eksempler på, at ledelsesmæssige initiativer har indeholdt elementer, som har haft en personalepolitisk relevans i en personalepolitisk praksis og udøvelse af ledelse på de fire sengeafsnit.

8.1.1 Personalepolitikken som skriftlig aftale

Den aftalte og nedskrevne personalepolitik benyttede sig for alle fire medicinske afdelingers vedkommende primært af generelle formuleringer, der havde et principielt

og/eller værdibetonet indhold inden for et udvalg af emner og temaer suppleret med mere konkrete hensigter og regler for udvalgte områder. Aftalerne om personalepolitikken befandt sig på flere niveauer, rækkende fra værdigrundlag for samarbejdet mellem ledelse og medarbejdere over generelle retningslinjer og vejledninger for håndteringen af samarbejdsforholdet til mere afgrænsede regler og drejebøger for konkrete situationer som sygefravær, medarbejdersamtaler etc.

Det generelle indhold af en personalepolitik

Eksistensen af generelle bestemmelser suppleret med visse mere konkrete regler havde væsentlige fælles træk med indholdet af personalepolitikken inden for andre brancher og typer af virksomheder. Som det er beskrevet, vil indholdet af en personalepolitik som regel fokusere på flere forhold, herunder:

- ◆ at udtrykke virksomhedens image, værdier og kultur,
- ◆ hvad der forventes af medarbejderne,
- ◆ hvad der forventes af virksomheden/ledelsen,
- ◆ at der skal skabes et grundlag for et fællesskab mellem ledelse og medarbejdere, samt
- ◆ være udgangspunkt for et godt arbejdsmiljø.

Indgåelse af aftaler om personalepolitik mellem ledelses- og medarbejdersiden er blevet et væsentligt element i organiseringen af samarbejdet mellem ledelse og medarbejdere på arbejdsmarkedet. Dette kan bl.a. ses af, at alle statslige virksomheder siden 1994 har skullet etablere en personalepolitik.

Personalepolitik i sygehusvæsenet

Ses der alene på sygehusvæsenet i Danmark, er der blevet udarbejdet en lang række personalepolitiske grundlag, som i stort omfang tager udgangspunkt i identiske temaer og problemstillinger. I sygehusvæsenet er de personalepolitiske aftaler indgået på forskellige niveauer af det etablerede samarbejdssystem bestående af centrale samarbejdsudvalg, hovedsamarbejdsudvalg og lokale samarbejdsudvalg. Der er fx etableret fælles personalepolitiske værdigrundlag for hele regioner, samtidig med at der findes grundlag for sygehusvæsenet i en region, for et enkelt sygehus eller i nogle tilfælde for en afdeling. Ønsket om at etablere dette aftalte grundlag for samarbejdet mellem ledelse og medarbejdere har været gennemgående.

På tværs af de fire sengeafsnit ses et tilsvarende billede, idet der blev fundet personalepolitiske grundlag fra forskellige administrative niveauer, herunder en overordnet personalepolitik for hele amter/regioner, fælles personalepolitik for hele sygehuset ved alle fire afsnit samt supplerende bestemmelser for et enkelt af afsnittene. Indholdet af personalepolitikken for et samlet sygehus eller et samlet sygehusvæsen får af naturlige årsager en generel karakter, da politikken skal kunne anvendes under forskellige forhold på de forskellige afdelinger mv.

Den aftalte personalepolitik på de fire afdelinger

Indholdet af de personalepolitiske regelsæt for de fire medicinske afdelinger har mange af de ovennævnte træk fra sygehusene. Det drejer sig oftest om forhold vedrørende ansættelse, afskedigelse, fastholdelse, udvikling, kompetenceudvikling, personaleuddannelse, arbejdsforhold og en række særlige enkeltstående bestemmelser. På en række punkter udgør personalepolitikken en aftale om præcisering af nogle regler, som allerede eksisterer gennem lovgivning mv.

Reglerne vedrørende ansættelse og afskedigelse har en naturlig sammenhæng med andre regelgrundlag. Det omfatter fx funktionærloven, hvor personalepolitikken udgør forsøg på at knytte disse forhold til et fælles værdigrundlag mellem ledelse og medarbejdere. Sigtet er, at der kan tages udgangspunkt i et fælles grundlag i det daglige samarbejde mellem ledelse og medarbejdere, og at dette grundlag er forhandlet mellem de involverede parter. Noget tilsvarende gør sig gældende for en række forhold, som er relateret til arbejdsmiljø og i forvejen er lovregulerede og forankret i fx hviletidsbestemmelser. Her har det personalepolitiske grundlag flyttet fokus over på det, der er aftalt mellem parterne, fx i bestemmelser om miljø og trivsel.

Andre områder, der har denne karakter af at supplere regler med personalepolitik, er fx aftaler om graviditet, lønpolitik etc., hvor der både foreligger et regelgrundlag og et sæt aftalebestemmelser.

Ud over dette udgøres nogle af de fremtrædende forhold i personalepolitikken af formuleringer om information og kommunikation, personaleledelse etc. Endelig indgår der forskellige enkeltstående bestemmelser, som har opnået at blive en del af personalepolitikken, herunder alkohol- og misbrugspolitik, rygepolitik, power-nap politik mv.

En bestemmelse, der indgår fast i det personalepolitiske grundlag for de fire sengeafsnit, og som var synlig og virkede meningsfuld for såvel ledere som medarbejdere, var aftalen om afholdelse af medarbejderudviklingssamtaler (MUS). Medarbejderudviklingssamtalerne indgår fx som et aktivt ledelsesmæssigt redskab.

Personalepolitikken reaktiv eller proaktiv?

