



Færre ledere til flere medarbejdere

- Ledelsesspænd på store hospitalsafsnit

Christina Holm-Petersen
Annette Tolsgaard
Mette Bødiker Vestergaard
Susanne Østergaard

November 2011

Rapporten er forfattet af projektgruppen:

Christina Holm-Petersen, senior projektleder, Ph.D. Dansk Sundhedsinstitut
Annette Tolsgaard, organisationskonsulent, Koncern HR, Organisation, Ledelse og
Procesoptimering
Mette Bødiker Vestergaard, organisationskonsulent, Koncern HR, Organisation,
Ledelse og Procesoptimering
Susanne Østergaard, projektleder, organisationskonsulent, Koncern HR, Organi-
sation, Ledelse og Procesoptimering

Rettigheder

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

Dansk Sundhedsinstitut · Dampfærgevej 27-29 · Postboks 2595 · 2100 Køben-
havn Ø. Tlf. +45 35 29 84 00 · Fax +45 35 29 84 99 · www.dsi.dk · dsi@dsi.dk
Region Midtjylland, Koncern HR, Organisation, Ledelse og Procesoptimering · Olof
Palmes Allé 34 · 8200 Aarhus N. · www.olp.rm.dk · susoes@rm.dk

Tryk

ISBN 978-87-7488-688-4 (trykt version)
ISBN 978-87-7488-689-1 (elektronisk version)
Region Midtjylland, Grafisk Service

November, 2011

Forord

Denne rapport er resultatet af et projekt Region Midtjylland har gennemført i samarbejde med Dansk Sundhedsinstitut i perioden 2009 - 2011. Det overordnede formål er at belyse, hvad store hospitalsafsnit betyder for ledelse og psykisk arbejdsmiljø og bidrage med anbefalinger til organisering af og ledelse i store hospitalsafdelinger. Arbejdet med at udvikle ledelse af store hospitalsafsnit er en kontinuerlig proces.

Rapporten giver indsigt i en periode på godt to år på tre store afsnit, hvor der er arbejdet med ledelse og trivsel. Den bygger på kvantitative analyser for alle sengeafsnit i Region Midtjylland, samt på kvalitative undersøgelser gennemført i tre store hospitalsafdelinger:

Neurokirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
Børneafdeling A, Aarhus Universitetshospital
Organkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet, Viborg

Rapporten bygger endvidere på et litteraturstudie af, hvad litteraturen siger om størrelses betydning.

En stor tak til alle medarbejdere og ledere på de tre deltagende afdelinger for det engagement og den indsigt, I har bidraget med.

Projektets følgegruppe

Også en stor tak til projektets følgegruppe, der har bidraget til projektet undervejs i processen:

Vibeke Poulsby Krøll, Chefsygeplejerske, Aarhus Universitetshospital
Tove Kristensen, Chefsygeplejerske, Hospitalsenhed Midt
Inger Schaumburg, Centerchef, Aarhus Universitetshospital
Henrik Holt Larsen, Professor, CBS
Anders Bojesen, Forsker, NFA
Christina Holm-Petersen, Forsker DSI
Susanne Østergaard, projektleder, Koncern HR, Region Midtjylland
Per Bo Nørgaard Andersen, Kontorchef, Koncern HR, Region Midtjylland

Forskningsoverbygning og forskerfølgegruppe

I forbindelse med projektet er der gennemført en forskningsoverbygning med henblik på at kvalificere undersøgelsens resultater. Projektleder for forskningsoverbygningen er Christina Holm-Petersen, DSI. Forskningsoverbygningen er finansieret af Region Midtjylland og Dansk Sundhedsinstitut.

En stor tak til projektets forskerfølgegruppe:

Henrik Holt Larsen, Professor, CBS

Peter Hasle, Professor, NFA

Kasper Edwards, Lektor, DTU

Lotta Delve, Lektor, Göteborg Universitet

Ewa Wickström, Lektor, Göteborg Universitet

Sigrún Gunnarsdóttir, Lektor, Islands Universitet

Forskerfølgegruppen har kommenteret på forskellige udkast til rapporten.

Også en stor tak til professor Jody Hoffer Gittel, Brandeis University og professor Kenneth Meier, Texas University for deres gode råd og indsigtsfulde kommentarer.

Projektchef, PhD Charlotte Bredahl Jacobsen, Dansk Sundhedsinstitut, har foretaget internt review af rapporten.

Projektleder Susanne Østergaard, organisationskonsulent, Koncern HR, Organisation, Ledelse og Procesoptimering, Region Midtjylland, har været projektleder for hovedprojektet.

Finansiering:

Forebyggelsesfonden, Region Midtjylland og Dansk Sundhedsinstitut.

Region Midtjylland og Dansk Sundhedsinstitut ønsker med denne rapport at medvirke til at inspirere det fortsatte arbejde med at lede og organisere arbejdet i store hospitalsafsnit.

Med venlig hilsen



Per Bo Nørgaard Andersen

Kontorchef

Koncern HR

Organisation, Ledelse og Procesoptimering

Region Midtjylland

www.olp.rm.dk

Per.bo@stab.rm.dk



Charlotte Bredahl Jacobsen

Projektchef

Dansk Sundhedsinstitut, DSI

www.dsi.dk

cbj@dsi.dk

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resume	7
1 Hvorfor beskæftige sig med store afsnit?	11
1.1 Øget pres på professionalisering af ledelse	11
1.2 En række undersøgelser tyder på, at størrelse gør en forskel	12
1.3 Undersøgelsesspørgsmål	12
1.4 Metoder og aktiviteter	13
1.5 Læsevejledning	17
2 Hvad siger litteraturen om store afsnit?	19
2.1 Span of control – ledelsesspænd	19
2.2 Ledelsesspænd inden for hospitaler	20
2.3 Variation i størrelse og ledelsesspænd	23
2.4 Hvad er bevæggrunden for større ledelsesspænd?	24
2.5 Er der tale om et omvendt U?	27
2.6 Delkonklusion: Viden om store ledelsesspænd	28
3 Hvad kan vi sige på baggrund af tal fra Region Midtjylland?	29
3.1 Data der har været til rådighed	29
3.2 Udviklingen i ledelsesspænd for sengeafsnittene	29
3.3 Størrelses betydning for sygefravær og personaleomsætning	31
3.4 Størrelses betydning for arbejdsklima	31
3.5 Størrelses betydning for patienttilfredshed	32
3.6 Delkonklusion: Tal fra Region Midtjylland	33
4 Introduktion til de tre caseafsnit	35
4.1 Børneafsnit A4	35
4.2 Neurokirurgisk afsnit NSA	35
4.3 Organkirurgisk afsnit	35
5 Hvordan er det at være medarbejder i store afsnit?	37
5.1 Større fleksibilitet	37
5.2 Gode udviklingsmuligheder	38
5.3 Kompleksitet og manglende fagligt overblik	38
5.4 Mangler synlig ledelse og synlige mål	39
5.5 Man kan godt blive lidt væk eller gemme sig	40
5.6 Delkonklusion: Det at være medarbejder på store afsnit	42
6 Hvad er særligt ved ledelse af store afsnit?	43
6.1 Afdelingssygeplejerskens rolle og opgaver	43
6.2 Udfordringer med at være synlig leder for mange	46
6.3 Udfordringer med at sætte retning på tingene – og følge op	46
6.4 Afdelingssygeplejerskens trivsel	48
6.5 Hvem tager sig af den faglige ledelse?	49
6.6 Delkonklusion: Det særlige ved ledelse af store afsnit	50
7 Delegering af afdelingssygeplejerskens ledelsesopgaver	53
7.1 Koordinatorer og andre nøglepersoner	53
7.2 En god udviklingsmulighed	55
7.3 En uklar rolle	55

7.4	Man kan vælge at tage ansvar eller vælge at lade være.....	58
7.5	Langt til afdelingssygeplejersken	60
7.6	Delkonklusion: Delegering af ledelsesopgaver	61
8	Det tværfaglige ledelsessamarbejde	63
8.1	En del af en større afdeling.....	63
8.2	Overlægenes ledelse ind i afsnittet	63
8.3	Afsnitsoverlægens samarbejde med den ledende overlæge	66
8.4	Afdelingssygeplejerskens samarbejde med oversygeplejersken.....	67
8.5	Delkonklusion: Det tværfaglige ledelsessamarbejde	68
9	Resultat af interventionerne.....	71
9.1	Mere fokus på strategisk ledelse.....	72
9.2	Mere bevidst organisering og delegering.....	74
9.3	Strukturer der understøtter bedre kommunikation	76
9.4	Aktiviteter på tværs.....	80
9.5	Delkonklusion: Udkommet af interventionerne	80
10	Konklusion og diskussion	83
10.1	Udviklingen i størrelse og ledelsesspænd	83
10.2	Medarbejdernes trivsel i store sengeafsnit	84
10.3	Afdelingssygeplejerskens rolle i det store afsnit	84
10.4	Det tværfaglige ledelsessamarbejde.....	86
10.5	Resultatet af interventionerne	86
10.6	Diskussion – Så hvad er en god størrelse?	87
11	Anbefalinger i forhold til ledelse af store afsnit.....	91
11.1	Anbefalinger til beslutningstagere og afdelingsledelser	91
11.2	Anbefalinger til afsnit med 35-40 ansatte	92
11.3	Anbefalinger til afsnit med op til 80 ansatte	93
11.4	Fremtidige udviklings- og forskningstiltag	93
12	Perspektivering: Det passende ledelsesspænd.....	95
12.1	Hvad afhænger ledelsesspænd af?.....	95
12.2	Opgaverne - hvor komplekst arbejdet er	97
12.3	Medarbejderne - hvor " <i>selvkørende</i> " de er	101
12.4	Lederne – deres karakteristika og opgaver.....	102
12.5	Konteksten - Ledelseskrav i omgivelserne.....	104
12.6	Afrunding: Den passende størrelse	105
13	Litteraturliste	107

Resume

Dette projekt er gennemført af Region Midtjylland i samarbejde med Dansk Sundhedsinstitut i perioden 2009 – 2011. Projektet er affødt af en undren over, hvorfor der har været så lidt fokus på, hvilken betydning det har, når sengeafsnit bliver markant større? Hovedformålet har været at skabe mere viden om ledelsesvilkår og psykisk arbejdsmiljø i store hospitalsafsnit. Med rapporten ønsker vi at inspirere til debat om konsekvenserne ved større ledelsesspænd hos aktører i såvel offentligt som privat regi.

Dataindsamling

Projektets resultater og anbefalinger bygger på kvantitative data fra 173 sengeafsnit i Region Midtjylland. Samt på et kvalitativt case studie af tre store sengeafsnit – herunder 42 dybdegående kvalitative interviews, observationsstudier, samt en række workshops og interventioner. Endelig er der gennemført en større litteraturundersøgelse om ledelsesspænd.

Resultater og udfordringer

Betydning af ledelsesstil og interaktion mellem ledere og medarbejdere anses for at være en mere betydningsfuld faktor end størrelse. Pointen er dog, at selv den bedste ledelsesstil eller interaktion bliver ineffektiv, når ledelsesspændet når en vis størrelse. Samt at problemer relateret til ledelsesstil bliver endnu større, når spændet bliver for stort og ledelseskapacitet dermed mangler.

Tendensen er, at sengeafsnit bliver større. Det gælder også i Region Midtjylland, hvor andelen af store sengeafsnit med over 35 ansatte er steget fra 42 til 49 procent i perioden 2008 – 2010. I samme periode er andelen af afsnit med mere end en afdelingssygeplejerske faldet. Tendensen er også, at der samtidig bliver færre formelle mellemliderpositioner såsom souschefer og 1. assistenter. Alt i alt er det udtalt, at der bliver færre ledere til flere medarbejdere.

Det viste sig at være en datamæssig udfordring at undersøge kvantitative sammenhænge mellem afsnitsstørrelse og henholdsvis sygefravær, medarbejdertilfredshed, personaleomsætning og patienttilfredshed. Det er derfor med forbehold, kvantitative analyser er gennemført på tværs af Region Midtjyllands sengeafsnit. Analyserne viser ingen konsistente sammenhænge over alle tre år (2008-2010).

De sammenhænge, der er fundet, viser en negativ effekt af størrelse:

- Kort sygefravær er større på store afsnit i 2008 og 2010.
- Fravær på grund af barnets første sygedag er større på store afsnit i 2009.
- Personaleomsætning er større på store afsnit i 2010.
- I to spørgsmål i patienttilfredshedsundersøgelsen i 2010 er tilfredsheden mindre på store afsnit.

Der er ikke fundet signifikante sammenhænge med medarbejdertilfredshed, men svarprocenten er lavere på store afsnit. Det har ikke været muligt – og er p.t. ikke muligt at undersøge sammenhænge mellem produktivitet og afsnitsstørrelse.

Den kvalitative undersøgelse dokumenterer, at størrelse har en væsentlig betydning for trivsel og ledelse:

- Som medarbejder er der både fordele og ulemper ved at være ansat i et stort afsnit. Af fordele peges især på fleksibilitet og udviklingsmuligheder. Omvendt er det svært at bevare overblikket og være faglig velinformeret. De savner synlig ledelse, synlige faglige mål og at blive set og anerkendt. De savner opfølgning på de skibe, der sættes i søen. Desuden er det nemmere at "putte sig" og melde sig syg. Det var tydeligt, at det afsnit, der havde fået en ekstra afdelingssygeplejerske og havde en souschef, oplevede mere ledelseskapacitet og mere trivsel, end der hvor én afdelingssygeplejerske skulle lede mange medarbejdere alene.
- Som afdelingssygeplejerske er der meget at rumme og overskue i et stort afsnit. Opgavemængden svulmer. Afdelingssygeplejerskerne oplever, at det er diffust, hvad der skal prioriteres. Konsekvensen er dels, at afdelingssygeplejerskerne har et stort arbejdspress. Dels manglende strategisk fokus på den faglige og organisatoriske udvikling af patientarbejdet i det daglige og på det relationelle samarbejde herom med den enkelte medarbejder.
- Meget af den nære daglige ledelse af drift og faglig udvikling bliver i højere grad varetaget igennem udvalgte nøglepersoner – særlig de kliniske koordinatore. Mange nøglepersoner sætter pris på den anerkendelse, der ligger i delegering og de mere fordelagtige arbejdstider det indebærer med færre vagter. Men det giver samtidig en rollekonflikt, at nogle medarbejdere får delegeret ledelsesopgaver uden at have en formel eller defineret ledelsesrolle. Samtidig er tendensen, at den faglige ledelse ender med at være diffust delegeret.

Undersøgelsen sandsynliggør også, at udfordringer omkring patientflow forstærkes af størrelsen:

- Særlig på de to store kirurgiske afsnit er den organisatoriske ledelsesopgave uklar. Det er uklart, hvem der har ansvaret for det tværfaglige samarbejde omkring stuegang og patientflow.

Interventionerne i projektet har resulteret i:

- Et større fokus på det strategiske ledelsesarbejde dvs. mere bevidste indsatser og opfølgning på iværksatte tiltag.
- På et af afsnittene har man organiseret sig i diagnoseopdelte grupper, for på den måde at styrke det tværfaglige samarbejde omkring patientarbejdet og den faglige udvikling.
- På de to største afsnit har de besluttet, at løsningen på at styrke ledelseskapaciteten er, at de er to afdelingssygeplejersker, hvilket reducerer ledesspændet til 35-40 medarbejdere pr. afdelingssygeplejerske.

- Funktionsbeskrivelser er blevet revideret og man har i højere grad afstemt forventninger til nøglepersoners ansvar og roller. Desuden er der etableret strukturer omkring opfølgende møder.
- Forbedringer i kommunikation, herunder afstemning af forventninger til opmærksomhed og anerkendelse fra nærmeste leder, samt forskellige måder at håndtere de daglige informationsmængder. På et af afsnittene har der været arbejdet med forstyrrelser. Mængden af afbrydelser er reduceret med 28 procent (i gns fra 128 til 96 daglige afbrydelser). Et koncept herfor er udviklet for øvrige hospitaler.
- På tværs af regionens hospitaler er der udviklet kurser for koordinatore.
- Der arbejdes fortsat med særskilt projekt med fokus på bedre stuegang og patientflow.

Konklusion og anbefalinger

Rapporten konkluderer, at der er en tendens til, at ledelse af store sengeafsnit sander til, at funktion og rolle bliver diffus, og at det bliver vanskeligt at prioritere, hvilke ledelsesopgaver der er de vigtigste. Sammenholdt med større behandlingskompleksitet og øget pres om et mere effektivt sundhedsvæsen, får det betydning for:

- Den faglige kvalitet i dagligdagen og udviklingen af den.
- Den organisatoriske ledelsesopgave med at skabe sammenhængende og effektive forløb for patienten.
- Trivsel for afdelingssygeplejersken, koordinatore og medarbejdere.

Projektet anbefaler på den baggrund:

- At ledelsesspænd i sengeafsnit som udgangspunkt ikke bør være større end ca. 35-40 medarbejdere.
- At afsnitsstørrelser med op til 80 medarbejdere som udgangspunkt organiseres med tilsvarende ledelseskraft, fx med 2 sideordnede afdelingssygeplejersker.
- At man fortsat delegerer ledelsesopgaver i store afsnit til udvalgte nøglepersoner, men at ansvaret formaliseres.
- At det tværfaglige samarbejde mellem de traditionelle fagsøjler styrkes.
- At organisering sammentænkes med de fysiske rammer.

Projektet peger desuden på i perspektivering, at når man fremover skal vurdere, hvor stor den passende størrelse på et (senge)afsnit er, inddrages følgende fire faktorer i beslutningen:

- Er konteksten simpel eller kompleks (dagtid/24 timer, geografi).
- Er opgaverne simple eller komplekse (graden af interdependens, graden af brugerkontakt, graden af standardisering, formalisering, risiko for utilsigtede hændelser og klagesager, antallet af faggrupper, graden af følelsesmæssig kompleksitet).
- Hvor kompetente er medarbejderne (erfaring, uddannelsesniveau og evner)?
- Hvor kompetent er lederen (erfaring, uddannelsesniveau og evner)?

Undersøgelsen har vist, at der er behov for mere viden om sammenhænge mellem størrelse og ledelse på sengeafsnit. Vi anbefaler:

- At der forskes i sammenhænge mellem kvalitet, produktivitet, effektivitet, trivsel og størrelse.
- At det nærmere undersøges, hvad det betyder at lede et stort afsnit i fællesskab fx mellem to afdelingssygeplejersker.
- At det undersøges, hvordan man skaber overblik og effektive kommunikationsgange i store afsnit.

1 Hvorfor beskæftige sig med store afsnit?

En stor del af den produktion, der finder sted på hospitalerne i dag, foregår i sengeafsnit, der hører under kliniske afdelinger. Det er i disse sengeafsnit, at patienterne er indlagte. Sengeafsnittet ledes typisk af en afdelingssygeplejerske og de medarbejdere, der er ansat i sengeafsnittet, er typisk sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere. Nogle gange er der også andre faggrupper ansat som fx serviceassistenter og pædagoger. Lægerne er derimod ansat på afdelingsniveau.

Selvom disse sengeafsnit udgør en hjørnesten i hospitalets produktion og selvom organiseringen på mange steder i landet er relativt ens, så er der ét forhold, der varierer. Og det er størrelsen på sengeafsnit og dermed også, hvor mange medarbejdere den enkelte afdelingssygeplejerske er leder for. Det forhold og konsekvenserne heraf handler dette projekt om.

1.1 Øget pres på professionalisering af ledelse

Der er i dag på hospitalerne store udsving i forhold til, hvor store sengeafsnit er og hvor mange ledere, de ledes af. Samtidig er der en tendens til, at sengeafsnit bliver større. Igennem de seneste tre år er andelen af sengeafsnit, der gennemsnitligt har over 35 medarbejdere, således steget fra 42 til 49 procent i Region Midtjylland.

Der findes i dag kun sparsom evidens for span of controls¹ indvirkning på ledelse og organisatoriske nøgletal, men den begrænsede mængde af evidens, der er tilgængelig, tyder på, at span of control er en vigtig variabel (Meier & Bohte 2000).

Professionalisering af ledelse på de offentlige hospitaler og i det offentlige sundhedsvæsen har dog i de senere år været i fokus, og de fagprofessionelle ledere forventes i stigende grad at kunne optræde som professionelle generalistledere (Bendix et al. 2008; Dent & Whitehead 2002; Digmann 2004). De forventes at kunne bidrage til at løse de ofte komplekse udfordringer, der er i sundhedsvæsenet. Pakkeforløb og lignende tiltag forudsætter eksempelvis stor ledelseskraft.

Samtidig er det i tider med økonomisk pres relevant at se på, om der kan spares ved at spare på ledelse og administration og skabe mere selvledelse. Så det kritiske spørgsmål er ifølge Barbara Davison ikke så meget at se på, hvad der er det optimale span of control (ledelsesspænd), men snarere at se på, hvor stort et ledelsesspænd kan være – og samtidig være effektivt (Davison 2003).

Ifølge en artikel i Dansk Sygeplejeråds ledermagasin "Forkant" er antallet af ledende sygeplejersker på sygehusområdet siden 2002 faldet med omkring 600, hvilket svarer til en

¹ Span of control vil sige, hvor mange medarbejdere, der refererer til en leder. Benævnes i rapporten også som ledelsesspænd.

reduktion af hver femte lederstilling i perioden 2002-2009. Årsagen til faldet skal ifølge artiklen søges i de omfattende strukturændringer og sammenlægninger det danske sygehushusvæsen har gennemgået med færre og større afdelinger til følge (Hagerup 2010).

1.2 En række undersøgelser tyder på, at størrelse gør en forskel

Inden for hospitalsfeltet er der siden midten af 1990'erne i Canada sat fokus på størrelse og ledelsesspænd i forbindelse med en omorganisering, der blandt andet førte til fyringer og væsentligt større ledelsesspænd (Doran et al. 2004; Morash et al. 2005). I forbindelse hermed er der gennemført en række undersøgelser, der peger på, at hospitalsafsnit kan blive for store – at selv den bedste ledelsesstil kun effektivt kan håndtere en vis størrelse (Doran, Sanchez McCutcheron, Evans, MacMillan, McGillis Hall, Pringle, Smith, & Valente 2004; Lucas et al. 2008).

I Danmark er der på Skejby Sygehus (Nu Aarhus Universitetshospital) i Region Midtjylland gennemført en undersøgelse af afsnitsleders ledelsesspænd. Undersøgelsen fra 2006, om konsekvenser af et stort ledelsesspænd (Andersen & Sonne 2007), peger på en række forandringer og problemstillinger for såvel afdelingssygeplejerskernes som overlægernes ledelse i store afdelinger. Undersøgelsen peger også på, at det giver nogle udfordringer, når der på grund af størrelsen delegeres ledelsesopgaver til personer, der ikke har en tydeligt defineret og forventningsafstemt ledelsesrolle og opgave. Store afsnit kan ifølge undersøgelsen på denne vis generere rollekonflikter og et til tider belastet psykisk arbejdsmiljø for de personer, der er delegeret ledelsesopgaver til. Undersøgelsen beskæftigede sig dog ikke med den bredere medarbejdertrivsel i store afsnit. Ligesom den ikke beskæftigede sig med relationen mellem afdelingssygeplejersken og "den almindelige" medarbejder i sygeplejen.

1.2.1 Er store afsnit anderledes end små?

Mange af de udfordringer, der er på hospitalsafsnit, vil sandsynligvis gå igen uagtet, om der er tale om store eller mindre afsnit. Der er således en række andre faktorer, der er betydningsfulde for, hvordan et afsnit fungerer, end størrelse. Nogle af de udfordringer, der ofte nævnes handler om kultur og den særlige kontekst hospitaler udgør, nogle handler om ledelsesstil og nogle om opgavernes karakter, organisatoriske opbygning og de koordinationsvanskeligheder, der følger heraf. Størrelse er derfor blot et parameter blandt mange andre parametre. Samtidig er størrelse et parameter, der har været lidt undervurderet.

1.3 Undersøgelsesspørgsmål

Projektet er affødt af en undren over, hvorfor der har været så lidt opmærksomhed på, hvad det betyder, når sengeafsnit bliver markant større? Fokus lægges især på, hvilken betydning det har for ledelse og medarbejdertrivsel. Vores antagelse er, at størrelse gør en forskel og stiller særlige udfordringer.

Projektet søger at besvare følgende hovedspørgsmål

1. Hvad skal der til for ledelsesmæssigt at understøtte store hospitalsengeafsnit på over 35 medarbejdere i lige linje under en leder således, at der kommer kvalitet i ledelsesarbejde og medarbejdertrivsel? Projektet undersøger herunder:

Projekt Store Hospitalsafdelinger, november 2011

- Hvilken betydning har de stadig større hospitalsafsnit for ledelse og medarbejdertrivsel?
 - Hvad er fordelene ved at blive større og hvad er ulemperne?
 - Hvad betyder det for at kunne lede afsnittene effektivt?
 - Hvordan bedrives ledelse i dagligdagen, og i hvilken udstrækning har man organiseret sig med formelle og uformelle nøglepersoner?
 - Hvilke ledelsesopgaver delegeres til hvem eksempelvis faglig sparring, relationel ledelse, administrative opgaver, vagtplanlægning m.m.?
 - Hvad skal der til for, at delegering er velfungerende for såvel ledere som medarbejdere?
2. Som led i projektet søges det at få faktisk viden om nuværende ledelses- og arbejdsvilkår i Region Midtjyllands store hospitalsafdelinger med afsnit på over 35 ansatte, herunder hvorvidt der er en sammenhæng mellem sygefravær, personaletsomsætning, patienttilfredshed, produktivitet og afsnitsstørrelse.

1.4 Metoder og aktiviteter

Projektet er et udviklings- og dokumentationsprojekt. Det baserer sig på en undersøgelsesdel, som indeholder indsamling af kvantitative data fra alle sengeafsnit i Region Midtjylland samt kvalitative undersøgelser på tre udvalgte sengeafsnit. Udviklingsdelen har bestået af en række interventionsaktiviteter, som har været iværksat på baggrund af den indledende kvalitative undersøgelse. Desuden er der primært som led i forskningsoverbygningen til projektet gennemført en undersøgelse af litteraturen inden for ledelses-spænd. Der er som led i forskningsoverbygningen ligeledes gennemført et observationsstudie af hverdagen på de tre afsnit. For en uddybende gennemgang af analysedesign og metoder se bilag A.

1.4.1 Definition af ledelse

Ledelse knytter sig altid til en given kontekst og en konkret opgave. Derfor er ledere frem for alt praktiske folk, der ifølge Stewart Clegg skal håndtere ekstremt svære og udfordrende opgaver. De løser mange samtidige opgaver, hvoraf nogle er rutine, og andre ikke er. De er konstant i gang med at løse problemer. At lede medfører at skabe orden i relationer, som forbinder det, der er sket, med det, der skal ske. På den måde konstruerer ledelse nutiden og fremtiden. At lede betyder at skabe sammenhænge mellem folk, materialer og teknologier (Clegg 2003).

1.4.2 Definition af ledelsesspænd

Ledelsesspænd er defineret som det antal medarbejdere (hoveder), der refererer til en leder. I dette projekt svarer lederen til afdelingssygeplejersken i afsnittet. Der er her ikke taget hensyn til, hvor mange medarbejdere der derudover måtte være på barselsorlov eller andre former for orlov. Medarbejdere som ikke er tilstede, men som alligevel kan fylde noget i afdelingssygeplejerskens bevidsthed.

1.4.3 Definition af store afsnit og sengeafsnit

Store afsnit defineres som afsnit på mindst 35 medarbejdere i lige linje under en afdelingssygeplejerske.

Sengeafsnit er de enheder, hvor frontlinjemedarbejdere (sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere) plejer og behandler de indlagte patienter. Hvert sengeafsnit har et vist antal sengepladser. Lederen af sengeafsnittet hedder afdelingssygeplejersken. I daglig tale omtaler plejepersonalet deres afsnit som en afdeling. I organisatorisk forstand er "afdelinger" dog det niveau, der ligger over afsnittet. Afdelinger ledes af afdelingsledelsen (ledende overlæge og oversygeplejerske) og disse kan være øvre ledere af flere forskellige afdelingssygeplejersker, sengeafsnit, læger mm. Afdelingsledelse har ikke været genstandsfeltet i denne undersøgelse.

1.4.4 Case studie design

Det overordnede metodiske design er et multipelt case studie design (Yin 1989). Som led i case studierne er der løbende genereret kontekstbeskrivelser af afsnittene, der er indledningsvist gennemført observationsstudier ligesom der indlednings- og afslutningsvist er gennemført interviewundersøgelser. Case studierne har haft et eksplorativt sigte i og med, at tilgængelig viden om ledelsesspænd i dansk hospitalskontekst har været begrænset. Udvælgelsen af cases har fulgt en repliceringslogik (Yin 1989). Det vil sige, at der er indbygget en forventning om, at de udvalgte tre cases har lignende problemstillinger.

Det, der undersøges, er, hvilke problemstillinger der er i store afsnit. I tråd hermed er der udvalgt tre afsnit, der mindede om hinanden, hvad angik produktionsvilkår:

- *Hospitalstype* - Der er udvalgt afsnit på et stort og to mellemstore hospitaler.
- *Størrelse* - Der er udvalgt tre store afsnit. Det vil i denne undersøgelse sige afsnit over 35 medarbejdere (hoveder), der refererer til afdelingssygeplejersken i afsnittet.²
- *Funktion* - Som værende blandt de mest udbredte, er der udvalgt sengeafsnit med døgnbemanding og med blanding af akutte og planlagte patienter.
- *Sammensætning af personale* - Der er udvalgt afsnit, der ligner hinanden på sammensætningen af plejepersonale for henholdsvis sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter/sygehjælpere. Alle tre afsnit har en blanding af erfarne og nyuddannede sygeplejersker.
- *Uddannelsesforpligtigelse* - Der er udvalgt afsnit, der alle deltager i uddannelsen af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter/sygehjælpere.
- *Geografi* - Derudover har der været udvælgelseskriterier relateret til geografi ved, at der kun er udvalgt afsnit i Region Midtjylland, og at der er udvalgt afsnit, der geografisk ligger på forskellige hospitaler i Region Midtjylland. I løbet af projektperioden er to af disse hospitaler formelt fusioneret til ét.

² Når vi definerer et stort afsnit på 35 medarbejdere og opefter, har det sin baggrund i Andersen & Sonnes undersøgelse, der viste, at ledelse af sengeafsnit ændres, når spændet kommer op på mellem 30-40 medarbejdere (Andersen & Sonne 2007).

1.4.5 Interviews

Der er gennemført 21 dybdegående interviews i såvel fase 1 som i fase 3 af projektet.

Interview med	Antal interviews (fase 1)	Antal interviews (fase 2)
Afdelingsledelser	3	3
Afdelingssygeplejersker	4	4
Afsnitsoverlæger (gruppeinterview)	1	1
Funktionsoverlæge	1	1
Gruppe af overlæger	2	2
Gruppe af nøglepersoner	3	3
Gruppe af sygeplejersker ³	4	4
Gruppe af social- og sundhedsassistenter/ Pædagoger ⁴	3	3
I alt	21	21
I alt fase 1 og 2	42	

Alle interviews blev optaget på voicerecorder og derefter transskriberet i deres fulde længde⁵. Samlet ligger der ca. 2500 siders interviewtransskriptioner. Interviewene blev gennemført på baggrund af semistrukturerede interviewguides (se bilag A for uddybning).

1.4.6 Interventioner

Som led i projektet er der på de tre udvalgte sengeafsnit nedsat styregrupper, som har bestået af afdelingsledelse, afdelingssygeplejersker, medarbejderrepræsentanter samt en organisationskonsulent fra projektgruppen. Styregrupperne har haft en central rolle og funktion i hele projektperioden, både for at forankre projektets aktiviteter på sigt, og for i løbet af projektperioden at sikre gennemførelse af aktiviteterne før, under og efter interventionsperioden. Der har i projektperioden været afholdt ca. 8 styregruppemøder på hvert afsnit.

Efter den første del af projektet er resultaterne fra den kvantitative undersøgelse, litteraturundersøgelser samt de kvalitative undersøgelser blevet fremlagt for de respektive styregrupper. Derefter er der gennemført en fælles workshop for alle tre styregrupper for at kvalificere og inspirere til videreudvikling af de temaer, som de fandt udfordrende og relevante at arbejde med i løbet af interventionsperioden. Efterfølgende har styregrupperne taget stilling til, hvilke specifikke emner de hver især har ønsket at sætte fokus på. Der er indgået kontrakt om metoder og aktiviteter og blevet stillet konsulentstøtte til rådighed (se eksempel på kontrakt, bilag F).

³ På det afsnit, hvor afdelingssygeplejersken også er afdelingssygeplejerske for et andet afsnit, er der også gennemført interviews med sygeplejerskerne her.

⁴ Det er kun på børneafsnittet, at der også er pædagoger, der refererer til afdelingssygeplejersken.

⁵ Et interview blev ikke transskriberet, fordi kvaliteten af lydoptagelsen var for dårlig. Der er her i stedet skrevet referat af intervieweren.

Fælles for interventionerne har været at afprøve strategier og udvikle nye metoder til organisering og håndtering af ledelse på store afsnit. Som led i interventionerne er der gennemført:

- temamøde for hele personalegrupper
- temamøde for overlæger og afdelingssygeplejersker
- ledersparringsforløb med afsnitsledelsen
- ledersparringsforløb for afdelingssygeplejerskerne på de tre respektive afsnit

Endvidere har der i et af afsnittene i forbindelse med fokus på temaet *forstyrrelser* været gennemført en før- og efter-observationsmåling af afbrydelser.

Endelig har der været etableret et møde med de respektive afdelingssygeplejersker for i fællesskab at drøfte deres ledelsesopgaver, roller og ansvar i et stort afsnit.

Efter interventionsdelen og den efterfølgende kvalitative undersøgelse, er resultaterne blevet fremlagt for styregrupperne til inspiration og videre udvikling af det enkelte afsnit.

1.4.7 Kvantitative analyser på tværs af syv hospitaler

For at undersøge, hvad afsnitsstørrelsen generelt betyder for vilkår for ledelse og psykisk arbejdsmiljø, er der gennemført kvantitative analyser på tværs af sengeafsnittene på de syv hospitaler i Region Midtjylland.

Størrelsen er undersøgt i forhold til:

- Sygefraværet (2008, 2009 og 2010)
- Personaleomsætning (2008, 2009 og 2010)
- Arbejdsklimaundersøgelser (AKU) – de seneste - fra perioden 2007-2009
- Patienttilfredshed (2009 og 2010)

Det har ligeledes været undersøgt, om der kunne siges noget meningsfuldt om produktivitet og antallet af rapporterede utilsigtede hændelser (UTH). Det viste sig imidlertid ikke at være tilfældet. De nærmere overvejelser herom fremgår af bilag C.

1.4.8 Observationsstudier

Som led i projektets forskningsoverbygning blev der indledningsvist gennemført observationsstudier. Observationsstudierne bestod af observationer af afdelingssygeplejerskernes og tre nøglepersoners (koordinatorer og souschef) arbejde en dag på hvert afsnit. I alt seks personers arbejdsdage. Observationerne er nedfældede i detaljerede observationsreferater.

1.4.9 Litteraturundersøgelse

Der er gennemført en litteraturundersøgelse af ledesspænd generelt samt af ledesspænd i hospitalsafsnit, herunder medarbejdertrivsel og arbejdsglæde. Litteraturundersøgelsen har desuden omfattet sygeplejeledelse relateret til afsnitsstørrelse og ledesspænd (se bilag A for uddybning). En væsentlig del af litteraturgennemgangen er gennemført som led i forskningsoverbygningen.

1.5 Læsevejledning

Rapporten kan læses i sin helhed eller læseren kan udvælge kapitler af særlig interesse.

Kapitel et har introduceret til undersøgelsens problemstillinger og kort redegjort for de anvendte metoder.

Kapitel to er en gennemgang af andre undersøgelsers resultater om betydningen af ledelsesspænd blandt plejepersonale.

Kapitel tre præsenterer resultaterne af den kvantitative undersøgelse på tværs af alle hospitalsafsnit i Region Midtjylland.

Kapitel fire præsenterer kort de tre hospitalscases.

Kapitel fem handler om medarbejdertrivsel i store afsnit.

Kapitel seks handler om afdelingssygeplejerskens ledelsesrolle i store sengeafsnit og hvilke udfordringer denne rummer.

Kapitel syv handler om delegering af ledelsesopgaver til kliniske koordinatore og andre nøglepersoner.

Kapitel otte handler om det tværfaglige ledessamarbejde med lægerne og om samarbejdet mellem oversygeplejersken og afdelingssygeplejersken.

Kapitel ni handler om projektets interventioner og resultaterne heraf. Kapitlet henvender sig primært til læsere, der er interesserede i, hvordan der kan arbejdes med at forbedre ledelseskvaliteten i store afsnit.

Kapitel 10 diskuterer og konkluderer undersøgelsens resultater og fremsætter anbefalinger.

kapitel 11 perspektiverer diskussionen om, hvad der afgør størrelsen på et passende ledelsesspænd. Perspektiveringen henvender sig til læsere, der interesserer sig for teorier og praktiske erfaringer om, hvad en god størrelse er. Kapitlets primære målgruppe er ledere og beslutningstagere.

Rapportens bilag er samlet i et selvstændigt dokument og kan vælges til eller fra i læsningen af rapporten alt efter læserens detaljeringsønsker og behov.

2 Hvad siger litteraturen om store afsnit?

"Most empirical research on size has dealt with the organization rather than the subunit." (Comstock & Scott 1987).

Hvilken betydning har de mere strukturelle faktorer for udøvelsen af ledelse? Dette er et spørgsmål, der har optaget forskere og andre, der har beskæftiget sig med begrebet span of control – ledelsesspænd⁶. I kapitel to ser vi på, hvad litteraturen om ledelsesspænd og litteraturen om afdelingsstørrelser har bidraget til at skabe lys over spørgsmålet.

2.1 Span of control – ledelsesspænd

Begrebet span of control bygger på den indlagte logik, at ledere blot kan overskue et begrænset antal medarbejdere (Meier & Bohte 2000). Hvor mange medarbejdere, der er tale om, at ledere kan overskue, har der dog været mange varierende bud på.

Span of control er et begreb, som i 1920'erne og 1930'erne blev sat på dagsordenen af Lyndall Urwick og Luther Gulick. Inspireret af såvel general Sir Ian Hamilton (Urwick 1956) og franskmændene Henri Fayol⁷ argumenterede de for, at strukturelle karakteristika i bureaukratiske organisationer spiller en stor rolle for organisatorisk performance (Meier & Bohte 2000). De argumenterede for, at det er muligt at arbejde mod en mere optimal performance ved at følge en række administrative principper såsom:

- Arbejdsdeling - hvilket tillader medarbejdere at specialisere sig
- Entydig ledelse - hvilket modvirker forvirring i forbindelse med modstridende signaler fra et for stort antal ledere, og
- Span of control, hvilket dikterer, at ledere blot kan overskue et begrænset antal medarbejdere (Meier & Bohte 2000). Blev disse principper fulgt var det forventningen, at roller og relationer ville være veldefinerede, og at de organisatoriske ressourcer ville blive udnyttet optimalt (Meier & Bohte 2000)

I de tidlige tekster var anbefalingerne om det optimale ledelsesspænd noget mindre end, hvad der i dag anses for passende størrelser. Fayol anbefalede seks medarbejdere, eller op til 20-30 hvis opgaverne var simple (Fayol 1951). Urwick anbefalede, at ledere maksimalt havde fem-seks medarbejdere i direkte linje under dem (Urwick 1956). Graicunas konkluderede ud fra en matematisk beregningsmodel, at et ledelsesspænd på seks-syv medarbejdere var alt, en leder effektivt kunne håndtere. Herefter ville kommunikations- og interaktionsmønstrene blive for omfattende (Graicunas 1937 i Pabst 1993). Ifølge Urwick bør Graicunas resultater endog tolkes endnu mere konservativt til fem underordne-

⁶ Span of control har også i ledelseslitteraturen været refereret til som span of management, span of supervision og span of authority (Van Fleet & Bedeian 1977).