En lang række af de temaer, der indgår i personalepolitikken, synes at udgøre en formalisering af aftaler, der allerede var genstand for samarbejde forud for vedtagelsen af en personalepolitik. Samarbejdet eksisterede bl.a. gennem samarbejdssystemet med samarbejds- og sikkerhedsudvalg etc. Mere konkret har der i en række tilfælde eksisteret aftaler om misbrugs- og rygepolitikker forud for vedtagelsen af en samlet personalepolitik. Der kan derfor stilles spørgsmålstegn ved, i hvor høj grad der har været tale om, at personalepolitikken har været proaktiv.

At personalepolitikken er reaktiv kan omfatte, at skabelse af personalepolitik på bestemte områder har bestået i at formalisere forhold, der fungerede som indarbejdede rutiner. Dette kan fx have vedrørt, at der eksisterede en praksis for information og kommunikation, ansættelse og afskedigelse etc. Men selv om der kan have eksisteret en praksis for samarbejde på en lang række sygehuse og sygehusafdelinger, har dette ikke nødvendigvis været tilstrækkeligt for at sikre samarbejdet på alle afdelinger. Nogle af de interviewede ledere pegede på, at de havde stor hjælp af, at der eksisterede en nedskreven personalepolitik. Det blev bl.a. fremhævet, at det var en fordel, at de aftaler, der var indgået på samarbejdsudvalgsniveau, udgjorde et enten værdimæssigt eller

mere regelbundet grundlag for de ledelsesmæssige opgaver og for samspillet mellem ledelse og medarbejdere.

Aftalt personalepolitik og personalepolitisk praksis

De ledere, som pegede på, at de havde haft fordel af at kunne anvende et aftalt og struktureret personalepolitisk grundlag i deres ledelsesarbejde, pegede samtidig på, at det væsentlige i personalepolitikken udgøres af den personalepolitiske praksis, altså den måde de personalepolitiske bestemmelser bliver anvendt på.

8.2 Den personalepolitiske praksis og personaleledelse

Omfanget af indholdet af personalepolitikken på afdelingerne var større end angivet i den opdeling af personaleledelse og personalepolitik, som blev refereret fra Nordhaug et al. (29). Personalepolitikken omfattede således ofte rekruttering, karriereplanlægning gennem afholdelse af medarbejderudviklingssamtaler mv.

Det blev fremhævet, at selv om personalepolitikken var formuleret generelt og derfor sjældent blev udgjort af detaljerede regler, så var personalepolitikken alligevel en del af det grundlag, der havde indflydelse på den gennemførte ledelsesindsats. Personalepolitikken udgjorde således et grundlag for personaleledelse på afdelingerne. Det drejede sig fx typisk om de værdier, som personalepolitikken indeholdt vedrørende information og kommunikation, hvor forpligtelsen til at informere og opretholde en dialog mellem ledelse og medarbejdere blev understreget.

I undersøgelsen af de fire sengeafsnit viste der sig en række eksempler på, at der var taget ledelsesmæssige initiativer, som relaterede sig til indholdet af personalepolitikken, selv om dette oftest var på et indirekte eller implicit grundlag. Nogle eksempler kan illustrere dette:

Der var udviklet en personalepolitisk praksis fra ledelsesside ud fra bestemmelser i personalepolitikken om mulige foranstaltninger i forbindelse med stort sygefravær. På dette område er der generelt bestemmelser om, at der skal afholdes samtaler med medarbejdere, som har haft sygefravær ud over en veldefineret grænse, men udover dette anvendes bestemmelsen også af nogle ledere som en anledning til dialog med medarbejdere, der blot har haft meget sygefravær. Dette fungerer både som en mulighed for medarbejderen til at få lederen i tale og samtidig en mulighed for ledelsen til at informere medarbejderen om evt. konsekvenser af yderligere sygefravær. Endelig får ledelsen en mulighed for at få information om medarbejderens situation med henblik på at afhjælpe denne.

Andre eksempler pegede videre på, hvordan et ledelsesmæssigt initiativ havde en personalepolitisk relevans. Det drejede sig fx om gennemførelsen af en særlig indsats til introduktion af nyansatte yngre læger til de arbejds- og samarbejdsformer, der blev anvendt på det specifikke sengeafsnit. Dette havde sin baggrund i en uklarhed omkring henholdsvis lægens og sygeplejerskens kompetencer, men fik et videre personalepolitisk indhold gennem den udvidede forberedelse af lægerne til samarbejdet på sengeafsnittet.

Et sådant ledelsesmæssigt initiativ kunne også omhandle træning af og kompetenceudvikling blandt social- og sundhedsassistenterne. Dette sigtede på indgåelse i nye funktioner vedrørende stuegang og medicinadministration, hvilket var et initiativ, der

bl.a. var begrundet i manglen på sygeplejersker og ønsket om større fleksibilitet i planlægningen af plejearbejdet. Initiativet fik dog samtidig et videre personalepolitisk indhold, som bl.a. indeholdt elementer af rekruttering og fastholdelse.

Også på andre områder blev det fremhævet, at de ledelsesmæssige initiativer kan have en personalepolitisk relevans, ligesom den personalepolitiske praksis kan udgøre et element i tilrettelæggelsen af den ledelsesmæssige indsats.

8.2.1 Personalepolitik og ledelse

Selv om personalepolitik udgør en del af personaleledelse, skal det fastholdes, at den formelle personalepolitik udgør et generelt grundlag formuleret som en række principper. Personalepolitikken har fået institutionel karakter, da ændringer skal være genstand for forhandling og vedtagelse. Det var gennemgående, at brugen af den aftalte personalepolitik som grundlag for udvikling krævede, at der skabes en personalepolitisk praksis gennem en aktiv ledelses- og samarbejdspolitik.