⁷ Henry Fayol (1841-1925) og hans værker anses for en klassiker inden for organisationsteorien.

de som det optimale mål, så koordinations- og supervisionsbyrden ikke bliver for stor (Urwick 1956). Hvad angår ledelse af ledere konkluderede Sir Ian Hamilton på baggrund af århundreders erfaringer blandt soldater, at en højt placeret leder bør have højest seks mellemledere under sig (Urwick 1956).

2.1.1 1940'erne - span of control begrebet kom i en mølpose

I 1946 præsenterede Herbert Simon⁸ en så grundlæggende kritik af denne tilgang med fokus på de strukturelle dimensioner af ledelse, at eksempelvis span of control begrebet i vidt omfang blev lagt i den organisatoriske mølpose og blev erstattet af studier i beslutningsprocesser i organisationer (Meier & Bohte 2000). Ifølge Simon var management principperne vage og præget af modsætninger. Han argumenterede fx for, at specialisering var langt mere kompleks i den virkelige verden og både kunne relatere sig til funktion og sted. Medarbejdere i en organisatorisk enhed kunne således udføre multiple opgaver. Angående entydig ledelse argumenterede Simon for, at denne står i modsætning til specialisering, da specialisering kræver ledelse med indsigt i de specialiserede områder. Hvis lederen sidder for langt væk, kan specialiseringsfordelene således smuldre. Angående ledelsesspænd argumenterede han for, at hvis ledere kun kunne have et begrænset antal af medarbejdere, så ville antallet af hierarkiske niveauer stige og føre til øget bureaukratisering og ineffektivitet. Han argumenterede kort sagt for, at de udpegede management principper ikke kunne anses for mere betydningsfulde end andre principper (Meier & Bohte 2000).

Da Simon lancerede sin kritik, fandtes der ikke systematisk evidens for effekterne af varierende ledelsesspænd, og en af ulemperne ved, at begrebet i vidt omfang blev taget af forskningsagendaen var, ifølge Meier og Bohte, at en sådan evidens heller ikke senere blev tilvejebragt (Meier & Bohte 2000). Med deres artikel fra 2000 har Kenneth Meier og John Bohte søgt at relancere span of control begrebet i studiet af offentlige organisationer.

2.2 Ledelsesspænd inden for hospitaler

I takt med, at hospitalsafsnit er blevet stadig større, ofte i forbindelse med nedskæringer, har der været en stigende interesse for ledelsesspænd særlig i Canada og i USA.

Ifølge Cathcart har litteraturen om ledelsesspænd i sundhedssektoren primært fokuseret på tre variable:

1. Hyppighed og intensitet i kontakten mellem medarbejdere og ledere
2. Arbejdets kompleksitet
3. Lederes og medarbejderes evner

⁸ Herbert Simon og hans værker anses for en klassiker inden for organisationsteorien.

Overordnet set er konklusionerne i disse studier, at jo mindre behov for hyppige kontakter, jo mindre komplekst arbejdet er og jo mere kapable ledere og medarbejdere er, jo større spænd kan håndteres (Cathcart et al. 2004; Lucas, Laschinger, & Wong 2008).

I det følgende vil vi gennemgå undersøgelsernes resultater om sammenhæng mellem størrelse og en række centrale områder.

2.2.1 Sammenhæng med arbejdsglæde

Ifølge Weisman, Alexander og Chase har den arbejdsglædelitteratur, der ser på sammenhænge med organisatoriske karakteristika og arbejdsglæde typisk to konklusioner:

- 1) at der er en positiv sammenhæng mellem, hvilket organisatorisk niveau man befinder sig på og arbejdstilfredshed; jo høje niveau, jo mere tilfreds.
- 2) at der er en negativ sammenhæng mellem enhedsstørrelse og arbejdstilfredshed; jo større enhed, jo mindre tilfreds (Holm-Petersen 2011; Weisman et al. 1980).

Weisman, Alexander og Chase konkluderede på baggrund af deres amerikanske undersøgelse af sygeplejerskers arbejdstilfredshed, at medarbejdertilfredsheden faldt i takt med, at størrelsen steg (Holm-Petersen 2011; Weisman, Alexander, & Chase 1980). På hospital A med de største ledelsesspænd var kommunikation med lederen en stærkere negativ faktor i tilfredsheden end på hospital B. Hvilket måske kan tolkes i den retning, at kommunikation bliver en større udfordring i større afsnit.

I Canada har Doran med flere vist, at der er en sammenhæng mellem sygeplejerskers jobtilfredshed og ledelsesspænd (Doran et. al. 2004). Sammenhængen er dog af mere modererende karakter. Det vil sige, at ledelsesstil som udgangspunkt er en stærkere udslagsgivende faktor end ledelsesspænd. Samtidig forstærker ledelsesspænd de henholdsvis positive og negative effekter af ledelsesstilen. Selv den bedste ledelsesstil kan således kun håndtere et ledelsesspænd op til en vis størrelse før, det går ud over tilfredsheden (Doran et. al. 2004). Dette resultat understøttes af en anden canadisk undersøgelse med fokus på sammenhænge mellem ledelsesspænd, empowerment og sygeplejelederes følelsesmæssige intelligens, som udtrykt i deres ledelsesstil⁹. I takt med at ledelsesspændet steg, faldt den positive indflydelse, som den følelsesmæssigt intelligente ledelsesstil kunne have (Lucas, Laschinger, & Wong 2008).

Også Cathcart med flere nåede frem til, at span of control havde en modererende effekt. Større span of control har ifølge Cathcart med flere en negativ indvirkning på sygeplejemedarbejdernes engagement (Cathcart et. al. 2004). Nogle ledere havde i den højere ende 75-150 medarbejdere, som refererede til sig. Ved over 80 blev der i fire units (enheder) gennemført reduktioner i ledelsesspændet ved at oprette flere ledelsesstillinger.

⁹ Empowerment kan oversættes til skabelse af mulighed for at handle selv, have egenkontrol. Følelsesmæssig intelligens er et begreb, som sammenfatter en række emotionelle evner, heriblandt selvbevidsthed, selvbeherskelse og indlevelsesevne. Følelsesmæssig intelligent ledelsesstil omfatter emotionelle kompetencer inden for empati, at opbygge relationer og kommunikation.

Resultatet heraf var blandt andet, at arbejdsglæde steg alle fire steder (Cathcart et. al. 2004).

I en dansk undersøgelse af sygeplejerskers arbejdsglæde fremgik det, at sygeplejersker forbandt det at arbejde på mindre hospitaler i mindre afsnit med arbejdsglæde (Holm-Petersen 2011). Dette resultat understøttes af en interviewundersøgelse blandt sygeplejersker, hvoraf det fremgik, at sygeplejerskerne, der har skiftet fra et offentligt hospital til et privathospital, ser som en fordel ved privathospitaler, at de er mindre end offentlige hospitaler. Ifølge sygeplejerskerne medfører mindre enheder, at de er mindre bureaukratiske, og at der er en mere tæt kontakt, hvor alle kender hinanden. Sygeplejerskerne oplever, at det hele glider lidt nemmere i mindre enheder (Holm-Petersen 2009).

2.2.2 Sammenhæng med personaleomsætning

Enkelte undersøgelser peger på, at der er en sammenhæng mellem ledelsesspænd og hvor hurtigt medarbejderne rejser. De peger på, at udskiftningen er større i større enheder.

Doran med flere fandt i canadisk sammenhæng, at hver gang antallet af medarbejdere under en leder stiger med 10, stiger udskiftningen 1,6%. Ved 50 medarbejdere er udskiftningen således 8%, mens den er 16% ved 100 medarbejdere (Doran et. al. 2004).

I en undersøgelse af svenske sygeplejersker viser Stina Fransson Sellgren i tråd hermed, at personaleomsætningen er lavere i de mindre enheder med højst 25 medarbejdere (Sellgren 2007).

2.2.3 Sammenhæng med faglig kvalitet og ledelseskvalitet

Der er undersøgelser, der peger på, at det kan have en negativ indvirkning på kvaliteten af patientplejen, når afsnit bliver store og ledelsesspændet stort.

En amerikansk undersøgelse af 42 intensivafdelinger viste, at der er sammenhæng mellem de sundhedsprofessionelles interaktion og opfyldelsen af de pårørendes behov. Opfyldelsen stiger, når kvaliteten af de sundhedsprofessionelles interaktion bliver højere (Shortell, Zimmerman, Rousseau, Gillies, Wagner, Draper, Knaus, & Duffy 1994). Undersøgelsen viste også, at jo bredere fagligt område (jo højere diagnose diversitet), jo højere var enhedens risikojusterede dødelighed (Shortell et al. 1994). De forklarer dette med, at lægers og plejepersonales ekspertise bliver højere, når de er mere specialiserede. Bedre koordination, konflikthåndtering og kommunikation af relevant information forbindes også med specialisering (Shortell et. al. 1994).

I Canada har sygeplejersker peget på, at de har dårligere tilgang til ressourcer samt mindre støtte fra lederen, når afsnit bliver større, hvilket har forringet deres muligheder for at udføre patientpleje af høj kvalitet (Lucas, Laschinger, & Wong 2008).

Erik Elgaard Sørensen har studeret sygeplejeledelse i dansk kontekst. Han konkluderer blandt andet, at der med et stort ledelsesspænd følger en større mængde administration og dermed forringede muligheder for at være tæt på den kliniske praksis og på medarbejderne (Sørensen 2006). Per Bo Andersen og Bente Sonne peger i deres undersøgelse

af afdelingssygeplejerskens rolle i det store afsnit på, at der sker ændringer i afdelings- sygeplejerskens lederrolle, når medarbejderantallet er mellem 30-40 og derover. Hvorefter det ikke er muligt at have samme kontakt med medarbejderne (Andersen & Sonne 2007).

Der er i litteraturen enighed om, at der er en sammenhæng mellem patientvolumen og kvalitet (West 2001). Der er dog ikke enighed om, hvorfor det forholder sig sådan (West 2001). Ifølge et engelsk litteraturreview gennemført i regi af universiteterne i Leeds og York i midten af 1990'erne, er der ikke en statistisk signifikant sammenhæng mellem patientoutcome i form af fx dødelighed og størrelse, når der tages højde for patient case mix (Nuffield Institute for Health & NHS Centre for Reviews and Dissemination 1996). Den højere dødelighed i små intensive enheder forsvinder således, når der tages højde for, at patienterne her indlægges i dårligere tilstand.

2.2.4 Sammenhæng med patienttilfredshed

En enkelt undersøgelse har vist, at der er en sammenhæng mellem ledelsesspænd og patienttilfredshed. Således har Doran med flere vist, at patienttilfredsheden falder, når ledelsesspændet bliver større (Doran et. al. 2004).

2.2.5 Sammenhænge med produktivitet

Det har i litteraturen ofte været set som gældende, at jo højere spændet er, jo mere effektiv er produktionen. Hermed er der flere, der er involveret i at producere noget frem for blot at supervisere dem, der producerer (Meier & Bohte 2000). Det anses dog kun at være gældende indtil en vis grænse, hvor situationen i yderste konsekvens kan blive, at hver ny medarbejder reelt vil føre til nedgang i produktionen på grund af manglende supervision, koordination, og ledelse (Meier & Bohte 2000).

Dalton med flere publicerede i 1980 et review af den eksisterende litteratur om sammenhænge mellem struktur og produktivitet. De konkluderede på baggrund heraf, at der på lavere enhedsanalyse niveau (subunit level of analysis), end på organisationsniveau, er evidens for, at produktiviteten er størst i mindre enheder (Dalton et. al. 1980). De konkluderede dog også, at der generelt var tale om et felt, der var præget af spredt fægtning og kun lidt hårdtslående evidens. De pegede derfor på, at der var brug for mere forskning inden for området (Dalton et al. 1980).

Hrebiniak & Alutto har gennemført et komparativt organisatorisk studie af performance (ydeevne) på psykiatriske sengeafdelinger. Undersøgelsen viste, at udgifterne per senge dag (cost per patient day) steg i takt med størrelsen af sengeafsnit (Hrebiniak & Alutto 1973).

2.3 Variation i størrelse og ledelsesspænd

Undersøgelser viser, at der er store variationer i ledelsesspænd afhængig af sektorer, virksomhedsstørrelse og typen af arbejde, der udføres (Davison 2003). Det amerikanske Saratoga Institut fandt, at median ratioen inden for sundhedsvæsenet var 1 leder til 16 medarbejdere, mens den kun var 1 til 4 i servicesektoren (Davison 2003). Et andet mål for, hvor meget, der investeres i ledelse er ifølge Barbara Davison, hvor mange penge,

der bruges herpå. Og her investeres der mest i virksomheder med højst 500 ansatte og virksomheder, der er inden for servicesektoren. Mindst investeres der inden for sundhedssektoren og virksomheder på mellem 2.000-5.000 medarbejdere (Davison 2003).

Det gennemsnitlige ledelsesspænd for afdelingssygeplejersker på to amerikanske hospitaler var 36,81 (Altaffer 1998). I Canada lå ledelsesspændet for sygeplejeledere på de syv hospitaler i Doran med fleres undersøgelse mellem 36-151 (Doran et. al. 2004).

I Weisman, Alexander og Chase's undersøgelse var der gennemsnitligt 17,02 mod 12,89 fuldtidsansatte på henholdsvis hospital A og B (Holm-Petersen 2011; Weisman, Alexander, & Chase 1980).

Baernholdt og Mark har undersøgt afdelingsstørrelser i 146 amerikanske hospitaler og finder, at der generelt er større enheder på hospitaler i byerne frem for i landområderne (gennemsnitlig 33,8 senge mod 29,4 senge) (Baernholdt & Mark 2009).

På hospitalerne synes der også at være en tendens til varierende ledelsesspænd såvel i Danmark som i udlandet alt efter, hvilke afdelingstyper der er tale om. Mary Pabst har i USA undersøgt ledelsesspænd (Pabst 1993) på to hospitaler. Det største spænd var på intensiv (1:62,9). Herefter CV open heart (åben hjertekirurgi) (1:62,4) og CCU (livmoderhalskræft) (1:47,6), hjertekirurgi (1:40,7). Neurokirurgi (1:25,8). I Danmark ser vi også særligt store ledelsesspænd på intensiv afsnit¹⁰, mens intensiv afsnittene omvendt er små i Canada (Leatt & Schneck 1985).

Der er en tendens til, at ledelsesspænd har været stigende. I 1987 fandt Ann Barry Flood og W. Richard Scott, at den gennemsnitlige afsnitsstørrelse var 23,96 på 142 amerikanske sengeafsnit – rangerende fra 6,3 til 50,8 medarbejdere (Flood & Scott 1987).

Ifølge Kelly Topp og Jon H. Desjardin har den primære bevæggrund for at øge ledelsesspænd inden for den amerikanske sundhedssektor hovedsagelig været ønsket om at skabe økonomiske besparelser ved at spare mellemledere væk (Topp & Desjardin 2011). De stiller spørgsmålstegn ved, om det er passende at have ledelsesspænd inden for sundhedssektoren, der er dobbelt så store som inden for langt mindre komplekse brancher (Topp & Desjardin 2011).

2.4 Hvad er bevæggrunden for større ledelsesspænd?

Som nævnt anses økonomiske besparelser ved at skære i antallet af lederlønnings ofte for at være en central drivkraft i at gøre ledelsesspænd større. En anden drivkraft har været at mindske antallet af bureaukratiske lag.

¹⁰ I Region Midtjylland ligger de fleste intensiv afsnit mellem 45 – 55 medarbejdere. Mindste er på 33. Højeste på 114 medarbejdere (Info RM, 2010).

En tredje drivkraft har handlet om noget helt andet – nemlig udviklingen mod at se medarbejdere som kapable i forhold til at udvikle sig og selvstændigt træffe beslutninger. Ofte omtalt som empowerment. Fra at se 5-6 medarbejdere under en leder som passende, er der sket en udvikling mod at se større ledelsesspænd som passende. Dette kan ses som en afspejling af ændrede måder at tænke relationen mellem medarbejdere og ledere på. Ledelsesspændbegrebet rummer nemlig en række antagelser om relationen mellem medarbejdere og ledere.

Tidligere var det i højere grad tankegods fra teorier som principal agent teori, der lå bag, at ledere kun kunne overskue et begrænset antal af medarbejdere. I principal agent teorien, hvor en part (principalen) delegerer til en anden part (agenten) ud fra en incitament- og belønningsstruktur, var der fokus på ledelse som et spørgsmål om kontrol af medarbejdere. Dette lå i tråd med den direkte oversættelse af *span of control* som et spørgsmål om kontrol af medarbejdere. Ifølge principal agent teori kan et snævert spænd mindske snyd og uhensigtsmæssig opførsel. Der er inden for teorien blevet argumenteret for, at hvis ledere og medarbejdere har sammenfaldende mål, så kan spændet dog være større uden, at dette fører til markante stigninger i snyd og uhensigtsmæssig opførsel (Meier & Bohte 2000).

Teorien er i tråd med McGregors teori x, hvor ledelsesspændet bør være snævert, fordi ledere ikke kan have tillid til, at deres medarbejdere mere selvstændigt kan løse opgaverne (McGregor 1960). Hvorimod spændet ifølge teori y bør være løsere med mindre kontrol til følge for, at medarbejdere bliver inspireret til at opnå deres potentiale gennem at arbejde selvstændigt og påtage sig nyt ansvar (McGregor 1960).

Hvis vi overfører disse teorier til hospitalssammenhæng med stigende ledelsesspænd, kan vi se, at der her er valgt en tilgang med tillid til medarbejderne uden snæver kontrol.

2.4.1 Stort ledelsesspænd positivt eller negativt for empowerment?

Argumentet for et løsere spænd genfindes altså i empowerment tilgangen, som blandt andet har spillet en stor rolle inden for amerikansk sygeplejeforskning og udviklingen af konceptet magnethospitaler¹¹. Ifølge Marlene Kramer og Claudia Schmalenberg bygger teorien bag "magnetisering" på det udgangspunkt, at der skal være kvalitet i ledelsen, men supervisionen må ikke være for tæt. Tæt supervision anses for hæmmende for kreativitet, autonomi og produktivitet (Kramer & Schmalenberg 1991), og for mange ledelseslag anses for at være bureaukratisk. Refererende til Tom Peters mener de, at det er en vigtig del af magnethospitaler, at der ikke er for mange ledelseslag og helst kun tre.

¹¹ Under sygeplejerskemanglen i 1980'erne i USA var der en række hospitaler, som i langt højere grad end andre var i stand til at rekruttere og fastholde sygeplejersker. Disse hospitaler blev udbråbt til "magnet" hospitaler på grund af deres evne til at tiltrække og fastholde og der er foretaget en del undersøgelser af, hvad de gjorde anderledes og bedre end andre hospitaler (Scott, Sochalski, & Aiken 1999). Herunder er der udpeget en række ledelsesmæssige karakteristika som afgørende fx en ledelsesform, der er synlig, tilgængelig og bakker op om sine medarbejdere (Scott et al. 1999).

Hvad angår ledelsesspænd peger de på, at dette bør ligge mellem 25-75 for at give plads til empowerment og autonomi (Kramer & Schmalenberg 1991).¹²

En vigtig antagelse i Kramer og Schmalenbergs anbefalinger er, at der er tale om veludannede, kompetente og dedikerede sygeplejersker samt at ledelsens rolle er at delegerer ansvar, beslutningskompetence og handlemuligheder og skabe et støttende miljø, men ellers holde sig på afstand og have tillid til medarbejderne (Kramer & Schmalenberg 1991).

Netop dette med at skabe et støttende miljø har dog været problematiseret. Flere undersøgelser har koblet empowerment og ledelsesstil sammen. Et studie fra 2004, omhandlende foranderlig ledelsesstils indflydelse på sygeplejerskers arbejdstilfredshed, viste en negativ effekt af et for stort ledelsesspænd. Ledelsen er ikke i stand til at udvikle tætte forhold til deres ansatte, udøve støtte og individuelle hensyn, når spændet bliver for stort (Lucas, Laschinger, & Wong 2008). Et for stort ledelsesspænd giver således ifølge disse undersøgelser medarbejderen nedsat følelse af empowerment – i stedet for mere empowerment.

Kritikere af empowerment bevægelsen har også peget på, at empowerment ofte er knyttet til effektiviseringstiltag, hvor selvstyrende grupper eksempelvis skal erstatte ledelseslag. Johnson argumenterer for, at empowerment hovedsagelig er blevet en managementideologi, der basalt set er designet til at presse medarbejdere til at yde mere (Johnson 1997 i Hechanova-Alampay & Beehr 2001). Han mener, at udkommet vil være organisatorisk anoreksi. Andre kritikere har kaldt empowerment *management by stress* (Parker & Slaughter 1995 i Hechanova-Alampay & Beehr 2001).

Der er således ikke fuld enighed om sammenhænge mellem stort ledelsesspænd, empowerment og nødvendigheden af autonomi i relation til nærmeste leder, og det er ikke velbelyst, om plejepersonale på hospitaler er at sammenligne med andre faggrupper og fagområder for hvad angår empowerment og autonomi.

2.4.2 Ledelsesspænd og coachende ledelse

I andre undersøgelser ses et snævert ledelsesspænd som en positiv foranstaltning for medarbejdere. Ledelse tænkes her ikke som primært omhandlende kontrol eller utidig indblanding, men snarere som coaching af og støtte til medarbejdere. Et snævrere ledelsesspænd er derfor positivt for medarbejdere, fordi der kommer mere fokus på og støtte til det daglige arbejde. Et mere snævret spænd muliggør således mere kontakt og relationel koordination med ledelsen (Gittell 2001).

¹² Magnetiseringsmodellen er udviklet i USA, og spørgsmålet er, om denne kan overføres til skandinaviske eller danske forhold? Sigrún Gunnarsdóttir har undersøgt modellens overførbarhed til nordiske forhold. Hendes studie viste, at islandske sygeplejersker lægger mindre vægt på autonomi og kontrol over egen praksis end deres kolleger i USA og Canada. Undersøgelsen forklarer ikke, hvorfor det forholder sig sådan. Måske kan forklaringer således både være, at nordiske sygeplejersker i højere grad tager autonomi og kontrol for givet - og i den modsatte grøft, at nordiske sygeplejersker ikke har samme kultur og træning i at dyrke sygepleje som mere autonom fagprofession. Kilde: Præsentation på Nordisk Summer Symposium i Gøteborg Maj 2009 "Does Size Matter?".

En række studier i 1990'erne viste således, at grupper, der skal løse opgaver sammen, klarer sig bedre, når de kan få støtte fra en leder (Gittell 2001). Studierne understøtter, ifølge Jody Hoffer Gittell, argumentet for, at et snævrere ledelsesspænd er mere organisatorisk effektivt.

Nogle undersøgelser argumenterer for, at snævre spænd øger muligheden for at opbygge fælles mål og give løbende sparring til medarbejderne (Gittell 2001). Porter og Lawler fandt i 1964, at ledere med snævre spænd er mere tilgængelige for coaching og feedback (Gittell 2001), og et snævrere spænd giver mulighed for mere kontakt og kommunikation mellem medarbejdere og ledere (Porter og Lawler 1964, Blau 1968 i Gittell 2001). Ford fandt i 1981, at ledere med et stort spænd havde svært ved at opretholde effektive relationer til sine medarbejdere (Gittell 2001).

Ved større spænd træffer ledere ifølge Heller og Yukl 1969 mere autokratiske beslutninger (Gittell 2001). Fordelen ved snævert spænd er den tættere og mere uformelle relation, der opstår (Woodward 1965 i Gittell 2001).

Jody Hoffer Gittell har gennemført to case studier af fly afgang performance under henholdsvis en struktur med et stort (33,8) og et mindre (8,7) ledelsesspænd (Gittell 2001). I alt undersøgte hun otte grupper. Hendes kvantitative analyse viste, at hvor spændet var mindre mellem ledere og medarbejdere, var gruppeprocesserne og performance bedre. Den kvalitative del af hendes undersøgelse anvendte hun til at forklare, at den primære forskel ligger i interaktionen mellem ledere og medarbejdere. Hvor spændet er mindre, er der således en oftere og mere intensiv kontakt, mens der ved det større spænd var mindre kontakt, og der blev lagt mere afstand til medarbejderne. I det snævre spænd var det muligt at arbejde tættere på medarbejderne, hvilket gav mindre social og informationsdistance. Det var nemmere at udvikle fælles mål. De var mere modtagelige for ledelsesmæssig coaching og feedback. Den ledelsesmæssige monitorering kom til at fylde mindre. Medarbejdere monitorerede i højere grad hinanden. Lederne kunne dermed bedre udføre deres coaching og feedback og arbejde mere effektivt. Ved større spænd agerede lederne mere bureaukratiske i deres adfærd. De anvendte flere regler. Deres rolle var primært at monitorere performance i relation til de mål, hovedkvarteret havde sat op (Gittell 2001).

2.5 Er der tale om et omvendt U?

Ifølge Barrasa, West og Gil er der i litteraturen belæg for at sige, at større teams eller grupper, som udgangspunkt, er mere dysfunktionelle end mindre teams (Barrasa et al. 2007). De peger blandt andet på tab i koordination, motivation og kommunikation. Grupper kan dog også blive for små. Barrasa, West og Gil mener der i litteraturen er belæg for at opstille en hypotese om det omvendte U. At fordelene stiger indtil et vist punkt, hvor efter de begynder at dale igen (Barrasa, West, & Gil 2007).

2.6 Delkonklusion: Viden om store ledelsesspænd

Om end ledelsesspænd kan ses som et centralt organisatorisk komponent i ledelsen af hospitalsafsnit, er den forskning, der har været gennemført herom, spredt.

- Der findes ikke forskningsmæssigt belæg for, hvor stort et ledelsesspænd, der er produktivt/effektivt på eller kvalitets/trivselsbærende for et sengeafsnit.
- Der er generelt større ledelsesspænd i sundhedsvæsenet end i andre brancher.
- Der er store variationer i ledelsesspænd relateret til specialer og geografisk placering. Ledelsesspænd er typisk større på store hospitaler i byområder.
- Der er en tendens til, at ledelsesspænd blandt frontlinjemedarbejdere såsom plejepersonale er stigende.
- Ledelsesopgaver skifter karakter med større ledelsesspænd.
- Ledelsesspænd er ikke i sig selv den mest betydningsfulde faktor for ledelse. Ledelsesstil og interaktion mellem ledere og medarbejdere anses således for at være mere betydningsfuld. Pointen er dog, at selv ikke den bedste ledelsesstil eller interaktion kan være effektiv, når antallet af medarbejdere under en leder bliver for stort. Samt at problemer relateret til ledelsesstil bliver værre, når spændet bliver for stort og ledelseskapalet dermed mangler.
- Øget ledelsesspænd kan inden for empowerment tankegangen udlægges som et gode, da øget ledelsesspænd her forbindes med at udvise tillid til medarbejderne.
- Ulemperne med større ledelsesspænd er større personaleomsætning, mindre arbejds glæde samt lavere patienttilfredshed og muligvis lavere produktivitet.
- Teorier med fokus på vigtigheden af, at lederen har en rolle som coach for sine selvstændige medarbejdere, ser store ledelsesspænd som et problem, da lederen ikke kan overskue og coache så mange medarbejdere.
- Der kan formuleres en forventning om et omvendt U = Størrelse er en fordel indtil et vist punkt, hvorefter det kører den anden vej igen.

Ifølge litteraturen kan afsnit og ledelsesspænd således både være for små og for store. Præcis hvornår størrelser er effektive er der dog ikke klare bud på. Hvor ligger toppen af det omvendte U fx i sengeafsnitssammenhæng? I de kommende kapitler vil vi se på, hvad tallene fra Region Midtjylland kan sige i forhold til disse delkonklusioner og hvad der kan udledes fra de tre case afsnit. Senere i rapportens perspektivering vender vi tilbage til spørgsmålet om, hvad der er afgørende for effektive størrelser.

3 Hvad kan vi sige på baggrund af tal fra Region Midtjylland?

Litteraturen om ledelsesspænd peger på, at der kan være sammenhæng mellem ledelsesspænd og henholdsvis medarbejdernes jobtilfredshed, personaleomsætning og patienternes tilfredshed. Vi har i projektet undersøgt, om lignende sammenhænge kan findes for sengeafsnittene i Region Midtjylland.

Der har ikke hidtil eksisteret viden om, hvor mange og hvor store afsnit, der rent faktisk forekommer i regionen. Vi har derfor undersøgt, hvor store sengeafsnittene er og hvordan de har udviklet sig størrelsesmæssigt hen over projektperioden.

3.1 Data der har været til rådighed

De fleste data er hentet fra Region Midtjyllands ledelsesinformationssystem (InfoRM), som bl.a. indeholder informationer fra økonomisystem og lønsystem. Desuden er der hentet data fra arbejdsklimaundersøgelser og patienttilfredshedsmålinger. (Se detaljer om datamaterialet, antagelser herom og statistiske metoder i bilag D.

Der har været den datamæssige begrænsning, at de data, der er til rådighed via InfoRM, har forskellige formål og derfor organisatorisk afgrænser afsnit, ledere og ansatte på forskellig måde. Disse systemer har nemlig primært fokus på, at ansatte får den rigtige løn, og at udgifterne konteres på de enheder, man lokalt finder hensigtsmæssigt. Systemerne har ikke i sig selv til formål at afspejle den faktiske organisation og ledelsesspænd¹³.

Dette har givet nogle udfordringer i forhold til identificering og analyse af ledelsesspændet på sengeafsnittene i Region Midtjylland. Hertil kommer, at der i analyserne ikke har været mulighed for at kontrollere for sammensætningen af faggrupper, køn og alder¹⁴. Tallene kan derfor snarere indikere nogle tendenser, end de kan give entydige konklusioner.

3.2 Udviklingen i ledelsesspænd for sengeafsnittene

Sengeafsnittene er blevet færre og større hen over årene 2008-2010 og der er blevet færre afsnit, der ledes af mere end én afdelingssygeplejerske. Der er altså i perioden en tendens til større ledelsesspænd på sengeafsnittene i Region Midtjylland.

¹³ Fx kan en fusioneret enhed vælge at lade økonomien være opdelt efter de oprindelige enheder i den første tid efter fusionen. Hermed kommer afsnittet til at fremstå som to enheder i ledelsesinformationssystemet, selv om der ledelsesmæssigt er tale om én enhed. Der er heller ikke fuld overensstemmelse med de afgrænsninger og benævnelser, der er blevet anvendt i forbindelse med arbejdsklimaundersøgelser og patienttilfredshedsmålinger.

¹⁴ Der er således tale om simple sammenhænge med størrelse. Havde det været muligt at kontrollere for baggrundsvariable som aldersspredning og faggruppesammensætning (der ikke nødvendigvis er ens på tværs af store og små afsnit) havde dette muligvis ændret resultatet.

Nedenstående tabel viser udviklingen i sengeafsniternes antal og størrelse. Der var 173 sengeafsnit i 2008, som var reduceret til i alt 161 i 2010. Gennemsnitligt steg antal medarbejdere i afsnittene fra 34 til 36 ansatte.

Tabel 1 Antal sengeafsnit og gennemsnitsstørrelse

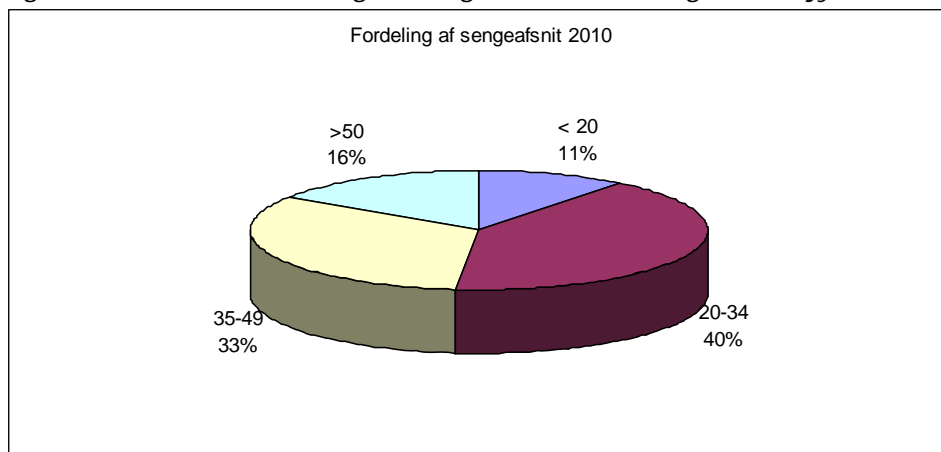
Årstal	Antal sengeafsnit	Gennemsnits størrelse (antal fastansatte)
2008	173	34
2009	171	35
2010	161	36

Hovedparten af sengeafsnittene har mellem 20 og 45 medarbejdere. Variationen ligger fra 5 ansatte i det mindste afsnit til 114 ansatte i det største afsnit. Der er ikke mange af de helt små eller helt store - omend en tendens til, at der er blevet flere af de store.

Figur 1 viser, hvordan størrelserne fordeles procentvis i 2010. Her fremgår det, at de store afsnit – dvs. over 35 ansatte – udgør knap halvdelen af alle sengeafsnittene (49%).

I 2009 udgør de store afsnit 44% af alle sengeafsnit, mens de i 2008 udgør 42%. Andelen af sengeafsnit med over 35 ansatte er altså steget fra 42 til 49 procent alene i perioden 2008 – 2010.

Figur 1 Procentvis fordeling af sengeafsnittene i Region Midtjylland 2010



3.3 Størrelses betydning for sygefravær og personaleomsætning

Vores analyser af sammenhængen mellem henholdsvis sygefravær og personaleomsætning i forhold til afsnitsstørrelse er gentaget i årene 2008-2010.¹⁵ Selvom de ikke giver et entydigt billede over alle de tre år, findes der signifikante sammenhænge.

I både 2008 og 2010¹⁶ stiger det korte sygefravær signifikant med afsnitsstørrelse i de ca. 160 – 170 sengeafsnit i regionen.

Også i fravær på grund af barnets 1. sygedag viser der sig signifikante sammenhænge. Således er der et større fravær i afsnit med over 35 ansatte.

Tallene omkring det korte sygefravær og fravær på grund af barnets 1. sygedag, kan måske bekræfte antagelsen om, at det er nemmere at melde sig fraværende i store afsnit, som der blev givet udtryk for under interviewene på de tre afsnit, der deltog i projektet (jf. rapportens kapital 5).

Også i personaleomsætning i 2010.¹⁷, findes der en signifikant sammenhæng. Personaleomsætningen stiger med antal ansatte i afsnittet.

Når der ikke er entydige sammenhænge mellem størrelse og personaleomsætning hen over de 3 år, kan en del af forklaringen ligge i bias i selve udregningsmetoden. Små enheder er eksempelvis tilbøjelige til at have en højere personaleomsætningsprocent end de store, idet få udskiftninger udgør en stor andel af personalegruppen (se bilag D).

3.4 Størrelses betydning for arbejdsklima

Gør det en forskel for medarbejdernes trivsel, om afsnittet er stort eller lille? Det har været et af de centrale spørgsmål i de kvantitative undersøgelser. Det er derfor undersøgt, om der er en sammenhæng mellem størrelse og de arbejdsklimaundersøgelser der er gennemført i perioden 2007-2009. Størrelse er i disse analyser opgjort efter det antal personer, der har fået tilsendt et spørgeskema om arbejdsklima, hvilket omtrentligt svarer til antal medarbejdere på afsnittet på det tidspunkt undersøgelsen gennemføres.¹⁸

Arbejdsklimaundersøgelserne er gennemført som en anonym spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejderne på 91 sengeafsnit¹⁹.

¹⁵ Opgjort på baggrund af tal fra InfoRM. Det samlede sygefravær indeholder fravær på arbejdsdage på grund af sygdom. Det dækker både langtidssygemeldinger (over 29 dage) og korttids-fravær (op til 29 sammenhængende dage). Barns 1. sygedag og sygemelding p.g.a graviditetskomplikationer indgår ikke i sygefraværstallene.

¹⁶ I 2010 findes sammenhængen kun, hvis data er sorteret således, at enheder, der er registreret med under 1 afdelingssygeplejerske frasorteres, ligesom afsnit med store størrelsesmæssige ændringer hen over året, er frasorteret.

¹⁷ Sammenhængen findes kun, hvis der præcis er én afdelingssygeplejerske og afsnit, der størrelsesmæssigt har ændret sig mere end 20 % hen over året, er frasorteret).

¹⁸ Det har ikke været muligt at samkøre med de andre opgørelser af størrelse i vores datasæt grundet usammenlignelige afsnitsbenævnelser.

¹⁹ Når der kun er 91 enheder med i denne del af analysen, skyldes det blandt andet, at Regionshospitalet i Horsens ikke indgår i data, idet de har anvendt en anden metode til arbejdsklimamålinger.

Foretages en regressionsanalyse af sammenhængen mellem antal medarbejdere og den samlede vurdering af arbejdsklimaet, findes der ingen signifikant sammenhæng mellem trivsel og størrelse. Der findes heller ingen signifikant sammenhæng mellem den samlede score for de enkelte temaer, ligesom der heller ikke er fundet sammenhæng mellem de enkelte spørgsmål og størrelse.

Det spørgsmål, der kommer tættest på at variere signifikant med størrelse er spørgsmålet: "Jeg opfatter mit arbejdsmiljø som sikkert og sundt". Her er scoren lavere på de store afsnit.

Det er dog værd at bemærke, at svarprocenten i arbejdsklimaundersøgelserne falder signifikant med, at afsnittene bliver større. Det kan på den ene side handle om, at jo større afsnit, jo vanskeligere er det at kommunikere motivation og deadlines omkring undersøgelsen. På den anden side kan det også være et billede af, at når afstanden til nærmeste leder og flere af kollegerne bliver større, mindskes motivationen til at bidrage til sådanne undersøgelser. Måske fordi tilknytningen til fællesskabet er mindre.

3.5 Størrelses betydning for patienttilfredshed

Patienttilfredshed er et udtryk for den brugeroplevede kvalitet af den indsats og de ydelser, der leveres. I Region Midtjylland er der gennemført patienttilfredshedsundersøgelser i 2009 og 2010.²⁰

Hospitalerne vælger selv, om de vil gennemføre undersøgelsen på afdelings- eller afsnitsniveau. Det er ikke muligt at sige, om patienttilfredsheden udelukkende knytter sig til den kontakt og behandling, de har fået på sengeafsnittet. Patienterne besvarer skemaet, der gives til indlagte patienter, men det fremgår ikke, om patienten har været i kontakt med andre enheder. Det kan derfor ikke udelukkes, at kontakt til andre enheder har påvirket patienternes tilfredshed.

Der er ikke fundet en generel sammenhæng mellem størrelse og patienttilfredshed over de to år. I 2010 er sammenhængen dog signifikant på 2 af de 20 spørgsmål. Her scorer patienterne på store afsnit dårligere på følgende udsagn:

- "Vidste du, hvad der skulle ske, mens du var indlagt?"
- "Hvordan synes du, at personalet tog hånd om fejlen/fejlene, efter den/de blev opdaget?"

Forklaringskraften er beskeden – navnlig på det sidste spørgsmål - men hypotesen kan være, at mange medarbejdere kan gøre det mere uklart, hvem der har ansvaret for at følge op og for at informere patienten om, hvad der skal ske.

²⁰ Patienttilfredsheden måles blandt minimum 400 patienter pr. afdeling hen over en 3 måneders periode (efterår). Antallet af respondenter pr. afsnit varierer med antallet af afsnit i afdelingen, og hvor mange patienter, der er. Der udsendes som minimum 30 spørgeskemaer pr. afsnit.

3.6 Delkonklusion: Tal fra Region Midtjylland

Der har ikke hidtil eksisteret analyser om hverken antal eller størrelsen på sengeafsnittene i Region Midtjylland. Med denne analyse fremgår det:

- At ledelsesspændet på sengeafsnittene i Region Midtjylland er blevet større. Andelen af sengeafsnit med over 35 ansatte er steget fra 42 til 49 procent alene i perioden 2008 – 2010.
- Der forekommer signifikante sammenhænge mellem afsnitsstørrelse og faktorer som fravær, personaleomsætning, og patienttilfredshed i enkelte år:
 - Kort sygefravær er større på store afsnit i 2008 og 2010.
 - Fravær på grund af barnets første sygedag er større i 2009 på store afsnit.
 - Personaleomsætning er større i 2010 på store afsnit.
 - I to spørgsmål i patienttilfredshedsundersøgelsen i 2010 er der signifikant sammenhæng mellem manglende tilfredshed og størrelse. (Sammenhænge findes primært i forhold til spørgsmålet: "Vidste du, hvad der skulle ske, mens du var indlagt?").
- Der er ingen sammenhæng mellem størrelsen på afsnittet og resultater af arbejdsklimaundersøgelserne. Svarprocent i arbejdsklimaundersøgelserne er dog lavere jo større afsnit.