Det blev understreget af nogle af de interviewede ledere, at der kræves en målrettet tolkning af personalepolitikens værdigrundlag og bestemmelser plus vilje til handling for at kunne anvende politikken meningsfuldt i den daglige ledelse. De interviewede ledere så det derfor som nødvendigt med en aktiv ledelsesmæssig indsats, bl.a. gennem lokal dialog på afdelingen. Dialogen var nødvendig for at vende en personalepolitisk bestemmelse til et praktisk redskab i en ledelsesmæssig indsats.

Der var forskellige holdninger til, om personalepolitikken generelle karakter var en fordel eller ulempe. Nogle af de interviewede ledere betragtede det som en begrænsning, at personalepolitikken havde en formaliseret karakter, da dette i nogle situationer medførte, at den ikke var fleksibel eller kun kunne anvendes via bestemte bureaukratiske kanaler. Dette så lederne bl.a. som en funktion af, at politikken var aftalt på et tidligere tidspunkt blandt parter, der ikke var direkte involverede i den enkelte sygehusafdelings situation. Andre ledere pegede på, at selv om fleksibiliteten syntes at blive begrænset gennem de formelle aftaleforhold, medførte det dog samtidig en fleksibilitet, at personalepolitikken var generelt formuleret. De generelle formuleringer gav i stor udstrækning mulighed for tolkning i forbindelse med anvendelsen af principperne i praksis.

Lederne så dog ikke personalepolitikken styrke som et grundlag for den praktiske daglige ledelse af et sengeafsnit, hvor beslutninger fra dag til dag og fra time til time er i højsædet. Personalepolitikken styrke blev til gengæld set som en formalisering af nogle generelle regler og principper for, hvordan samspillet mellem ledelse og medarbejdere skulle håndteres. Disse regler kunne både bruges som grundlag for, at ledelsen kunne skabe en praksis på afdelingen – fx hvordan der skal kommunikeres og informeres – og kunne i bestemte situationer også indgå direkte i det daglige ledelsesgrundlag, når der fx var problemer med sygefravær, mobning eller andet, hvor personalepolitikken var mere specifik.

Det er dog kun få initiativer, der har fundet så direkte praktisk anvendelse som reglerne om medarbejderudviklingssamtaler. Her er der mulighed for direkte kommunikation og forventningsafstemning mellem leder og medarbejder.

Disse konstateringer om sammenhængen mellem ledelse og personalepolitik på de fire sengeafdelinger omfattede dog først og fremmest de ledelsesområder, der indgår i

generel personaleledelse. Denne undersøgelse fokuserer imidlertid specifikt på den del af ledelsesindsatsen, som omhandler sikringen og udviklingen af den faglige kvalitet samt udviklingen af det tværfaglige samarbejde.

8.2.2 Tværfaglighed i personalepolitikken

Den videre analyse af forholdet mellem personalepolitik og tværfaglighed gjorde det tydeligere, at den personalepolitiske praksis primært havde en indirekte relation til tværfaglig udvikling. De dokumenter, som udgjorde det aftalte personalepolitiske grundlag for de fire sengeafsnit, beskæftigede sig kun i begrænset omfang med tværfaglighed. Til gengæld omfattede de samarbejde i generel forstand og samarbejde mellem ledelse og medarbejdere specifikt. Der synes at eksistere en adskillelse mellem de generelle personalepolitiske principper og den mere direkte og fagligt relaterede motivation, der kræves for at udvikle tværfagligheden på sygehusene.

At der alligevel er forekommet ledelsesmæssige personalepolitiske initiativer med en tværfaglig relevans, ses dog af nogle eksempler på initiativer lokalt på de enkelte afsnit og deres "moderafdelinger og -centre". Initiativerne havde et tværfagligt perspektiv og elementer af personalepolitisk relevans på trods af den begrænsede omtale af tværfaglighed i den aftalte personalepolitik. Dette gælder primært de initiativer, der blev taget til forbedring af teamfunktionen gennem forskellige teambuilding-aktiviteter. Men det omhandlede ligeledes en lang række øvrige initiativer til udvidelse af teamfunktionen mellem læger og sygeplejersker, herunder etableringen af fælles lægelig og plejefaglig ledelse af sengeafsnit som 'teamledelse', de nævnte særlige introduktionsprogrammer for nyansatte læger og endelig indsatsen på de relevante afsnit med intensiveret kompetenceudvikling blandt social- og sundhedsassistenterne.

Også anvendelsen af medarbejderudviklingssamtaler kan ses som et initiativ, der forbinder personalepolitisk praksis med mulighed for at styrke tværfaglighed – og i videre instans den faglige kvalitet. Medarbejderudviklingssamtalerne gav afdelingsledelserne mulighed for at styre medarbejdernes faglige indsats i retning af en øget kompetenceudvikling og praksis på bl.a. det tværfaglige område.

En række ledelsesmæssige initiativer medvirkede på denne måde til at give personalepolitikken et praktisk indhold. Udviklingen af tværfaglighed foregik gennem ledelsesmæssige initiativer, der trak på det personalepolitiske fundament sideløbende med den organisationskultur og den ledelsespraksis, som organisationen – sengeafsnittet – var præget af.

Samlet fremstår de ledelsesmæssige initiativer, der indeholdt tværfaglige initiativer, dog som særligt knyttet til ønsker på afdelingerne om at udvikle den faglige kvalitet.

8.3 Kvalitet, tværfaglighed og personalepolitik

Som nævnt var det i denne undersøgelse antagelsen, at ledelse af kvalitet på sygehusene stiller særlige krav til udvikling af indholdet af ledelse, da sygehusvæsenets faggrupper i høj grad identificerer sig ud fra den faglige kvalitet af deres arbejdsopgaver. Sammenkædningen af personalepolitik og ledelse i en personalepolitisk praksis kræver således, at personalepolitikken er udformet, så den inddrages i de ledelsesmæssige initiativer på kvalitetsområdet. Som det er fremgået, er dette kun tilfældet i meget begrænset omfang.