Det har ikke været muligt at undersøge, om sengeafsnittene bliver mere eller mindre produktive desto større de bliver og om patientsikkerheden tilsvarende stiger eller falder med størrelse. Dels fordi aktiviteter og omkostninger går på tværs af afsnittene, dels fordi der ikke er konsistens i indrapportering af utilsigtede hændelser.

Hvis det fremtidigt skal være muligt at monitorere sammenhænge mellem størrelse og sygefravær, personaleomsætning, trivsel, patienttilfredshed, produktivitet og utilsigtede hændelser, så er der behov for bedre datagrundlag end det, det er muligt at trække ud af de eksisterende systemer i dag.

4 Introduktion til de tre caseafsnit

Dette kapitel giver en kort introduktion til de tre udvalgte sengeafsnit i projektet. Det drejer sig om henholdsvis et børneafsnit og to kirurgiske afsnit.

4.1 Børneafsnit A4

A4 er et specialeafsnit for børn og unge med kræftsygdomme. Det varetager primært medicinsk behandling, men også mindre operative undersøgelser såsom knoglemarvsundersøgelser og lumbalpunktur. Der er ca. 50 medarbejdere, der alle refererer til én afdelingssygeplejerske. Afdelingssygeplejersken har været leder af afsnittet i tre år.

Afsnittet er organiseret med en afsnitsledelse med fire fast tilknyttede afsnitsoverlæger. Disse forestår også stuegang på afsnittet. Den daglige koordinering af driften er delegeret til fire skiftende kliniske koordinatore. I forbindelse med projektet er afsnittet blevet diagnoseopdelt, således at man nu er organiseret i grupper, hvortil medarbejderne er fordelt og fast tilknyttet.

4.2 Neurokirurgisk afsnit NSA

Afsnittets speciale er neurokirurgi med både akutte og elektive patienter. Der er ansat ca. 60 medarbejdere, der alle refererer til én afdelingssygeplejerske. Afdelingssygeplejersken har været leder af afsnittet i syv år.

Afsnittet er organiseret med en afsnitsledelse med en fast tilknyttet funktionsoverlæge. Desuden er den daglige koordinering af driften delegeret til to faste koordinatore, hvoraf den ene i løbet af projektperioden har overtaget vagtplanlægningen.

4.3 Organkirurgisk afsnit

Afsnittets speciale er organ- og fedmekirurgi med både akutte og elektive patienter. Der er ansat ca. 70 medarbejdere, der refererer til to afdelingssygeplejersker, som har delt medarbejdergruppen imellem sig. Desuden består ledelsen af en souschef, som også er specialeansvarlig. De to afdelingssygeplejersker har henholdsvis syv og to års anciennitet.

Der er ingen afsnitsoverlægekonstruktion, så den daglige lægelige ledelse varetages af de tilstedeværende overlæger.

Nedenfor ses en skematisk oversigt over de tre afsnit.

	Børneafdelingen, afsnit A4, Aarhus Universitetshospital	Neurokirurgisk sengeafsnit, Aarhus Universitetshospital	Organkirurgisk sengeafsnit, Regionshospitalet Viborg
Speciale	Medicinsk specialeafsnit for børn og unge i alderen 0-15 år med kræftsygdomme.	Neurokirurgi (traumer, hjerne- og rygmærkestumorer, intrakranielle blødninger, akutte og elektive patienter til ryggkirurgi og kæbekirurgi).	Organkirurgi (operationer i mave- og tarmregionen). Samt fedmekirurgi
Antal senge	16 børn plus dagafsnit med plads til 6-8 ambulante børn.	25 neurokirurgiske og 6 kæbekirurgiske	37 senge samt to ambulatorier, henholdsvis stomi- og kirurgisk ambulatorium
Antal medarbejdere	50 medarbejdere hvoraf de 7 er i ambulatoriet/dagafsnittet (A3)	ca. 60	Ca. 70
Antal ledere	1 afdelingssygeplejerske.	1 afdelingssygeplejerske. ²¹	2 afdelingssygeplejersker ²² samt 1 souschef.
Afdelingssygeplejerskens anciennitet	Leder i 3 år af afsnittet.	Leder i 7 år af afsnittet. ²³	Den ene leder af afsnittet i 7 år, den anden 2 år.
Fordeling på faggrupper	46 sygeplejersker 2 social- og sundhedsassistenter 1 sygehjælper 1 pædagog	40 sygeplejersker 20 social- og sundhedsassistenter/ sygehjælpere	54 sygeplejersker 18 social- og sundhedsassistenter/sygehjælpere 1 diætist
Afsnitsledelse	Afdelingssygeplejersken og fire overlæger på henholdsvis A4 og A3	Afdelingssygeplejersken og en funktionsleder (overlæge). ²⁴	De to afdelingssygeplejersker.
Afdelingsledelse	Oversygeplejerske og en ledende overlæge.	Oversygeplejerske og en ledende overlæge.	Oversygeplejerske og en ledende overlæge.

For mere udførlige casebeskrivelser, se bilag B.

²¹ I forbindelse med en forestående udvidelse af afsnittet 1.9.2011 til ca. 80 antal ansatte er det besluttet at ansætte endnu en afdelingssygeplejerske. De to afdelingssygeplejersker i afsnittet vil blive sideordnede med ansvar for hver sin personalegruppe.

²² Organkirurgisk sengeafsnit har fra april 2009 været ledet af to sideordnede afdelingssygeplejersker. De har organiseret sig med et ligeligt antal personaler under sig og fordelt forskellige ansvarsopgaver mellem sig. Konstruktionen er etableret i forbindelse med at der i efteråret 2008 blev overført akutpatienter fra Regionshospitalet i Silkeborg.

²³ Fra 2004 og til 2008 i samarbejde med anden afdelingssygeplejerske og herefter som eneste afdelingssygeplejerske.

²⁴ Funktionsoverlægekonstruktionen er etableret i 2008.

5 Hvordan er det at være medarbejder i store afsnit?

"Man har hele tiden fornemmelsen, at det virkelig er en kæmpestor afdeling. Hvor ledelsen ikke kan være alle steder med de krav, der bliver stillet til dem omkring mødevirksomhed osv." (Interview med nøglepersoner).

Hvilke arbejdsvilkår har medarbejderne på store afsnit? Det har været et af de centrale omdrejningspunkter i dette projekt. Litteraturen peger på, at store enheder udfordrer medarbejdernes trivsel og arbejdsglæde; jobtilfredsheden falder og personaleomsætningen stiger, desto større ledesspændet er. Der peges også på, at engagementet falder, når enheder bliver større (Doran et. al. 2004).

På de tre case afsnit er det ikke entydigt, at størrelsen har en negativ betydning for trivslen. Nogle peger på, at mange jo netop selv har valgt at være ansatte på et stort afsnit som et aktivt tilvalg.

"Hvis man er glad for at være på et stort afsnit, så vil man jo trives på et stort afsnit og vil ikke trives på et lille afsnit. Så jeg tror, at det kommer an på, hvilken person du er." (Interview med sygeplejersker).

Når medarbejdere i de tre deltagende afsnit skal pege på fordele ved at være ansat på et stort afsnit, fremhæver de især fleksibiliteten og udviklingsmulighederne. Samtidig er medarbejderne enige om, at ledelse nemt kan blive en mangelvare i store afsnit. Og at dette har en negativ indflydelse på trivslen.

5.1 Større fleksibilitet

Medarbejderne oplever, at det er nemmere at få arbejdsliv og privatliv til at hænge sammen i det store afsnit. Det skyldes, at der er flere til at deles om aften-, natte- og weekendvagterne, hvilket betyder at den enkelte medarbejder skal tage færre skiftende vagter. Både medarbejdere og ledere giver udtryk for, at det at være mange, samtidig giver mindre sårbarhed, når nogle er syge. Der er i det hele taget bedre mulighed for at bytte vagter eller kalde nogle ind.

Af fordele peger medarbejdere også på, at der er mange til at løfte ansvaret for de forskellige fagområder og opgaver.

Endnu en fordel er, at der er flere kolleger at vælge imellem i forhold til at kunne knytte sig til nogle kolleger, hvor kemien passer godt sammen. For nogle er størrelsen mindre betydningsfuld end, hvem der er ansat på afsnittet. En sygeplejerske udtaler fx:

"Jeg tror ikke, størrelsen har betydning for trivsel. Det, der har betydning for trivsel for mig er, hvem der er ansat i afdelingen." (Interview med sygeplejersker).

Samtidigt var det bemærkelsesværdigt, at nogle medarbejdere (og ledere) forbandt små afsnit med risiko for indspisthed og manglende dynamik. For nogle kan dårlige erfaringer fra små afsnit således have medvirket i deres valg af et stort afsnit som arbejdsplads.

5.2 Gode udviklingsmuligheder

Medarbejderne på store afsnit skal kompetencemæssigt spænde over et bredt felt af specialer og patientkategorier og kunne samarbejde med mange forskellige kolleger. Det giver ifølge de interviewede medarbejdere (og ledere) på den ene side en høj grad af kompleksitet, og på den anden side gode udviklingsmuligheder.

Alene det, at der er mange samlet på et sted, og man skal arbejde sammen med mange kolleger, betyder, at der er mulighed for at lære af hinanden og udnytte hinandens kompetencer. Mange medarbejdere peger på, at der er mulighed for variation og basis for at få nye udfordringer i store afsnit.

"Jeg har været på forskellige sygehuse og i forskellige jobs... Da jeg kom hertil, synes jeg ikke, at det var nødvendigt at flytte mere, fordi der var så mange udfordringer på samme sted... Man kører aldrig fast i noget, eller synes det bliver ensformigt." (Interview med sygeplejersker).

"Det bliver aldrig kedeligt. Der er hele tiden en udviklingsmulighed. Ellers kunne jeg da ikke holde ud at være her så mange år." (Interview med nøglepersoner).

5.2.1 Gode muligheder for at få ansvar

Relateret til gode udviklingsmuligheder er muligheden for at få særlige ansvarsområder. Det, at ledelsesspændet er stort, betyder, at afdelingssygeplejerskerne må delegere en stor del af ansvaret for den daglige drift og faglige udvikling. Desuden betyder de mange medarbejdere, at der er mulighed for at oprette nogle særlige nøglefunktioner, som næppe kan bære en stilling på et mindre afsnit.

5.3 Kompleksitet og manglende fagligt overblik

Mens fleksibiliteten og de gode udviklingsmuligheder generelt opleves som noget positivt på de store afsnit, bidrager størrelsen også til en høj grad af kompleksitet, som det kan være vanskelig at navigere i.

Det er således gennemgående, at medarbejderne oplever, at der er grænser for, hvor meget man kan gabe over rent fagligt. Det kan være svært at kende det hele i detaljen – selv med meget erfaring. Og som ny, kan det opleves som uoverskueligt.

"Der er jo mange patientgrupper, vi skal kunne meget om, os alle sammen. Der er en forventning om, at man kan passe alle patienterne i afsnittet. Det kan jo godt give nogle problemer." (Interview med nøglepersoner).

Samtidig kan det være en større udfordring at hjælpe hinanden og være trygge ved hinandens kompetencer, når antallet af kolleger er så stort.

"Det er vigtigt, at man bakker op om hinanden, og støtter hinanden. At man kan se, at der er en, der har travlt. Og det kan man bedre, når man kender hinanden og er vant til at arbejde sammen." (Interview med nøglepersoner).

Tage Søndergård Kristensen har peget på, at antallet af interpersonelle relationer, herunder relationer til et stigende antal kolleger, udgør en stressbelastning for sygeplejersker (Kristensen 1997). Dette understøttes ligeledes af Thomas Milsted, der bl.a. påpeger, at forandringer i de sociale grupper og mange afbrydelser skaber stress (Milsted 2008).

Flere medarbejdere peger i vores undersøgelse på, at de med de mange skiftende relationer ikke altid får ryddet helt op i misforståelser og småkonflikter. Der går for lang tid, inden man ses igen, når relationerne hele tiden skifter. En af oversygeplejerskerne peger på, at det er en del af sygeplejekulturen:

"Som sygeplejersker er vi nok meget gruppeorienteret, og så går vi også meget i vagt, så vi møder meget forskelligt. Du kunne være i aftenvagt fx og så har du fri i tre dage. Vi kan godt være sådan lidt navlepillende og køre rundt og ikke rigtig få ryddet op i det." (Interview med afdelingsledelse).

5.4 Mangler synlig ledelse og synlige mål

På spørgsmålet: Hvad er de vigtigste ledelsesopgaver i et stort afsnit, pegede medarbejderne typisk på to forhold: synlig ledelse og sætte synlige mål. Jo større ledesspændet er, jo mere er der en tendens til, at sygeplejerskerne oplever, at deres afdelingssygeplejerske ikke ser en række af de problemer, der opstår i dagligdagen. De peger på, at der mangler en, der har overblik over personalet og patienterne på afsnittet. Koordinatorfunktionen er meget orienteret mod logistik. Og de oplever, at der mangler en fast person at gå til. Nogle oplever, de nogle gange står alene med ting. De peger også på, at det betyder, at de ikke får de faglige diskussioner, de har behov for:

"Det er svært at have overblik og indflydelse på det faglige. Man blander sig ikke og drøfter ikke i dagligdagen, hvad der er god sygepleje. At man har en fælles ånd eller kultur om, hvordan vi gør ting her. Det er svært at nå ud til alle, når det er sådan et stort afsnit. At alle har hørt forklaringen på, hvorfor vi gør, som vi gør. Hvis ikke det giver mening, så er det nemt at sige: 'Det gider jeg sgu ikke'. Og så er det, at folk brokker sig." (Interview med nøglepersoner).

"Man mangler nogle holdningsdiskussioner. Hvis man vidste, hvad afdelingens målsætning var, så var det nemmere at overtage fra andre. Det skulle da gerne være den samme linje, man nogenlunde følger." (Interview med sygeplejersker).

5.4.1 Sværere at være informeret og kende forventningerne

Medarbejderne fremhæver også den kommunikative udfordring, der ligger i at nå ud til alle, dele viden og koordinere. Som medarbejder kan det være svært at føle sig til-

strækkelig informeret eller have klarhed over, hvad der forventes i det daglige arbejde. Også når der skal implementeres nye tiltag.

"Jeg kan nogle gange synes, at problemet er, at jeg ikke ved, hvilke krav der stilles til mig." (Interview med sygeplejersker).

Netop denne udfordring betyder, at mange understreger, at synlig og tydelig ledelse, er en særlig nødvendighed på store afsnit.

"Når du er et lille afsnit, så er du jo tættere på hinanden, og tættere på din leder. I et stort afsnit er du langt fra din leder, fordi man er så mange. Så derfor tror jeg, at tydeligere ledelse og den røde tråd, den er meget vigtig i et stort afsnit." (Interview med sygeplejersker).

"Med et stort afsnit er der større behov for synlig ledelse og en synlig strategi." (Interview med nøglepersoner).

5.5 Man kan godt blive lidt væk eller gemme sig

Når ledelsesspændet er stort og der er mange skiftende relationer, er der risiko for, at man som medarbejder kan forsvinde i mængden. Det betyder, at det kan opleves lidt ensomt og at man kan savne at blive set af sin leder. Det kan også betyde, at det er nemmere at gemme sig i forhold til at tage ansvar for opgaven og helheden og at melde sig syg.

"Det er nemmere at gemme sig i mængden. Hvis man har været syg i to dage, så kan man sagtens komme på arbejde uden, at der er nogen, der har opdaget, at man har været væk... Det er heller ikke alle, der ved, hvornår nogen har holdt ferie. Bare det at blive spurgt til. Det er måske det, der gør, at man føler, at det er godt at komme tilbage." (Interview med sygeplejersker).

Nogle peger på, at dette også kan have konsekvenser for kvaliteten i arbejdet:

"Det er lidt nemmere at putte sig, hvis man ikke gør tingene som alle andre, eller hvis man ikke yder samme kvalitet... Jeg tror, at det er nemmere at slippe af sted med ikke at gøre det så godt." (Interview med nøglepersoner).

Ved interviewene i 2011 var der flere af de interviewede, der pegede på, at størrelsen har betydning for sygefraværet – fordi de mener, at det er lidt nemmere at melde sig syg eller barn syg, for der er så mange andre, der kan kaldes ind og er der overhovedet nogen, der opdager, når man er væk?²⁵

²⁵ Ser man på sygefraværet på de tre afsnit ligger det generelt lidt højere end gennemsnittet i Regionens somatiske hospitaler. (for alle faggrupper 10.76). Men personalesammensætningen har stor betydning, idet social- og sundhedspersonale har et noget højere fravær end sygeplejersker. Det gennemsnitlige sygefravær for sygeplejersker i 2010 i Region Midtjylland er 11,44 dage pr. fuldtidsansat, for social- og sundhedspersonale er det 16,79. Sygefraværet på de tre afsnit varierer mellem 13,43 og 16,38 dage pr. fuldtidsansat. Sygeplejerskers fravær i de tre afsnit ligger tæt på det gennemsnitlige for hele Regionen (en

"Det er nemmere at melde sig syg på en stor afdeling, fordi man ved, at der var så mange andre – ikke fordi jeg selv vil gøre det – men jeg tror tendensen er, at man har nemmere ved det." (Interview med sygeplejersker).

Ved interviewene tilbage i 2009 var det mest stressniveauet, der blev peget på som afgørende for sygefraværet.

5.5.1 Underskud af anerkendelse og opfølgning fra lederen

Når medarbejderne efterspørger mere anerkendelse fra lederen handler det både om det at blive set, hørt og forstået – og få ros. Men der er også en vis erkendelse af, at det kan være svært for lederen at nå omkring alle på en stor enhed.

"Man er nødt til at indse i en stor afdeling, at nej, du får ikke klap på skulderen hver eneste dag. Altså, man kunne godt en gang i mellem ønske sig det." (Interview med nøglepersoner).

"En gang halvårligt kunne man da godt lige få lidt... Det ville være rigtig godt. Altså, hvor der virkelig har været travlt, så kunne det da være fint nok, at lederen kom og så sagde: 'I har sgu gjort det godt, vi ved godt, at I har rigtig travlt, men I har gjort det godt og afdelingen ser fornuftig ud.'" (Interview med nøglepersoner).

Selv når man tager ansvar for egne behov og går til lederen, synes der at være en generel udfordring i altid at føle sig hørt. Mange af de interviewede problematiserer, at der ikke altid bliver fulgt op på det, man kommer med – hvad enten det handler om at få et større køleskab, hvor der er plads til alle medarbejdernes madpakker eller handler om håndtering af arbejdspress og andet, der udfordrer i det daglige arbejde. En del af problematikken handler om ledelsesstil, men det store pres på lederne på de store enheder, synes også at øge sandsynligheden for, at medarbejderne savner noget mere anerkendelse og synlig handling fra deres leder. Der blev tegnet et billede af, at der er mange skibe i søen i et stort afsnit, og at det at få dem i havn er en udfordring.

"Om de så bliver kapret af somaliere, eller hvad filen der sker med dem undervejs, det ved vi ikke altid." (Interview med nøglepersoner).

Nogle peger på, at det manglende overblik over personalet også kommer til udtryk i forhold til, hvem man vælger at delegere til.

smule under i 2010, lidt over i 2009). Generelt viser fraværet fordelt på faggrupper, at læger er de mindst syge af de hospitalsansatte, og serviceassistenterne er de mest syge. Se også bilag H.

"Som leder kunne man godt gå ind og se på folks egnethed i stedet for bare på, hvem der melder sig. Jeg synes, man som leder skal have en fornemmelse af, hvem der har egenskaberne til det." (Interview med sygeplejersker).

5.6 Delkonklusion: Det at være medarbejder på store afsnit

Set fra et medarbejdersynspunkt er der både fordele og ulemper forbundet med at være ansat på et stort afsnit.

Af fordele peges der på:

- Stor fleksibilitet i forhold til at få vagtplaner til at hænge sammen. Det betyder, at der er færre aften-, weekend- og nattevagter til den enkelte. Man kan nemmere bytte vagter, og har derved nemmere ved at få familie- og arbejdsliv til at hænge sammen. Der er mindre sårbarhed ved fravær. Den enkelte har potentielt også større mulighed ved at finde nogle kolleger, hvor "kemien" passer godt sammen.
- Gode udviklingsmuligheder i form af et stort kompetencemæssigt felt at udvikle sig fagligt indenfor, samt at det giver gode muligheder for at få tildelt ansvarsområder.

Af ulemper peges der på:

Høj kompleksitet - det er svært at bevare overblikket og at være fagligt velinformeret, ikke mindst som ny medarbejder.

- Manglende synlig ledelse, både i forhold til, at man som medarbejder bliver set og anerkendt, og i forhold til, at lederen er tydelig omkring den "røde tråd" i afsnittet og følger op på de aktiviteter, der bliver sat i søen. (Mindre udtalt i afsnittet, hvor der er to ledere og en souschef).
- Større risiko for, at man forsvinder i mængden, hvilket kan opleves som ensomhed, men også en risiko for, at man lettere kan melde sig syg, og kan "putte sig" i forhold til at tage ansvar for opgaver.

Mange giver desuden udtryk for, at det i højere grad er god ledelse og gode kolleger end størrelse, der har betydning for deres trivsel. Blandt andet påvirker det deres trivsel negativt, når de ikke som planlagt får patienterne afviklet på grund af manglende stuegang.

Det store afsnit er således for mange medarbejdere et aktivt tilvalg, fordi det giver fordele omkring fleksibilitet og udviklingsmuligheder. Bagsiden af samme medalje er dog stor kompleksitet, et upersonligt forhold til mange af kollegerne og et mindre forpligtende miljø. Der er således en risiko for fald i faglig kvalitet, kommunikation, koordination og sammenhæng for patienten, hvis ikke ledelse, organisering, faglighed og forventninger er meget tydelige.

6 Hvad er særligt ved ledelse af store afsnit?

"Der er ikke nogen tvivl om, at de ledelsesmæssige udfordringer på et stort afsnit er anderledes end det er på et lille. Og jeg ved godt, at der er nogle, som sidder og tænker: 'Den er god med jer!', men når du har 60 medarbejdere²⁶ og du skal putte et sted mellem 25-30 mand ind i at dække [x funktioner], 365 dage om året, 24 timer, så gør det, at man nærmest dagligt har nogle, der er syge. Det er et faktum, som man må forholde sig til. At der altid kommer de der ting, som man skal ind omkring." (Interview med afdelingssygeplejerske).

Afdelingssygeplejersken har den primære ledelsesrolle i et sengeafsnit på et hospital. I kapitel seks ser vi på, hvad denne rolle indebærer på store hospitalsafsnit. Hvad de primære ledelsesopgaver består i, hvilken rolle afdelingssygeplejersken spiller og forventes at spille af medarbejderne og hvilke dilemmaer, der knytter sig til rollen som afdelingssygeplejerske. Vi ser på, hvad det stiller af særlige udfordringer at lede store hospitalsafsnit. Overordnet er forskellen, at der er flere medarbejdere at være leder for og flere senge. Kapitlet bygger primært på de tre afsnitscases.

6.1 Afdelingssygeplejerskens rolle og opgaver

Der findes kun få undersøgelser, der i en dansk kontekst beskriver afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver i relation til afsnitsstørrelse. Faktisk er afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver i det hele taget kun sparsomt belyst – ikke kun i dansk, men også i international litteratur om hospitaler. En række undersøgelser peger på, at ledere i hospitalskonteksten siden 1990'erne i stigende grad er kommet under pres (Wikström & Dellve 2009). Ifølge Teri McConville og Len Holden, der beskriver linjeledelse eller mellemledelse i engelsk hospitalskontekst, der kan oversættes til afdelingssygeplejersker, står linjelederen i en presset situation. En situation, der er præget af få ressourcer og for lidt tid til at lede medarbejderne. Samtidig er det linjelederne, der skal bære konsekvenserne af de mange omorganiseringer. Linjelederne føler sig ifølge McConville og Holden ofte isolerede, utilstrækkelige og præget af rollekonflikter (McConville & Holden 1999).

6.1.1 Hvilke lederopgaver varetager afdelingssygeplejersken?

Af interviewene og observationsstudierne på de tre afsnit fremgik det, at afdelingssygeplejerskerne varetager mange forskellige typer af opgaver - lige fra, at der er en pære, der er sprunget, til at gennemføre organisationsforandringer på afsnittet. Afdelingssygeplejerskens rolle er kompleks og det er fragmenterede og vidtspændende opgaver, de varetager.

²⁶ Af anonymiseringshensyn har vi ændret i angivelsen af antallet af medarbejdere, således at der står 60, som er det gennemsnitlige antal medarbejdere på tværs af de tre afsnit.

Afdelingssygeplejerskerne varetager fx:

Personaleadministrativt arbejde, herunder at sikre at der er udarbejdet vagtplaner på kort og lang sigt i forhold til patientbelægning, og afklare behov for vikarer og kontakt til vikarbureau. Desuden papirarbejde i forbindelse med kurser, barsler, sygdom, ferier og lønkørsler.

Patientlogistik, herunder at deltage i konferencer med de ledende sygeplejersker fra de andre afsnit om antallet af og placering af patienter. Modtage og videregive meldinger om nye patienter. Diverse angående overflytninger af patienter.

Møder, herunder møder med afsnitsoverlægen, møder med afdelingsledelsen, tværgående opgaver i form af møder med andre afdelinger og ledere, netværksmøder med andre afdelingssygeplejersker, opfølgning på Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og Elektroniske Patientjournal (EPJ).

Personaleledelse, herunder at matche personale med patientkategorier, samtaler med medarbejdere om fx sygdom og barsel, Mange af disse kontakter er spontane: "Jeg har lige brug for at snakke med dig". Gennemførelse af udviklingssamtaler (MUS), fraværssamtaler samt ansættelsessamtaler.

Drift, herunder at hjælpe til med småopgaver på stuerne, når det brænder på og deltage i kompliceret patient- og pårørendekontakt. Dække huller som fx koordinator, sidde med ved morgenrapporten. Tage sig af praktiske ting, såsom ting der ikke virker, fx pærer der skal skiftes.

Organisationsudvikling, herunder udvikling af afsnittet, at planlægge møder, opfølgning, nyhedsbreve og samarbejde med andre afdelinger. Tage aktiv del i planlægningen af og styringen af ombygninger.

Andet administrativt arbejde, herunder varemottagelse, fakturering og mails.

Afdelingssygeplejerskernes opfattelse af lederopgaven er samstemmende med, hvad såvel afdelingsledelse som personale peger på. For mange af medarbejderne er det dog uklart, hvad afdelingssygeplejersken foretager sig og anvender sin tid på²⁷. De har – ligesom afdelingssygeplejerskerne selv - en oplevelse af, at møder fylder meget – og stadig mere.

Selvom det i store træk er de samme opgaver, som afdelingssygeplejerskerne nævner som værende deres ledelsesopgaver, er det forskelligt, hvad de anvender mest tid på.

²⁷ I Sverige er der gennemført tidsstudier af, hvad sygeplejeledere anvender deres tid på. Gennemsnitlig bruger de deres tid på: Syv aktiviteter i timen (tre-12), 60 % af tiden på møder (37-75 %), 30 % skrivebordsarbejde (10-49 %), 9 % klinisk arbejde med patienter (0-38 %), Det meste af tiden er de sammen med deres ansatte, Hovedparten af møderne havde et "informativt onsigte" (64 %), Anvendte kun lidt tid sammen med deres egen overordnede (under 1 %). Kilde: Præsentation på Nordisk Summer Symposium i Gøteborg Maj 2009 af Rebecka Arman og Ewa Wickström.

Forskelligheden kommer blandt andet til udtryk i forhold til måder, der delegeres på (Se oversigten afsnit 7.1.). En anden forskel er, hvorvidt afdelingssygeplejersken også er leder for et ambulatorium. På børneafsnittet er der for afdelingssygeplejersken yderligere en opgave i at skulle koordinere med to organisatorisk forskellige overlægegrupper.

Både ud fra interviewene og observationsstudierne var det i begyndelsen af projektperioden karakteristisk, at en stor del af ledelsesopgaven handlede om at få den daglige drift og logistik af personale- og patientforhold koordineret. Det foregik på gangene, i vagtstue og sekretariater og skete via mange små samtaler enten direkte eller pr. telefon med patienter, pårørende, plejepersonale, læger, ledere og personale fra andre afsnit og afdelinger²⁸.

"Jeg bruger en del af min tid på at få den daglige drift til at køre. Det første kvarter, når jeg møder ind, fra kl. 7, eller fra fem minutter i syv, til ti minutter over syv, kan fortælle meget om, hvordan min formiddag bliver. For er der sygdommeldinger, eller er der overbelægning af patienter, eller er der akutte problemstillinger, så er det nødvendigt, at man træder ind, og får det til at køre." (Interview med afdelingssygeplejerske).

I løbet af projektperioden er en række af de mere driftsorienterede opgaver i højere grad overgået til koordinatorene på de to afsnit, hvor de har koordinatører.

"Hvis jeg skal have 60²⁹ MUS-samtaler i løbet af et år, så er det jo andre ting, der er nødt til at være fjernet fra mine skuldre. For jeg kan ikke både have 60 og så skulle det samme som en, der har 20 medarbejdere. Så på den måde er der nogle ting, der er nødt til at være ude hos nøglepersonerne." (Interview med afdelingssygeplejerske).

Det er kendetegnende, at afdelingssygeplejerskerne næsten ingen sekretærbistand har og derfor selv sidder med diverse rutine papirarbejde. Kun på et af de tre afsnit var der i projektperioden sekretærbistand svarende til 1/3 sekretærstilling.³⁰

²⁸ Samtaleformen var karakteriseret ved at gå direkte på sagen i form af korte præcise spørgsmål og ditto korte svar "hvordan er doseringen til denne patient?", "hvornår kommer farveprintereren igen?", "kan jeg flytte en vagt på søndag?", "vi kan ikke aflyse xx". "CPR er ikke kommet", "Ja", "Har du tid på et tidspunkt", "Om en halv time kl. 11", "Ja, hans tal var OK", "Kan du huske vores faxnummer", en telefonopringning til en medarbejder "Har du ikke lyst til at tage en vagt i morgen aften? Det er bare i orden. God tur".

²⁹ Af anonymiseringshensyn har vi ændret i angivelsen af antallet af medarbejdere, således at der står 60, som er det gennemsnitlige antal medarbejdere på tværs af de tre afsnit.

³⁰ Kun lidt eller ingen sekretærbistand er også kendt i international sammenhæng. Sally Everson-Bates har fx studeret den nye udvidede afdelingssygeplejerskerolle i amerikansk kontekst. Hun finder blandt andet, at de ofte har en oplevelse af at drukne i papirarbejde, og at de bruger meget tid på at skrive ting og taste ting ind. Samtidig har de fleste ingen sekretærhjælp, og de befinder sig i et krydspres mellem deres administrative opgaver og det, at være der mentalt for deres personale (Everson-Bates 1992).

6.2 Udfordringer med at være synlig leder for mange

Udfordringen med at være en synlig leder, når man er leder for mange, fylder i de interviewedes erfaringer med udfordringerne i store afsnit. Samtidig ønskede alle afdelingssygeplejerskerne mulighed for mere tid til at være omkring personalet.

"Man har en kæmpe opgave i til stadighed prøve at være til stede, så den enkelte medarbejder ikke bare føler sig som én i flokken. Det kan være ekstremt vanskeligt." (Interview med afdelingssygeplejerske).

"Det er rart at kunne få lov til at være med ude i det, og at de også anerkender det. Den der synlighed af leder, som altid bliver efterspurgt. Fordi selvom jeg sidder på kontoret en hel dag, så har de jo ikke set mig. Så er jeg jo ikke synlig." (Interview med afdelingssygeplejerske).

Afdelingssygeplejerskerne peger på, at det kræver en del forventningsafstemning at være leder for mange. Hvad kan den enkelte forvente af sin leder.

6.2.1 Udfordringer med overblik og at kende sine medarbejdere

Synlig ledelse handler på de tre afsnit også om synlige medarbejdere: Hvornår og hvordan kan medarbejderen forvente eller opleve, at man ser vedkommende?

"Det er mig ikke fysisk muligt at holde helt styr på, hvad hver enkelt har gjort af gode ting. Og det er en særlig udfordring i et stort afsnit. Fordi man som medarbejder jo stadigvæk har behov for anerkendelse." (Interview med afdelingsygeplejerske).

Det er ikke kun en udfordring, at der er mange medarbejdere. De er også på et sengeafsnit til stede på forskellige tidspunkter³¹. Afdelingsygeplejerskerne giver udtryk for, at det er en vigtig ledelsesopgave at nå rundt om hele personalegruppen, men at det er svært at have et godt kendskab til den enkeltes faglige kompetencer og behov.

Udviklingsamtaler (MUS) er et andet område, hvor afdelingsygeplejerskernes viden om medarbejderne kan komme på prøve – og hvor det kan være nødvendigt at rådføre sig med de kliniske koordinatore, der er tættere på medarbejderne i det daglige. At anvende nøglepersonerne hertil er dog ikke uden dilemmaer, som vi vil vende tilbage til i næste kapitel.

6.3 Udfordringer med at sætte retning på tingene – og følge op

Både ved første og anden interviewrunde blev der peget på, at det at få skabt mere langtidspanlægning og fokus på implementering af tiltag var områder, der i højere grad blev efterspurgt af medarbejderne og lederne. Herunder, at der i højere grad er prioritering

³¹ "Det er jo en døgnfunktion 365 om året, og der foregår rigtig meget i aften- og nattetimerne, når vi ikke er her." (Interview med afdelingsygeplejerske).

og opfølgning på de mange nye tiltag og intentioner, der kommer fra alle niveauer i organisationen. Der er et ønske om en højere grad af gennemsigtighed med planlægningen, hvordan tiltagene skal gennemføres, samt hvordan beslutninger og regler i højere grad fastholdes.

"Det der med hele tiden at skulle huske på, at man har 60 medarbejdere³². Hvordan var det lige i forhold til det og det? Hvor langt kom vi der? Det skal jeg lige omkring. Og det kan godt være svært lige at nå." (Interview med afdelings-sygeplejerske).

Igen er det ifølge afdelingssygeplejerskerne svært at overskue, når mængden af opgaver og personer, der skal følges op på, er så stor. Dette gælder også de opgaver, der er delegeret til nøglepersoner. Udfordringen bliver her blandt andet at skabe klarhed og tydelighed i funktionsbeskrivelserne – hvem det er, der gør hvad i det daglige.

"Kommunikation er jo en svær ting. Og nogle gange kan en uddelegering være vanskelig, hvis det er til en større gruppe. Og er det så mig, der ikke er helt klar i spyttet på det, eller har jeg fået valgt de forkerte at uddelegere til? Eller skulle jeg have valgt en anden tilgang til det? Der synes jeg, der kan være nogle vanskeligheder." (Interview med afdelingssygeplejerske).

Afdelingssygeplejerskerne oplever således, at der er meget at holde styr på.

6.3.1 Kommunikationsudfordring - at nå ud til alle

Det har været et gennemgående udsagn på tværs af faggrupper, ledere og medarbejdere, at det er vanskeligt at nå ud til alle, at holde sig orienteret og have overblikket i et stort afsnit.

"I en mindre gruppe kan du bedre få en besked til at sive igennem i en fart. Og du kan bedre have styr på, hvem fik ikke fat i det her, hvem gør ikke helt præcis, som jeg gerne vil have." (Interview med afdelingsledelse).

At det er en udfordring at nå hele vejen rundt med et tydeligt budskab til medarbejderne i store afsnit, var også et budskab i Andersen og Sonnes undersøgelse (Andersen & Sonne 2007). Også Helle Petersen peger på, at kommunikation er en kompleks størrelse i store afdelinger på hospitaler. Både når det drejer sig om patienterne, men også i samarbejdet mellem ledelse og medarbejdere og faggrupperne imellem. Hun fremhæver desuden, ud fra danske som internationale undersøgelser, at nærmeste leder er den vigtigste kommunikationskanal (Petersen 2008).

³² Af anonymiseringshensyn har vi ændret i angivelsen af antallet af medarbejdere, således at der står 60, som er det gennemsnitlige antal medarbejdere på tværs af de tre afsnit.

Udfordringen med at få kommunikeret ud til alle – og være en synlig leder – forstærkes i de tre caseafsnit, når afsnittet er delt over flere etager, eller afdelingssygeplejersken er leder for flere funktioner (fx også for ambulatoriet eller andet afsnit).

"Jeg skal rundt tre forskellige steder og sige det samme." (Interview med afdelingssygeplejerske).

Undersøgelsen peger således på, at der er en række udfordringer for afdelingssygeplejersken i forhold til at skabe overblik, være i kontakt med medarbejderne, være synlig, stille synlige mål og følge op på tingene. Afdelingssygeplejerskerne forbinder selv en række af disse udfordringer med afsnittets størrelse. At lede så at sige risikerer at blive lidt tyndt smurt ud, når det skal smøres ud blandt så mange.

6.4 Afdelingssygeplejerskens trivsel

Afdelingssygeplejerskens trivsel påvirkes i negativ retning af oplevelsen af, at der er så meget de gerne ville, men som de ikke når. Afdelingssygeplejerskerne på de tre afsnit oplever, at de har et stort arbejdspress.

"Hvis krav og forventninger var i overensstemmelse, så havde jeg en arbejdsuge på 37 timer og det har jeg ikke. Så på den måde bliver der stillet flere krav og flere forventninger, end jeg kan efterkomme." (Interview med afdelingssygeplejerske).

"Når du er så stor en afdeling, vil du kunne være herinde 100 timer om ugen. Du vil aldrig blive færdig." (Interview med afdelingssygeplejerske).

De interviewede har været inde på, at der er meget at rumme. Hvor meget der er at rumme afhænger dog af, hvor tæt kontakten til personalet er. Men pointen er, at når der er mange medarbejdere, så vil der også være flere, der får helbredsmæssige og andre problemer.

"Så er der sygdom, så er der folk, der har bøvl med deres ryg eller deres barsel. Og sådan nogle ting hører også under personaleledelse, men det er ikke noget, jeg kan planlægge. Og jeg kan heller ikke sige, at jeg ikke vil have med det at gøre. Altså, hvis bare folk ikke var syge eller blev gravide, så ville alt være meget lettere." (Interview med afdelingssygeplejerske).

"De [afdelingssygeplejerskerne] sidder med en rigtig stor opgave, som kan være med til at brænde dig ud [...] den der tætte personalekontakt og den flok, man skal tage sig af, lytte til, snakke med og sørge for de har nogle gode vilkår. Det er en stor opgave for afdelingssygeplejersken. Så er der en, der har en depression, så er der en, der er langtidssygemeldt i tre måneder osv." (Interview med afdelingsledelse).

Når der har været tradition for at bruge afdelingssygeplejersken hertil, hænger det måske sammen med, dels at der er tale om en kvinde- og en omsorgskultur, dels at det har

været afdelingssygeplejersken, der sad med vagtplanlægningen. Samt med beslutningskompetencen om, hvem der bør skånes i hvilke perioder.

Andersen og Sonne beskriver i deres undersøgelse, at afdelingssygeplejerskens rolle i det store afsnit er ændret. De ser således, at der sker ændringer i afdelingssygeplejerskens lederrolle, når medarbejderantallet er mellem 30-40 og derover. Rollen ændres her fra relationel ledelse af medarbejderne i afsnittet til en mere funktionel ledelse, der er forankret i et støttesystem af nøglepersoner (Andersen & Sonne 2007). Denne ændring i afdelingssygeplejerskens rolle medfører ifølge Andersen og Sonne et tab for afdelingssygeplejerskerne, fordi en stor del af deres ledelsesidentitet har været baseret på at udføre ledelse gennem daglige relationer og kontakter med deres personale. Afdelingssygeplejersken har således fundet det meningsgivende at være i tæt kontakt med medarbejderne og kende dem – både fagligt og socialt. Det er derfor svært at finde en ny identitet, hvor der er mindre kontakt med medarbejderne og mindre kontakt med de daglige plejeopgaver (Andersen & Sonne 2007).