Som forholdene er fremstået på de fire afdelinger, har personalepolitikken ikke haft rollen som fællesnævner i forhold til udvikling af tværfaglighed og kvalitet. Arbejdet med kvalitet og kvalitetsudvikling er det tema, som bringer tværfaglighed og udvikling af denne på banen. Baggrunden for udvikling af teamfunktionen, udvikling af kompetencer hos social- og sundhedsassistenter, tværfaglig undervisning mv. blev begrundet i ønsket om forbedring af den faglige kvalitet.

Hvis sammenhængen mellem personalepolitik, kvalitet og tværfaglighed skal være dynamisk, synes dette at kræve, at den dominerende bevægelse findes i udvikling af faglig kvalitet. Bevægelsen skal have et indhold og en dynamik, som er stærkt nok til at medvirke til en øget tværfaglighed og til at kunne forbinde dette til personalepolitik og -ledelse.

Det kan efterfølgende diskuteres, i hvilket omfang den øgede anvendelse af metoder til kvalitetsudvikling, som har været baseret på brugen af standarder for kvalitet, har øget udviklingen af tværfaglighed i arbejdet med faglig kvalitet. Ses der på arbejdet med Den Gode Medicinske Afdeling på de fire sengeafsnit, var der meget varierende tolkninger af, om denne indsats havde haft betydning for kvalitet og tværfaglighed. Dette varierede fra en oplevelse af, at DGMA ikke havde været synlig, til at DGMA havde medvirket til at styrke arbejdet med kvalitet, herunder i en tværfaglig sammenhæng. Deltagelse i Det Nationale Indikatorprojekt havde på nogle afdelinger haft en tilsvarende effekt, idet deltagelsen havde fungeret som løftestang for det tværfaglige kvalitetsarbejde.

På baggrund af undersøgelsen er det en rimelig antagelse, at den øgede brug af standardiserede procedurer og retningslinjer i den kliniske hverdag potentielt kan have betydning for kravene til samarbejde, da behovet for fælles beslutninger om fremgangsmåder og procedurer udvides. Herunder hører også kravene til at følge retningslinjer vedrørende samarbejde, som de kunne være nedfældet i en fælles personalepolitik. Effekten af et sådant initiativ vil dog afhænge helt og holdent af faggruppernes accept, som skabes ud fra, om faggruppernes medlemmer finder, at forslagene er meningsfulde. Den kommende landsdækkende introduktion og lancering af Den Danske Kvalitetsudviklingsmodel kan potentielt styrke tværfagligheden yderligere, forudsat at initiativet opleves som meningsfuldt af faggrupperne på sygehusene.

8.4 Forhandling

Personalepolitikens status som et resultat af forhandlinger mellem repræsentanter for henholdsvis ledelse og medarbejdergrupper placerer denne naturligt som et eksempel på opnåelse af en forhandlet orden mellem grupper af interessenter – eller mellem sociale verdener for at blive i Strauss' teoretiske forståelse. Faggrupperne og ledelsessiden i sygehusene gennemfører på denne måde en formalisering af en del af deres forhandlinger om, hvordan deres indbyrdes samspil skal forløbe i de sociale arenaer, der udgøres af personaleforholdene på sygehusene, hvert sygehus og hver afdeling og afsnit.

Forhandlingerne foregår dog også i andre sociale arenaer, som i undersøgelsen fremstår som måske endnu mere centrale. Det gælder ikke mindst de arenaer, som fx omhandler forhandlinger af, hvad faglig kvalitet er, hvordan der skal arbejdes med udviklingen af den, samt ikke mindst forhandlinger af hvordan tværfagligheden er placeret med hensyn til udvikling af sundhedsfaglig kvalitet.

Forhandlingen blev bl.a. synlig i situationer, hvor ledelsesmæssige og faglige initiativer på sengeafsnittene, som skulle udvikle den faglige og tværfaglige kvalitet og som aktiviteter, havde elementer af personalepolitisk praksis. Dette omhandlede fx et initiativ til styrkelse af tværfaglighed på et sengeafsnit gennem etablering af strukturer som teams med deltagelse af en speciallæge og en mindre gruppe sygeplejersker. I tilfælde som dette vil den nærmere udformning af tværfagligheden blive en funktion af formel og uformel forhandling. Forhandlingen foregår mellem deltagere fra forskellige sociale verdener (fx læger, sygeplejersker, ledelse) i de relevante sociale arenaer, der fx kan udgøres af morgenmødet, forberedelsen af stuegangen, gennemførelsen af stuegangen etc.

Det er også i denne sammenhæng, at det ledelsesmæssige perspektiv bliver relevant. Når der løbende foregår forhandlinger mellem de involverede grupper eller aktører, er det væsentligt for ledelsen at sikre, at forhandlingerne får et forløb og et resultat, der er foreneligt med ledelsens interesser og med de planer, der er lagt for udvikling. Det er derfor vigtigt for ledelsen, at den forhandlede og aftalte personalepolitik får et indhold og praktiseres på en måde, der er acceptabel set fra ledelsesside. Det er ligeledes vigtigt, at de øvrige løbende forhandlinger mellem ledelse og medarbejdere og blandt medarbejdergrupperne om tilrettelæggelsen af den kliniske praksis kan styres i så stort omfang, at afsnittets målsætninger kan opfyldes – ledelsen skal med andre ord være en aktiv part i de løbende forhandlinger.

Set i dette perspektiv er det væsentligt for både ledelse og medarbejdere at afdække, på hvilke tidspunkter og i hvilke sammenhænge forhandlingerne om udviklingen af den faglige og tværfaglige kvalitet foregår. Det er herunder væsentligt at afdække, i hvilket omfang personalepolitikken spiller en rolle i den forbindelse.