At det er svært at finde en ledelsesidentitet, der passer godt under de store ledelses-spænd, viser vores undersøgelse også. Selvom der er mindre daglig kontakt, tyder vores undersøgelse på, at afdelingssygeplejerskerne stadig har kontakt med medarbejderne, når der er sygdom, barsler og problematikker på hjemmefronten. En vigtig og nødvendig kontaktflade for både medarbejderne og lederen af et stort afsnit er at bevare relationen til medarbejderne. Der er derfor sammenholdt med den store vifte af øvrige ledelsesopgaver stadig meget at rumme for afdelingssygeplejerskerne.

6.5 Hvem tager sig af den faglige ledelse?

Undersøgelser har vist, at den faglige ledelse ofte nedprioriteres, når lederen har mange medarbejdere under sig (Klausen & Michelsen 2004; Sørensen 2006). Erik Elgaard Sørensen konkluderer, at der i store afsnit er en tendens til, at afdelingssygeplejerskerne indtager en rolle som administrator og dermed lægger en distance til den kliniske praksis. Dette fører til manglende sammenhæng mellem faglighed og ledelse (Sørensen 2006). Rollen som administrator, kendetegnet ved en isoleret praksis uden deltagelse i klinisk praksis, giver ikke mulighed for at holde en specifik faglighed ved lige, hvormed troværdige og meningsfulde argumenter for den gode sygepleje måske kan udeblive (Sørensen 2006). Omvendt får afdelingssygeplejersken ifølge Sørensen legitim autoritet ved at deltage i den kliniske praksis.

Af afdelingssygeplejerskens stillingsbeskrivelse på det neurokirurgiske afsnit (NSA) (se bilag I) fremgår det, at det stadig er afdelingssygeplejerskens opgave at holde sig ajour med den faglige udvikling, herunder nye forskningsresultater og ny viden, at identificere mulige udviklingsområder i sygeplejen samt at medvirke til udarbejdelse af kliniske vejledninger, instrukser og procedurer. Stillingsbeskrivelsen afspejler således ikke et skift mod en højere grad af generalistledelsesfaglighed.

Samtidig er faglig sparring og faglig prægning af medarbejderne i det store afsnit reelt gået fra at være afdelingssygeplejerskens opgave til primært at være nøglepersonernes opgave. Opgaven med at sikre kobling mellem de overordnede visioner, strategier og

værdier på afsnittet og operationalisere det i hverdagen er indirekte overgået til nøglepersonerne. Nøglepersonerne er dermed i princippet rollemodeller for de øvrige medarbejdere. På to af de tre case afsnit var det tydeligt, at afdelingssygeplejersken ikke havde sin primære rolle som faglig leder. Deres vurdering var, at det ikke var muligt at følge fagligt med og samtidig være leder for så mange:

"Der er jo ingen, der vil komme herind og spørge mig om en kompliceret [XX], hvad der skal sættes på der." (Interview med afdelingssygeplejerske).

"Ledere skal i hvert fald gøre op med sig selv, at hvis man er på en stor afdeling, så skal man ikke regne med, at man skal være faglig leder." (Interview med afdelingssygeplejerske).

"Det er rigtig svært for en afdelingssygeplejerske med mange medarbejdere at puste til den rigtige faglige udvikling." (Interview med afdelingsledelse).

På det tredje caseafsnit deltog afdelingssygeplejersken i højere grad i sygeplejearbejdet – som et tilvalg, der samtidig betød, at andre dele af ledelsesopgaverne blev nedprioriteret³³.

Selvom afdelingssygeplejersken har støttet i hendes arbejde i form af kliniske koordinatorer, specialeansvarlige og oplæringsansvarlige oplever medarbejderne stadig, som det fremgik af foregående kapitel, at der mangler faglig ledelse. Ifølge en lederundersøgelse gennemført af FTF fremgik det, at sygeplejeledere i det hele taget har relativt lidt fokus på faglig ledelse³⁴. Dette styrker tilsammen billedet af, at der på store afsnit er en forhøjet risiko for, at den faglige ledelse ender med at blive underprioriteret.

6.6 Delkonklusion: Det særlige ved ledelse af store afsnit

Afdelingssygeplejerskens ledelse i de tre afsnit er præget af, at opgaverne er mangfoldige og fragmenterede. Der er overensstemmelse mellem det medarbejderne og afdelingssygeplejerskerne selv angiver som de vigtigste ledelsesopgaver, men samstemmen de oplever de, at det er vanskeligt at leve op til udfordringerne:

- Afdelingssygeplejerskerne oplever, at der er meget at rumme på et stort afsnit. Det er svært at prioritere ledelsesopgaverne, og det er en udfordring at følge op på de ting, der sættes i gang.
- Afdelingssygeplejersker giver udtryk for, at det er svært at have et godt kendskab til den enkelte medarbejders faglige kompetencer, ligesom det er svært at nå ud til alle med sine budskaber, være en synlig leder og have fornemmelse af, hvad der rører sig blandt medarbejderne.

³³ Ifølge en undersøgelse gennemført af Ennova (European Employee Index) vurderer 32% af danske medarbejdere, at lederen er mere kompetent fagligt end ledelsesmæssigt. 19% siger, at lederen kun i ringe grad besidder ledelsesmæssige kvalifikationer (ennova 2009).

³⁴ FTF, Funktionærernes og Tjenestemændenes Fællesråd. LederPejling. FTF-ledernes holdninger til job, uddannelse og udvikling, marts 2003 (www.ftf.dk).

- Som leder af mange kommer personaleadministrative opgaver til at fylde meget. Der er fx papirarbejde forbundet med sygdom, barselsorlovr og andre former for orlov. Samtidig har afdelingssygeplejerskerne ingen eller kun lidt sekretærhjælp.
- Meget ledelse og faglig udvikling kommer i det daglige til at blive varetaget igennem udvalgte nøglepersoner – særlig de kliniske koordinatører, som har den daglige kontakt med medarbejderne.

Det står ikke lysende klart for afdelingssygeplejerskerne, hvad deres ledelsesmæssige rolle og funktion er. En antagelse kan være, at "systemets" forventninger og afdelingssygeplejerskens egen forventning til ledelse er den samme som tidligere. Samtidig med de stadig større ledelsesspænd, den større behandlingsmæssige kompleksitet, samt større krav om at tænke i nye og mere effektive arbejdsgange, er det uundgåeligt at opgavemængden svulmer, hvorved det bliver diffust for både ledere og medarbejdere, hvad der skal prioriteres.

Den faglige ledelse er formelt set afdelingssygeplejerskens opgave, men reelt er den diffust delegeret. Hvis det er et vilkår, at afsnittene bliver større, risikerer den faglige ledelse og udvikling at blive kritisk. Der er således behov for at afstemme forventninger til ledelse både opad og nedad systemet:

- Hvilken funktion, rolle og ansvar skal afdelingssygeplejersken varetage?
- Hvilke ledelsesmæssige og faglige kompetencer er der brug for?

7 Delegering af afdelingssygeplejerskens ledelsesopgaver

"Det med at løse problemstillingerne i hverdagen, hvad angår personalet. Hvordan får vi dækket vagterne og sådan nogle ting. Det er uddelegeret til koordinatorene. Det fylder ret meget i sådan en stor afdeling³⁵ med så meget personale." (Interview med nøglepersoner).

En måde at skabe mere ledelseskraft for afdelingssygeplejersken på er at delegerede ledelsesopgaver til udvalgte personer blandt hendes medarbejdere (nøglepersoner). Et centralt tema i udfordringerne med at lede et stort sengeafsnit er således kunsten at delegerede. Delegering presser sig i særlig høj grad på i store afsnit, fordi det ikke længere er muligt for afdelingssygeplejersken at varetage alle de opgaver, der traditionelt har hørt ind under hendes funktion. Afdelingssygeplejersken må således delegerede ledelsesopgaver til udvalgte medarbejdere og etablere feedbacksystemer. Særlig sidstnævnte – at etablere passende og virksomme feedbacksystemer vil dog ofte være en udfordring ved delegering (Nelson 1994; Yukl 2010), fordi det er arbejdskrævende at etablere gode feedbacksystemer.

Ud over Andersen og Sonnes rapport er afdelingssygeplejerskens delegering til koordinatore og andre nøglepersoner kun i begrænset omfang beskrevet i den danske hospitalsledelseslitteratur. Andersen og Sonnes undersøgelse viste, at det i særlig grad er koordinatorene, afdelingssygeplejersken delegerede ledelsesopgaver til. Koordinatorerne arbejder som uformelle ledere. Det er blandt andet koordinatorenes funktion at sikre ledelseskontakt til medarbejderne. En væsentlig del af den daglige personaleledelse er således delegeret (Andersen & Sonne 2007).

7.1 Koordinatorer og andre nøglepersoner

På vores tre caseafsnit er en række af afdelingssygeplejerskens ledelsesopgaver delegeret til kliniske koordinatore og andre nøglepersoner. Disse funktioner, som fremgår af nedenstående tabel, udgør et væsentligt bidrag ind i ledelsen af afsnittene.

Nøglepersoner	Børneafdelingen, afsnit A4, Aarhus Universitets-hospital	Neurokirurgisk sengeafsnit, Aarhus Universitets-hospital	Organkirurgisk sengeafsnit, Regionshospitalet Viborg
Kliniske koordinatore	4	2 ³⁶	0
Specialeansvarlige ³⁷ .	1	2	2 (den ene samtidig)

³⁵ Som beskrevet i afsnit 1.4.2 omtaler plejepersonalet i daglig tale deres afsnit som afdeling.

³⁶ I princippet to faste. Reelt har den ene af koordinatrorrollerne i projektperioden gået på skift mellem flere på grund af sygdom. Den ene af koordinatorene er i dag fast arbejdsplanlægger.

			souschef)
Kliniske vejledere ³⁸).	1	2	4
Introduktions- og oplæringsansvarlige ³⁹ .	1		
Forløbsansvarlige		2 (kræftpatienter og kæbekirurgi)	1 (kræftpatienter)
Kvalitetsansvarlig (DDKM)			1
Arbejdstidsplanlægger	1		
Projektsygeplejerske			1
Ansvarlig for stomiambulatorium			1
Ansvarlig for kirurgisk ambulatorium			1

Hertil kommer en række øvrige mindre nøglefunktioner som fx ernæringsansvarlige, sikkerheds- og hygiejneansvarlige, dokumentationsansvarlige, forflytningsansvarlige, hjer-testopsygeplejerske, EPJ-sygeplejerske, og kontaktsygeplejerske til palliative team og patientforeninger.

7.1.1 Koordinatorer

På børneafsnittet og neurokirurgisk afsnit er der delegeret opgaver til kliniske koordinato- rer. Koordinatorerne koordinerer den daglige drift. De fordeler arbejdet, indkalder perso- nale ved sygdom, modtager indkomne telefonopkald, hjælper løbende til i plejearbejdet ved at have patienter, giver en hånd med, tager klokker og giver faglig sparring, tager sig af konflikter/komplicerede patient- og pårørendeforløb, lægger øre til kollegernes lø- bende frustrationer samt rapporterer observationer til afdelingssygeplejersken.

Ifølge nøglepersonerne i det neurokirurgiske afsnit er det i høj grad de kliniske koordina- torer, der leder i dagligdagen og dette er et skifte i forhold til, hvordan det var før i tiden på afsnittet.

I børneafsnittet har koordinatoerne en oplevelse af, at de har konsolideret sig som gruppe og at de bruger hinanden meget. De får derudover supervision sammen.

³⁷ De specialeansvarlige arbejder med indførslen af nye procedurer, instrukser og standarder, fungerer også som faglige spar- ringspartnere for sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne. "Vi har fået en specialeansvarlig sygeplejerske mere, og det har vi jo selvfølgelig stor fornøjelse af, og det har vi jo så fået sat meget mere i system, og de er blevet brugt rigtig meget i forhold til E-dok, og vi har fået skabt nogen rammer for, hvor det faktisk er dem, der har kunnet trække et mega slæb af det i forhold til, hvis det var os, der skulle gøre det." (Interview med afdelingssygeplejerske).

³⁸ Kliniske vejledere forestår vejledning af og kontakt med de sygeplejestuderende. "Helt lavpraktisk, så betyder det, at vi er en stor afdeling, at vi har mange studerende. At vi bliver påduttet at tage rigtig mange studerende fra skolen." (Interview med nøglepersoner).

³⁹ Forestår oplæring af nyansatte sygeplejersker.

Koordinatorerne aflaster sammen med de andre nøglepersoner afdelingssygeplejerskerne i deres arbejde.

I det organkirurgiske afsnit har man en souschef-funktion, som er stedfortrædende og specialeansvarlig, og tæt på fagligheden i det daglige. Man har ingen koordinatore. I projektperioden er der indført en tovholderfunktion i dagvagten. Funktionen består i, at der er en i hver sygeplejegruppe, der udpeges som ansvarlig for overblik over, hvilke kolleger der har hvilke patienter og opgaver, og for samarbejdet med de andre grupper. Funktionen er mere afgrænset end koordinatorrollen, og har mere karakter af at være dagens mødeleder i morgenrapporten og teamleder på logistik og drift i løbet af dagen (se også afsnit 9.2.4). På det organkirurgiske afsnit er behovet for at delegerede ledelsesopgaver til nøglepersoner i det hele taget mindre i og med, at ledelseskapaciteten er større (to afdelingssygeplejersker og en souschef).

7.2 En god udviklingsmulighed

Der er tilfredshed med, at der delegeres ansvarsområder. Mange tager imod tilbuddet om udvidede opgaver, og ser det som både en faglig udfordring og en anerkendelse. Hvilket er i tråd med litteraturen, der ser delegering som en kilde til engagement og empowerment (Nelson 1994). At have en koordinatorfunktion eller anden nøglefunktion er også en måde at øge mængden af hverdags- og dagarbejdstid og mindske mængden af weekend- og aften/natarbejde, hvilket for mange anses for attraktivt. Omend mindre vagtarbejde medfører en lønnedgang. De faste kliniske koordinatore er således ikke højere lønnet end deres kolleger.

Mange oplever det som en anerkendelse, når de tildeles et særligt ansvarsområde, men de efterspørger mere feedback, opfølgning og anerkendelse fra afdelingssygeplejersken for deres arbejde. Nøglepersonerne og koordinatorene ender således med at opleve, at de er lidt ensomme i deres funktion.

"Jeg oplever også, at jeg har et stort ansvar, men det er noget, jeg godt kan lide. Jeg har bare nogle gange også brug for sparring... Man bliver nogle gange lidt ensom i sin funktion." (Interview med nøglepersoner).

7.3 En uklar rolle

Andersen og Sonne peger i deres undersøgelse på, at nøglepersonernes opgaver ikke i tilstrækkelig grad er beskrevet og deres ledelseskompentence er uklar. At de tager et større ansvar for ledelse, end der tydeligt og formelt er delegeret. At de står i en svær mellemposition, hvor der er pres både oppe og nedefra. Samt at det kan være forbundet med etiske problemstillinger, hvis nøglepersonerne er afdelingssygeplejerskens uformelle "øjne og ører" – og dette ikke er ekspliciteret for medarbejderne (Andersen & Sonne 2007).

Disse problemstillinger var – ud over fordelene ved modellen med nøglepersoner – stadig genkendelige i vores undersøgelse. Nøglepersoner oplever, at det i høj grad er op til dem selv at definere deres egen rolle og at dette ind imellem er et krævende arbejde.

"Jeg kan også godt nogle gange tænke "Hvad er det, der forventes af mig?". Det kan jeg godt synes er lidt flydende." (Interview med nøglepersoner).

"Den der blanding af at sige, du har en funktion, du har en opgave, du må selv finde ud af, hvordan du gør det. Vi har frihed under ansvar. Og det kan både have en plus- og en minusside." (Interview med nøglepersoner).

Rollen er på sin vis flydende. På den ene side er der en række ledelsesbeslutningssituationer, de ikke inddrages i og på den anden side står de med dagligdagens ledelsesudfordringer.⁴⁰

7.3.1 Kompetenceklarheder

Oplevelsen blandt nøglepersonerne er, at de løfter et spændende stykke arbejde, men at de ofte også løfter et større ansvar, end de officielt har. Mange af dem har således følelsen af at have et stort ansvar.

"De tager et stort ansvar, og måske også et større ansvar end de er uddannet og aflønnet til." (Interview med nøglepersoner).

"Vi har jo noget ledelse i kraft af vores arbejde... Men det har vi ikke formelt." (Interview med nøglepersoner).

Samtidig oplever de løbende, at det er en begrænsning for deres arbejde, at de er afhængige af at spørge afdelingssygeplejersken om lov til dispositioner; fordi de ikke har formel kompetence. Fx skal de spørge afdelingssygeplejersken om lov ved bestilling af afløser.

"At skulle dobbelttjekke med en leder, som måske ikke er så synlig og kan se de ting, vi kan se alligevel. Det er træls." (Interview med nøglepersoner).

Fordi nøglepersonerne er tættest på løsningen af en række konkrete opgaver og tættest på medarbejderne, er det ofte deres rolle at komme med forslag og anvisninger til løsninger. Det er dog ikke altid afdelingssygeplejersken kan eller vil følge disse anvisninger, hvilket indimellem kan være en svær situation for nøglepersonerne at tackle. Beslutningsrummet som nøgleperson kan således opleves som løst (overladt til dem selv) og stramt (uden mulighed for selv at træffe fx ressourceudløsende beslutninger) på en gang.

⁴⁰ "Nogle gange undrer jeg mig over, at der bliver holdt så mange, at der bliver holdt ledelsesmøder fuldstændig uden os. Og så skal vi så udføre de beslutninger. Der kan jeg godt en gang i mellem blive lidt forundret over ikke at være taget med i processen." (Interview med nøglepersoner).

7.3.2 Stedfortræderfunktion

Det er i tråd med rolleklarheden forskelligt, hvem der anses for at være stedfortræder for afdelingssygeplejersken. Svaret varierer efter, hvem man spørger. Samtidig peger nogle på, at der er forskel på, hvordan det er officielt og hvordan det er reelt.

"Vi refererer til vores oversygeplejerske, når [navn på afdelingssygeplejerske] ikke er her. Men uformelt i praksis... så er vi ledelsen! Altså, jeg har taget de mest åndssvage beslutninger. Hvor jeg tænker, at det her har jeg slet ikke officiel kompetence til." (Interview med nøglepersoner).

Der var interviewpersoner, der mente, at det formelt set var koordinatorene, der var stedfortrædende.

7.3.3 Kollega og uformel leder?

En problematik, der fylder meget er, hvilken rolle man egentlig har som koordinator eller anden nøgleperson over for sine kolleger. Her kan det være svært for de sygeplejersker, der nogle gange er på arbejde som koordinatore og andre gange som "almindelig mening". Hvilken rolle de har, når de er der om aftenen eller i andre vagter uden for den almindelige dagarbejdstid, hvor de ikke er der som koordinator. Hvornår går kollegerne til dem som kollega – hvornår går de til dem som en, der deltager i ledelsesarbejde?

"Pludselig er vi i nattevagt sammen. Og så sidder vi og sludrer. Der har vi det svært. At man både er helt almindelig kollega, som står i fuldstændig det samme, som alle de andre gør lørdag nat. Og så mandag morgen, så ryger der en anden hat på." (Interview med nøglepersoner).

"Jeg kommer til at stå i dilemmaet, og nogle gange bliver jeg meget forvirret over min rolle. Fordi der kommer man så tæt på hinanden. Og det er super dejligt. Jeg har nogle skønne kolleger. Men pludselig har du en anden rolle overfor dem." (Interview med nøglepersoner).

Dette er en mellemposition, der ind imellem afføder legitimitetsproblemer. Et eksempel er, når afdelingssygeplejersken skal afholde udviklingssamtaler og anvender koordinators og andre nøglepersoners viden om medarbejderne i denne sammenhæng.