8.4.1 Sammenhængen mellem sociale arenaer for personalepolitik og kvalitet

Som der blev peget på i gennemgangen af litteraturen vedrørende ledelsesinitiativer, tværfaglighed og organisationsudvikling inden for sygehusvæsenet, er der mange eksempler på, at en aktiv og systematiseret ledelsesindsats har effekt. Det drejer sig fx om gennemførelse af forandringsledelse, udviklingen af tværfaglige teams samt udviklingen af kulturen på sygehusene. Der synes at være belæg for at antage, at personalepolitiske initiativer, som sigter målrettet på udviklingen af de tværfaglige kompetencer og udviklingen af det konkrete tværfaglige samarbejde, vil kunne gennemføres med positive resultater.

Set ud fra perspektivet om forhandlede ordener kan det diskuteres, om det er sammenhængende sociale arenaer vi har med at gøre, når vi betragter forholdene vedrørende personalepolitik, tværfaglighed og kvalitet.

Dette leder tilbage til det grundlæggende spørgsmål i undersøgelsen: *Eksisterer der en sammenhæng mellem personalepolitik og tværfaglighed og videre til kvalitet?*

Undersøgelsen peger på, at der langt hen ad vejen er tale om, at personalepolitikken udgør en særlig eller særskilt social arena, som omfatter en række aftalebaserede forhold vedrørende ansættelse, sygefravær, graviditet etc. Denne arena udgør en del af en større personalepolitisk arena. Samtidig synes der at være tale om, at dele af den ledelsesmæssige indsats, der har til formål at udvikle det tværfaglige samarbejde og i videre

instans den faglige kvalitet, inkluderer elementer af en personalepolitisk arena, fx vedrørende arbejdstilrettelæggelse, kommunikation etc.

De sociale arenaer synes på denne baggrund af have overlappende felter, og der kan identificeres en vis sammenhæng mellem de forhandlinger, der føres på de forskellige arenaer. Sammenhængen findes fx mellem den arena, hvor de relativt formaliserede forhandlinger om den aftalte personalepolitik foregår mellem repræsentanter for de involverede parter og en arena for tværfagligt samarbejde mellem faggrupperne om kvalitet, hvor forhandlingerne både foregår i udviklingsprojekter og i den daglige kliniske praksis.

Når undersøgelsen peger på, at der eksisterer en vis sammenhæng mellem personalepolitik og tværfaglighed, optrådte dette i de fleste tilfælde som en konsekvens af et specifikt indhold af en ledelsesmæssig indsats. Samtidig var der i mange tilfælde tilknyttet et element af faglig kvalitet. De forhandlinger, der blev ført inden for den sociale arena, som vi her kan kalde for tværfaglig kvalitet, var videre relateret til den sociale arena for personalepolitik. Denne skitsering af sammenhæng mellem de sociale arenaer skaber et billede af, at der foregår en bevægelse fra ønsket om god faglig kvalitet til behovet for tværfaglighed og videre til behovet for en personalepolitik. Spørgsmålet er så efterfølgende, om strømmen udelukkende gik den ene vej?

Som det viste sig i denne undersøgelse, var den primære sammenhæng mellem disse arenaer karakteriseret ved en stærk forbindelse mellem tværfaglighed og kvalitet, hvor forståelsen af udviklingen af faglig kvalitet i voksende omfang ser tværfagligheden som en forudsætning. Det viste sig videre, at anvendelsen af personalepolitiske træk i den tværfaglige udvikling af kvaliteten kræver en bevidst og aktiv ledelsesmæssig indsats.

Når der derfor skal svares på spørgsmålet, om der eksisterer en sammenhæng mellem personalepolitik og tværfaglighed og videre til kvalitet, så er svaret delvis ja, men samtidig skal det pointeres, at den konstaterede sammenhæng syntes at være relativt ensidig. Det centrale bærende element i udvikling på de undersøgte sygehusafdelinger var den faglige kvalitet. Hvis initiativer til øgning af tværfaglighed ikke indplaceres i en ramme, som giver mulighed for at øge den faglige kvalitet, står initiativet langt svagere. Dette gælder i endnu højere grad personalepolitiske initiativer.

Den faglige kvalitets centrale placering i forbindelse med faglige ledelse på sygehusafdelingerne lod sig ikke i større omfang influere af personalepolitik og personaleledelse. Skillelinjen mellem faglig ledelse og personaleledelse syntes derfor at være tydelig i undersøgelsen, hvor de to typer af ledelse generelt er mere adskilt end integreret. Dette på trods af en række eksempler på, at der kunne konstateres en vis sammenhæng mellem personalepolitik og indsatsen for faglig kvalitet. Sammenhængen gik langt overvejende i retning af, at arbejdet med kvalitet kunne have en afsmittende funktion på de personalepolitiske forhold.

8.4.2 En aktiv personalepolitik?

Dette leder videre til en sidste problemstilling, som omhandler, om personalepolitikken skal tillægges en mere aktiv rolle i den daglige ledelsespraksis og praksis vedrørende kvalitetsudvikling. Materialet peger på punkter, hvor man kunne forestille sig en mere aktiv formaliseret personalepolitik. Dette gælder ikke mindst udviklingen af kommunika-

tion og samarbejde mellem faggrupperne. Spørgsmålet er så, om det er muligt at indgå personalepolitiske aftaler på områder – i sociale arenaer, der er præget af professionel autonomi og faglige og professionelle domæner. Hvis personalepolitik skal udvides til at udgøre et aftalt og forhandlet grundlag for en ledelsespolitik vedrørende tværfaglighed og kvalitet, skal man forestille sig, at det fx er muligt, at afdelingens læger skal arbejde og udvikle deres praksis på et aftalt tværfagligt grundlag, eller at sygeplejerskerne har pligt til at indgå i et vist antal af de kvalitetsprojekter, der aftales på afdelingen.

Hvor resultatet af undersøgelsen peger på, at det er det faglige ønske om forbedret kvalitet, som driver udviklingen af tværfaglighed og dermed udgør det centrale ledelsesmæssige arbejdsfelt, vil en udvidet placering af den personalepolitiske indsats på dette område kræve ændringer af indholdet af personalepolitikken. Placeringen af rammerne for udvikling af den faglige kvalitet som et led i de personalepolitiske aftaler mellem ledelse og medarbejdere vil stille krav til at styrke og fokusere personalepolitikken med henblik på at kunne anvende det aftalte og forhandlede grundlag for personalepolitiske initiativer, der mere eksplicit er rettet mod udvikling af kvalitet og tværfaglighed.

Skal der derfor etableres en stærkere forbindelse mellem personalepolitik og kvalitet på sygehusene, og skal der skabes en personalepolitisk praksis, som i højere grad støtter udviklingen af kvalitet og tværfaglighed, må personalepolitikken målrettes mod dette. Personalepolitikken kan bl.a. gives et større lokalt element, så den fælles indsats for bedre kvalitet på fx en sygehusafdeling forbindes med de aftalemuligheder, der ligger lokalt om at styrke kompetenceudvikling og samarbejdsformer efter netop de behov, der kan opnås enighed om eksisterer på netop den specifikke afdeling.

En større integration af faglig ledelse/produktionsledelse og personaleledelse vil kræve en målretning af de personalepolitiske initiativer i retning af de forhold, der gælder for faglig ledelse. Dette indeholder en videreudvikling af den eksisterende personalepolitiske platform, hvilket i videre forstand indebærer, at der skal foretages en udvidelse af HRM-initiativerne.

Gennemgangen af udenlandsk litteratur har primært peget på, hvordan ledelsesmæssige initiativer har kunnet medvirke til en øget positiv indstilling til arbejdet med kvalitetsudvikling og til en tværfaglig indsats generelt. En mere omfattende aftalebaseret udvikling af arbejdet med kvalitet vil dog sandsynligvis kræve en ny og revideret opfattelse af personalepolitikken indhold og organisatoriske placering. Det skal med andre ord være muligt at forestille sig, at der tages mere målrettede personalepolitiske initiativer, som sigter på at bringe faggrupperne i dialog om udvikling af den faglige kvalitet på et tværfagligt grundlag.

Litteraturliste

- 1) Bartels P, Mainz J, Laustsen S, Thulstrup AM, and Jørgensen T. Det Nationale Indikatorprojekt - Generelt kvalitetsprojekt og paradigme for kliniske databaser. Tilgængelig via: URL: http://www.sst.dk/Applikationer/MITOnline/200106/3_nip.html. [Udskrevet den: 11-2-2008]
- 2) Sundhedsstyrelsen. Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet - Modelbeskrivelse version 1.2. København: Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet, Sundhedsstyrelsen; 2003.
- 3) Sundhedsstyrelsen. Den Danske Kvalitetsmodel. Tilgængelig via: URL: http://www.sst.dk/Tilsyn/Kvalitetsforbedring/Den_Danske_Kvalitetsmodel.aspx. [Udskrevet den: 16-6-2006]
- 4) Albæk J, Hammershøj E, and Timm H. *Sundhedsvæsenets indsats for ALS-patienter*. Muskelsvindfonden og Dansk Sygehus Institut 1993. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 1993. (DSI-rapport).
- 5) H:S Direktionen. Sygehuskvalitet. Erfaringer fra 18 kvalitetsprojekter. Neeergaard LD (red.). København: Hovedstadens Sygehusfællesskab; 1996.
- 6) Fyns Amt. Kvalitetssikring. Årsskrift om kvalitetssikring på sundhedsområdet. Odense: Fyns Amt, Udviklingsafdelingen, Udviklings- og planlægningskontoret; 1994.
- 7) Gjørup T, Aldershvile J, Jacobsen IA, Karle H, Kirkegaard BC, Pedersen SH et al. Den gode medicinske afdeling. Et debatoplæg (Klaringsrapport). Ugeskr.Laeger 1996; 158(5(supplement)):1-8.
- 8) Hansen MB, Albæk J. Klinisk kvalitet og den komplicerede organisation - et samspil. Medarbejdere og lederes tolkninger på fire medicinske afsnit tilmeldt DGMA. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004. (DSI rapport 2004.11).
- 9) Den Gode Medicinske Afdeling. Statusrapport 2005. Tilgængelig via: URL: <http://www.dgma.dk/>. [Udskrevet den: 18-4-2006]
- 10) Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. Med Care 1981; 19(8):855-71.
- 11) Ishøy T, Quist P, and Rasmussen L. Uhensigtsmæssige indlæggelser på medicinske afdelinger. Appropriateness evaluation protocol. Ugeskr.Laeger 2005; 167(19):2057-60.
- 12) Den Gode Medicinske Afdeling. Standarder og Indikatorer for Det tværsektorielle patientforløb. Tilgængelig via: URL: <http://web.dgma.dk/cmsfiles/katalog.pdf>.
- 13) Bekendtgørelse nr. 846 af 13. oktober 2003 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring). Tilgængelig via: URL: http://www.retsinfo.dk/LINK_0/0&ACCN/B20030084605. [Udskrevet den: 19-6-2006]

- 14) Lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling. Tilgængelig via: URL: <http://pubhealth.ku.dk/upload/application/msword/f51d6748/5> [Udskrevet den: 19-6-2006]
- 15) Interessegruppen vedr. udvikling af standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme uNafsiD. Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus. Tilgængelig via: URL: http://www.forebyggendesygehuse.dk/uploads/tx_ttproducts/datasheet/Standarder.pdf. [Udskrevet den: 16-6-2006]
- 16) Primdahl R, Andersen J.S. Veje til kvalitet - Erfaringer fra 30 Gode Medicinske Afdelinger. Den Gode Medicinske Afdeling (red.). København: Den Gode Medicinske Afdeling; 2006.
- 17) Primdahl R, Andersen J.S. Idékatalog - Idéer og anbefalinger fra 30 Gode Medicinske Afdelinger. Den Gode Medicinske Afdeling (red.). København: Den Gode Medicinske Afdeling; 2006.
- 18) Strauss A. A social world perspective. I: Denzin N (red.). Studies in symbolic interactionism, Vol. 1. Greenwich, CT: JAI Press; 1978: 119-28.
- 19) Antoft R. Demenshåndtering - magt og forhandling i interprofessionelle relationer. Aalborg: Aalborg Universitet/FLOS; 2005. (Ph.d. afhandling).
- 20) Strauss A, Schatzman L, Ehrlich D, Bucher R, and Sabshin M. The hospital and its negotiated order. I: Freidson E (red.). The Hospital in Modern Society. London: The Free Press; 1963: 147-69.
- 21) Strauss A. *Interorganizational negotiation*. Journal of Contemporary Ethnography 1982; 11(3):350-67.
- 22) Hall TL, Mejia A. Health manpower planning: Principles, Methods, Issues. Hall TL and Mejia A (red.). Geneva: WHO; 1978.
- 23) Chirikos TN. State Health Manpower Policy - an appraisal. Journal of Community Health 1977; 2(3):163-77.
- 24) Morrow JH. Anticipating Future Shifts in American Health Manpower Policy. Bull.N.Y.Acad.Med. 1978; 54(7):678-86.
- 25) Simmonds S. Human resource development: the management, planning and training of health personnel. Health Policy and Planning 1989; 4(3):187-96.
- 26) Strike AJ. Human Resources in Health Care. Oxford: Blackwell Science Ltd.; 1995.
- 27) Kabene SM, Orchard C, Howard HM, Soriano MA, and Leduc R. The Importance of Human Resources Management in Health Care: a global context. BMC Human resources for health 2006; 4(20).
- 28) Harris C, Cortvriend P, and Hyde P. Human resource management and performance in healthcare organisations. Journal of Health Organization and Management 2007; 27(4/5):448-59.
- 29) Nordhaug O, Larsen HH, and Øhrstrøm B. Personaledelse - en målrettet strategi-proces. 2 udg. København: Nyt fra samfundsvidenskaberne; 2004.
- 30) Administrationsdepartementet. Målrettet personalepolitik. København: Administrationsdepartementet; 1987.

- 31) Jensen A. Det Udviklende Arbejde (DUA). Tilgængelig via: URL: <http://www.leksikon.org/art.php?n=3341>. [Udskrevet den: 3-2-2009]
- 32) Finansministeriet. Statens personalepolitik - fra ord til handling. København: Schultz Information; 1998.
- 33) Region Hovedstaden. Personalepolitik for Region Hovedstaden. Tilgængelig via: URL: http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/4863C31A-3144-46DE-BE21-D291311ACF39/0/Personalepolitik_Region_Hovedstaden.pdf. [Udskrevet den: 24-5-2008]
- 34) Yeager S. Interdisciplinary Collaboration: The Heart and Soul of Health Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2005; 17:143-8.
- 35) Feifer C, Nocella K, DeArtola I, Rowden S, and Morrison S. Self-managing teams: a strategy for quality improvement. *Top.Health Inf.Manage.* 2003; 24(1):21-8.
- 36) McCallin A, Bamford A. Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated? *Journal of Nursing Management* 2007; 15:386-91.
- 37) Grimes C, Thornell B, Clark AP, and Viney M. Developing Rapid Response Teams. Best Practices Through Collaboration. *Clinical Nurse Specialist* 2007; 21(2):85-92.
- 38) Callaghan L. The use of collaboration in personal outcomes. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2006; 19(5):384-99.
- 39) Atwal A, Caldwell K. Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scand J Car-ing Sci* 2005; 19:268-73.
- 40) Flin R, Yule S, McKenzie L, Paterson-Brown S, and Maran N. Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon* 2006; 4(3):145-51.
- 41) Grant MJC, Donaldson AE, and Larsen GY. The Safety Culture in a Children's Hospital. *Journal of Nursing Care Quality* 2006; 21(3):223-9.
- 42) Thomsen S. Nurse-Physician Collaboration: A Comparison of the Attitudes of Nurses and Physicians in The Medicial-Surgical Patient Care Setting. *MEDSURG Nursing* 2007; 16(2):87-104.
- 43) Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, Holzmueller CG, Millman E.A., Rowen L et al. Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *J Am Coll Surg* 2006; 202(5):746-52.
- 44) Thomas EJ, Sexton JB, and Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Medicine* 2003; 31(3):956-9.
- 45) Copnell B, Johnston L, Harrison D, Wilson A, Robson A, Mulcahy C et al. Doctors' and nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 13:105-13.
- 46) Forthman MT, Wooster LD, Hill WC, Homa-Lowry JM, and DesHarnais SI. Insights into successful change management: empirically supported techniques for improving medical practice patterns. *Am.J.Med.Qual.* 2003; 18(5):181-9.

- 47) Golanowski M, Beaudry D, Kurz L, Laffey WJ, and Hook ML. Interdisciplinary shared decision-making: taking shared governance to the next level. *Nurs Adm Q.* 2007; 31(4):341-53.
- 48) MacPhee M. Strategies and Tools for Managing Change. *The Journal of Nursing Administration* 2007; 37(9):405-13.
- 49) Gantz NR, Sorensen L, and Howard RL. A Collaborative Perspective on Nursing Leadership in Quality Improvement. *The Foundation for Outcomes Management and Patient/Staff Safety in Health Care Environments.* *Nurs Adm Q.* 2003; 27(4): 324-9.
- 50) Reimanis CL, Cohen RN, and Redman R. Nurse Case Manager Role Attributes; Fifteen Years of Evidence-based Literature. *Lippincott's Case Management* 2001; 6(6): 230-42.
- 51) McCallin A. Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem. *Journal of Nursing Management* 2003; 11:364-70.
- 52) Hyland P, Davison G, and Sloan T. Linking team competences to organisational capacities in health care. *Journal of Health Organization and Management* 2003; 17(3):150-63.
- 53) Harris KT, Treanor CM, and Salisbury ML. Improving Patient Safety With Team Coordination: Challenges and Strategies of Implementation. *AWHONN, The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* 2006; 35(4):557-66.
- 54) Torjuul K, Sorlie V. Nursing is different than medicine; ethical difficulties in the process of care in surgical units. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 56(4):404-13.
- 55) Hendel T. Nurse/Physician Conflict Management Mode Choices: Implications for Improved Collaborative Practice. *Nursing Administration Quarterly* 2007; 31(3):244-53.
- 56) Fitzgerald A, Teal G. Health reform, professional identity and occupational sub-cultures: The changing interprofessional relations between doctors and nurses. *Contemporary Nurse* 2003; 16(1-2):9-19.
- 57) Jeffs L, Merkley J, Jeffrey J, Ferris E, Dusek J, and Hunter C. Case Study: Reconciling the Quality and Safety Gap Through Strategic Planning. *Nursing Leadership* 2006; 19(2):32-40.

Bilag I: Søgeprofil i litteratursøgning

Medline/PubMed 2000-2008

Related articles to:

Bennett M.

Implementing new clinical guidelines: the manager as agent of change

Nurs Manag (Harrow). 2003 Nov;10(7):20-3. = **7 records**

Related articles to:

McCallin A, Bamford A.

Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated?

J Nurs Manag 2007 May;15(4):386-91: **12 records** heraf 7 reviews

Søgning:

("Cooperative Behaviour"[Mesh]) AND ("Attitude of Health Personnel"[Mesh])) AND

("Interprofessional Relations "[Mesh]) AND quality?: **19 review records**

("Cooperative Behaviour"[Mesh]) AND ("Attitude of Health Personnel"[Mesh])) AND

("Interprofessional Relations "[Mesh]) AND quality?: **22 records**

("Cooperative Behaviour"[Mesh]) AND (("Attitude of Health Personnel"[Mesh])) AND

("Medical Staff, Hospital"[Mesh]) **1 review + 28 records**

("Organizational Innovation"[Mesh] AND "Interprofessional Relations"[Mesh]) AND

quality? = **13 reviews**

Google og Google Scholar

tværfagligt samarbejde sundhedspersonale kvalitet samt andre relevante søgeord =

1 record ellers ingen relevante

Danbib

tværfagligt samarbejde og sundhedspersonale og kvalitet = ingen relevante

team og patientforløb = ingen relevante

Libris.se

- personal och vård och kvalitet = ingen relevante
- personalpolitik och vårdpersonal = ingen relevante
- personalpolitik och teams = ingen relevante
- personal och vård och kvalitet = ingen relevante

Swemed+

- Vårdpersonal och team\$ = ingen relevante
- Attitude of health personnel and cooperative and quality = ingen relevante.

Systematisk samarbejde om kvalitet

Samspil mellem personalepolitik og arbejdet med udvikling af kvalitet og tværfaglighed på sygehusene

Faglig ledelse og personaleledelse fungerer i vid udstrækning som to forskellige og indbyrdes uafhængige ledelsesopgaver på sygehusene i dag. Der er en tendens til, at den faglige ledelse har en naturlig central placering overfor faggrupperne. Personaleledelse og personalepolitik er synlig og mærkbar, men er ikke integreret i den faglige ledelse og arbejdet med kvalitet. Det viser en ny undersøgelse fra Dansk Sundhedsinstitut, som samtidig rejser spørgsmål om det begrænsede samspil mellem faglig ledelse og personaleledelse. Rapporten anbefaler at udvikle og reformere personaleledelsen, så den kan opnå højere prioriteret og dermed kan understøtte arbejdet med at sikre høj faglig standard.

Forbedring af kvaliteten på sygehusene er meget omdiskuteret. En stor del af diskussionen handler om, hvilken ledelse der skal til for at sikre en god kvalitet. Der er i den forbindelse fokus på den faglige ledelse på sygehusene, hvor det handler om at få indlæggelserne til at køre effektivt og med høj faglig standard. Forbedring af den faglige kvalitet er et must for ledere i alle lag på sygehusene, og faglig ledelse er derfor helt central for sygehusets funktion.

Men ledelse handler også om at gennemføre en personalepolitik, der kan medvirke til at rekruttere og fastholde medarbejdere, sikre et godt forhold mellem ledelse og medarbejdere samt støtte den daglige ledelse i forbindelse med sygefravær, mobning etc.

Opgaven med at kombinere disse to ledelsesopgaver er ikke let. I denne undersøgelse, der omfatter fire sygehusafdelinger, har vi kigget på netop kombinationen af faglig ledelse og personaleledelse. Resultatet er, at personalepolitikken ikke spiller den rolle i udviklingen af den faglige kvalitet, som den måske kunne. Det er den faglige ledelse, som betyder mest for medarbejdernes engagement og deres forståelse af, hvad der skal til for at skabe en velfungerende afdeling.

Systematisk samarbejde om den faglige kvalitet kræver både god faglig ledelse og god personaleledelse, og undersøgelsen ender derfor med at foreslå en revision og udvikling af den eksisterende personalepolitik, så den bliver prioriteret højere og bedre kan understøtte udviklingen af en høj faglig standard.