"Hvordan kan hun være klædt på til at skulle have MUSsamtaler med 60 mennesker⁴¹. Hvem bruger hun til det? Jamen officielt bruger hun ikke nogen. Men uofficielt, så er hun jo nødt til at have noget sparring med nogen. Og det er rigtig meget os." (Interview med nøglepersoner).

Der er i særlig høj grad tale om en legitimitetsproblematik på det afsnit, hvor udviklingssamtalerne indgår i lønplacering i forhold til kompetenceniveauer.

⁴¹ Af anonymiseringshensyn har vi ændret i angivelsen af antallet af medarbejdere, således at der står 60, som er det gennemsnitlige antal medarbejdere på tværs af de tre afsnit.

Hvordan afdelingssygeplejersken vurderer den enkelte på baggrund af samtalen betyder altså noget for lønnen – og anerkendelsen.

”Man har kunnet mærke, at der har været MUS-samtaler. Fordi så ryger vi ud i noget med lønplaceringen i forhold til kompetenceniveauer. Og der ligger altså meget anerkendelse eller underkendelse i at få et trin mere eller mindre. Og det har skabt røre de sidste par måneder.” (Interview med nøglepersoner).

Problemet opstår ifølge nogle af nøglepersonerne blandt andet, fordi de ikke har en formel ledelseskasket på.⁴² Mellemlinjen mellem leder og medarbejder er således indimellem kompliceret og kræver et stort fortolkningsarbejde, ligesom mellemlinjen kan afføde legitimitetsproblemer.

7.4 Man kan vælge at tage ansvar eller vælge at lade være

”Vi har ikke sådan veldefineret, hvad ledelsesopgaver er, og hvad ledelse er.” (Interview nøglepersoner).

Andersen og Sonne pegede i deres undersøgelse også på, at nøglepersoner kan vælge at tage ledelse på sig, eller vælge at lade være og koble dette til den uklarhed, der er forbundet med, hvilke ledelseskompetencer, der er delegeret til dem (Andersen & Sonne 2007).

Dette resultat var genkendeligt. Særlig nøglepersonerne peger på, at det er problematisk, at det et stykke hen ad vejen er muligt selv at vælge, om man ønsker at tage ansvar på sig eller ej både som medarbejdere og som nøglepersoner.

”Når man vælger en ledelsesstil, der er meget flad i det, hvor man selv skal tage ansvaret. Så er det ikke sikkert, at man gør det.” (Interview med nøglepersoner).

”Det handler meget om, hvad man selv påtager sig. Jeg tror egentlig ikke, at kravene er så store, som jeg nogle gange selv føler, at de er i forhold til ansvar. Man kan godt nogle gange fralægge sig det.” (Interview med nøglepersoner).

Der er alt i alt en del fortolkningsmæssig fleksibilitet, hvad angår, hvad der er ledelse og hvor hvilke opgaver og beslutninger hører hjemme. Samtidig er udfordringen, at det hverken for afdelingssygeplejerskerne eller for nøglepersonerne er veldefineret, hvad ledelsesopgaven består i.

7.4.1 ”Jeg synes lige, du skal vide”

En daglig problemstilling er den mængde af informationer, som koordinatorene og de andre nøglepersoner får fra deres kolleger. Informationer som det kræver et fortolk-

⁴² ”Det havde været anderledes [hvis jeg var souschef]. Så ville jeg ikke føle, at det var et problem, fordi så havde jeg en hel anden officiel status.” (Interview med nøglepersoner).

ningsarbejde, hvad de skal stille op med. Hvornår skal de fx bare høre og rumme, det der bliver sagt til dem i hel eller halv fortrolighed. Og hvornår er der noget, de skal gå videre med til afdelingssygeplejersken.

"Y: Der bliver ofte sagt til mig: 'Som koordinator, der synes jeg, at du skal vide, at...'

X: Mm. Den hører jeg også tit den sætning.

Y: Og så sidder man og tænker, hvorfor er det... ?

X: Hvorfor skal jeg vide det, når jeg er koordinator?

Y: 'Hvad vil du gerne have, at jeg gør ved det?' 'Nå, det ved jeg ikke. Jeg synes bare lige, at du skulle vide det'. Nå okay. Så ved jeg det lige." (Interview med nøglepersoner).

Særligt koordinatorfunktionen kan på denne måde komme til at virke som en "orienteringsstation" i det daglige. Et sted, hvor en mængde af rige informationer og detaljer op-hobes. Eller som en af nøglepersonerne udtrykte det:

"Vi er simpelthen skraldespand, opsamlingsstation, hvad som helst for hvad som helst." (Interview med nøglepersoner).

De forklarer det med, at mange af kollegerne har brug for at sætte ord på og dele deres forskellige oplevelser og frustrationer og her er koordinatorfunktionen et sted at lufte sine tanker.⁴³ Samtidig kan koordinatorfunktionen være et sted, hvor den enkelte kan søge at lægge et ansvar for, at der tages handling på ting:

"Nogle af tingene, de kommer med, kan være: 'Det er simpelthen også for galt, at de der væskeskemaer, de aldrig bliver ført, og ...'. Og så en lang forklaring. Hvor jeg tænker: Jamen det er da ikke mit problem som koordinator. Det er da afdelingens problem. Og du kan da lige så godt bringe det op, som jeg kan fx på et personalemøde. Og så tænker jeg: Ok, hvorfor gør de det så ikke? Måske er det konfliktskyhed, eller..." (Interview med nøglepersoner).

"Vi er mor til daglig. Og så er det selvfølgelig rigtigt, at mor må kaste ansvaret tilbage, men der er en tendens til, at alt skal gå igennem os. Ligesom det skal igennem mor. Hver en tanke, der flyver i gennem hovedet på folk, som de ikke lige har overskud, tid eller rum eller bevidsthed til selv at få arkiveret, det skal lige ind og vende omkring os. Og så er det en kunst det der med at sige: 'Hørt, men det tager du dig lige af selv'." (Interview med nøglepersoner).

⁴³ Enkelte nyuddannede sygeplejersker kan ligefrem have brug for at sætte ord på alle deres kommende handlinger inde hos en patient: "Jenny [fiktivt navn], havde hele tiden brug for at sige, nu går jeg ind og lægger nåle hos [navn på patient], og så bagefter, så giver jeg Panodil, og så... Det havde hun brug for at liste op hele vejen. Hvad hun skulle hele dagen. Og jeg tænkte bare, nogle gange så var mine øjne lige ved at falde ud. Men det var det, der skulle til, for at hun kunne magte at være her i dag og udføre det, hun skulle udføre. Man kunne godt blive lidt træt. Men for hende var det en nødvendighed, på samme niveau som det måske vil være, hvis jeg var i gang med et forløb og havde brug for at få noget sparring. Og der må vi jo møde dem, på de forskellige niveauer, de er." (Interview med nøglepersoner).

Andersen og Sonne pegede i deres undersøgelse i tråd hermed på, at nøglepersoner risikerer "misbrug" ved at blive overdynget med diverse opgaver og problemløsning (Andersen & Sonne 2007). Eksemplerne tyder på, at der blandt medarbejderne på afsnittene er et behov for løbende sparring fx i forhold til, hvordan der bliver taget ansvar for ting.

7.5 Langt til afdelingssygeplejersken

Oplevelsen af at stå lidt alene med en stor ledelsesopgave kan overføres fra afdelingssygeplejersken til koordinatoren i det daglige. Her var det tydeligt, at oplevelsen af, at der er langt til afdelingssygeplejersken både for nøglepersoner og medarbejdere var mest udbredt på afsnittet med det største ledelsesspænd.

"Jeg tror, man vænner sig af med at vende ting med sin afdelingssygeplejerske, når hun ikke er mere synlig; eller mere aktiv i at lede afdelingen." (Interview med nøglepersoner).

"Jeg savner meget at se min ledelse. Jeg kører virkelig mit eget løb. Det kan man så sige, at det måske er meget udfordrende. Langt hen af vejen er det jo en afdeling, hvor du får lov til at lave rigtig meget. Frihed under ansvar. Men stadigvæk..." (Interview med nøglepersoner).

Der er løbende møder med afdelingssygeplejersken, men de har en oplevelse af selv at skulle være opsøgende i forhold til at få disse afholdt.

"Jeg skal selv være meget opsøgende i forhold til at få de her møder afholdt. Og hvis jeg er positiv, så tænker jeg, det er fordi, det hele kører godt. Hun har ikke rigtig noget, jeg skal lave om på eller rette op på. Hvis jeg har meget om ørene, så bliver det tit noget med: Jamen det kan da være, at hun slet ikke interesserer sig for det felt, jeg arbejder med. Det kan være, at hun ikke synes, at hun skal tage et ansvar. At jeg skal løfte ansvaret selv." (Interview med nøglepersoner).

Andersen og Sonne pegede i deres undersøgelse på, at afdelingssygeplejerskens coaching af nøglepersonerne ofte er individuel, hvilket svækker det organisatoriske lederskab af afsnittet og bevirker en mangel på sammenhæng. Afdelingssygeplejersken risikerer samtidig at blive dekoblet, hvad der rør sig i afsnittet (Andersen & Sonne 2007). Begge forhold var stadig en udfordring i vores undersøgelse, særlig på de to afsnit med de største ledelsesspænd. Måden delegeringen foregår på – uden systematisk opfølgning og fordelt på mange hænder – hæmmer på denne vis mulighederne for samlet strategisk udvikling.

På det neurokirurgiske afsnit har de med de særlige funktioner sammen med afdelingssygeplejersken besluttet, at de fremover skal mødes en gang om året.

På børneafsnittet, hvor ledelsesspændet er lidt lavere, og hvor afdelingssygeplejersken deltager mere aktivt i den daglige pleje af patienterne - oplever nøglepersonerne i højere grad, at de får løbende sparring fra afdelingssygeplejersken og at hun i højere grad er tilstedeværende, eller gør sig selv tilgængelig via telefon.

"Noget af tiden synes jeg, at hun bruger på at spare med os. Hun er tilgængelig i hverdagen. Jeg går ind mange gange i løbet af dagen og spørger: 'Hvad tænkte du lige om det?', eller informerer hende om noget, fordi jeg har en fornemmelse af eller viden om, at det vil hun gerne have." (Interview med nøglepersoner).

Så her er det mest på dage, hvor afdelingssygeplejersken ikke er tilgængelig, at de føler sig ensomme i rollen.⁴⁴

7.6 Delkonklusion: Delegering af ledelsesopgaver

Afdelingssygeplejerskerne har i de tre afsnit delegeret ledelses- og særlige ansvarsopgaver til nøglepersoner. Især på to af afsnittene er den daglige kontakt og sparring til medarbejderne delegeret til såkaldte kliniske koordinatore. Generelt oplever nøglepersonerne det som en stor tilfredsstillelse og en anerkendelse at få delegeret opgaver, men der er også væsentlige problemer forbundet hermed:

- De savner i højere grad feedback, opfølgning og sparring fra afdelingssygeplejerskerne.
- De oplever at stå forholdsvis alene med deres opgaver.
- Særlig de kliniske koordinatore oplever rollen som uklar. Der er mange rolleskift og fortolkninger i mellemlinjen mellem leder og medarbejder, uden formel kompetence eller defineret ledelsesrolle.

Når de kliniske koordinatore eller andre nøglepersoner i det daglige er med til at fordele og supervisere deres kollegers arbejde får de en række oplysninger qua deres rolle, men det er ikke defineret, hvordan de skal forholde sig til oplysningerne. Hvilke informationer skal de fx tage ansvar for kommer videre til afdelingssygeplejersken? Er det deres rolle at løse dagligdags problemer? Nogle kolleger går til dem, som var de deres nærmeste leder. Andre efterspørger ledelse på det nære dagligdags plan og ville gerne have haft det fra afdelingssygeplejersken.

Når afdelingssygeplejersken skal afholde udviklingssamtaler med medarbejderne bliver rollekonflikten også tydelig i og med, at hun/han er nødsaget til at efterspørge viden om de enkelte medarbejdere hos de kliniske koordinatore/andre nøglepersoner. Og dette er ikke en rolle, de andre medarbejdere finder legitim.

⁴⁴ "Det at [navn på afdelingssygeplejerske] hun er der. Altså, det kan gøre en verden til forskel. Det er ikke sikkert, at jeg har brug for hende, hvis der er lidt travlt osv. Men det, at jeg ved, at hun er der i forhold til, hvis der er en opgave, jeg lige skal have hjælp til eller lige skal af med eller. Altså. Og blive set også. Det kan i hvert fald hjælpe til, at verden ikke er helt så kaotisk, når det er sådan, at der er travlt." (Interview med nøglepersoner).

Det rejser spørgsmål om modellens holdbarhed. Er der blot blevet mere delegering – og dermed mere øremærket dagarbejdstid til udvalgte medarbejdere, uden at arbejdet reelt omsættes til synlige mål og mere retning på afsnittets faglige udvikling og opgaver? Er den samlede mængde ledelsesressourcer steget grundet delegering og er der derved blevet færre ressourcer til behandling og pleje? Et andet centralt spørgsmål er: I hvor stor grad/i hvilken udstrækning kan man delegere ledelsesmæssige beføjelser uden, at den formelle kompetence følger med?

8 Det tværfaglige ledelsessamarbejde

"Der mangler, at de [overlægerne] føler et ansvar for, at den her afdeling også kører lægemæssigt. At der er nogle, der tager ved fx ved stuegang. Det er jo ikke sådan, at vi har ledelse i [form af en] overlæge, der går til de respektive og siger: 'Hør her, det er meget vigtigt, at I får gået stuegang især i weekenden'."
(Interview med nøglepersoner).

Kapitel otte handler om afdelingsledelsens og den lægelige ledelse ind i sengeafsnittene. Det vil sige afdelingssygeplejerskens lægelige kolleger og hendes egen nærmeste ledelse.

8.1 En del af en større afdeling

Store hospitalsafsnit indgår ofte i store hospitalsafdelinger. Det har fx den konsekvens, at afdelingsledelsen bestående af den ledende overlæge og oversygeplejersken potentielt kan have mange sengeafsnit og andre funktioner under sig. De kan have op til 35 ledere under sig, som de skal lede (Andersen & Sonne 2007). Afdelingsledelsen kan således også have et stort ledelsesspænd og samtidig skulle være ledere for meget forskelligartede funktioner.

Afdelingsledelsen varetager den overordnede ledelse, herunder arbejde med strategier, personaleledelse for funktionsledelser, drift, økonomi, forskning, uddannelse og udvikling. Afdelingsledelsen har den overordnede beslutningskompetence, samt kompetence til at ansætte og afskedige personale (Kilde: NSA hjemmeside 16.05.2011).

I det daglige er sygeplejeledelsen af afdelingens sengeafsnit delegeret til afdelingssygeplejersker. Hvad angår ledelsen af de lægelige opgaver er disse også delegeret, men der er forskellige modeller herfor på de tre afsnit.

8.2 Overlægernes ledelse ind i afsnittet

Hvor alene – eller sammen med andre – afdelingssygeplejersken står med sin ledelsesopgave afhænger også af, hvor velfungerende det tværfaglige samarbejde er med de overlæger, som har ansvar for ledelsen af de lægelige opgaver på afsnittet.

Den tværfaglige ledelse på tværs af læge- og sygeplejesøjlerne på hospitalerne er et område, der er en udfordring både i Danmark og i andre lande. Tendensen har været, at disse to søjler har fungeret relativt uafhængigt af hinanden såvel ledelsesmæssigt som på andre områder (Glouberman & Mintzberg 1996). Selvom der siden 1970'erne har været arbejdet på at skabe mere ledelsesmæssigt samarbejde på tværs - eksempelvis på hospitalsniveau gennem trojkaledelse (Bentsen 2000), på afdelingsniveau med indførelse af afdelingsledelser i 80'erne, og på afsnitsniveau med afsnitsledelse i 00'erne – så er der stadig i høj grad tale om to faglige systemer, der fungerer på ret så forskellige måder. Dette har en række konsekvenser for koordineringen af arbejdet og samarbejdet på

tværs. Og har konsekvenser for produktionen, effektivitet, kvalitet, patientsikkerhed og trivsel⁴⁵.

På de tre caseafsnit i denne undersøgelse har de oplevet udfordringer, hvad angår sammenhæng i arbejdet – koordinationen mellem læge- og plejearbejdet. I løbet af projektet er der dog på to af de tre afsnit sket en mærkbar ændring i retning af et tættere og mere tydeligt samarbejde (se kapitel 9).

8.2.1 Tre forskellige modeller

Hvad angår den lægelige ledelse i afsnittet, adskiller de tre afsnit sig konstruktionsmæssigt fra hinanden. På to af sengeafsnittene er pleje- og lægesiden organiseret i en fælles afsnitsledelse. En relativ ny organisering, som fortsat er under udvikling og hvor intentionen er at styrke det tværfaglige ledelsessamarbejde på afsnitsniveau. På børneafsnittet deler fire overlæger afsnitsledelsen i det daglige i samarbejde med afdelingssygeplejersken og indgår i overordnede drøftelser om personaleforhold. Formelt er der én af dem, der har ledelsen i forhold til afdelings- og hospitalsledelsen. Dette løser de ved, at de på skift, et år af gangen, modtager den post, der tilgår oppefra. På det neurokirurgiske afsnit er der en overlæge, der er udnævnt til at have afsnitsledelsen som funktion. Funktionsledelse er her beskrevet som noget, der deles af afdelingssygeplejersken og afsnitsoverlægen⁴⁶. På det organkirurgiske afsnit er der ingen decideret tværfaglig afsnitsledelse, men en gruppe af overlæger, der varetager ledelsen af det lægelige samarbejde med afsnittet.

8.2.2 Overlægenes ledelsesopgaver i relation til afsnittet

Overlægenes opgaver er uagtet om de er afsnitsoverlæger, funktionsleder eller bare overlæger præget af en række forskelligartede opgaver, der finder sted forskellige steder i og udenfor huset⁴⁷.

Der er to pointer i forhold til afsnitsoverlægenes opgaver, der bør fremhæves. På den ene side er der ingen forskel på afsnitsoverlægens og den almindelige overlæges opfattelse af lederopgaven. På den anden side adskiller overlægenes ledelsesopgaver sig væsentligt fra afdelingssygeplejerskens ledelsesopgaver. Således har overlægerne i højere grad fokus på ledelse af den faglige behandling, specialet og forskningen, hvorimod afdelingssygeplejersken har fokus på den daglige drift i forhold til patient- og pårørendesamarbejdet, administration samt personaleledelse. På to af afsnittene oplever medarbejderne ikke, at der er et organisatorisk samarbejde med overlægerne, men udelukkende et

⁴⁵ En amerikansk undersøgelse af intensivafdelinger viste fx, at der er sammenhæng mellem de sundhedsprofessionelles interaktion og indlæggelseslængden. Udøvelse af koordination, ledelse og konflikthåndtering mindsker således indlæggelseslængde (Shortell, Zimmerman, Rousseau, Gillies, Wagner, Draper, Knaus, & Duffy 1994).

⁴⁶ Funktionsledelse er driftsledelse, personaleledelse, faglig ledelse, udvikling, kommunikation, ledelse af forandringer og strategisk ledelse inden for funktionsområdet (Kilde: NSA hjemmeside 16.05.2011).

⁴⁷ Overlægerne peger i interviewene selv på følgende opgaver: Stuegang, forstuegang, Tilse og operere/behandle patienter, Ambulatoriepatienter, Deltage i ledergruppemøder, Ad hoc møder med afdelingssygeplejersken og andre, Faglig specialeudvikling og nationalt og internationalt samarbejde, Forskning, Undervise yngre læger, Besvare mails, modtage post, Vejledninger, retningslinjer og instrukser, Bidrage til at ting og flow fungerer på afsnittet.

patientorienteret samarbejde. Et patientorienteret samarbejde, der også lader en del tilbage at ønske.

"Nogle gange er det som om, at vi spiller på to hold. Vi vil gerne score på samme mål, men de spiller sammen med sig selv og vi prøver at spille sammen."
(Interview med sygeplejersker).

På plejesiden efterspørges således, at overlægerne i højere grad indgår i udvikling og organisering af arbejdet i afsnittet. Til gengæld oplever overlægerne selv, at de engagerer sig i afsnittene og har kontinuitet i ledelsesopgaverne.

8.2.3 Stuegang og patientflow

I det daglige kommer manglen på tværfaglig ledelse på to af afsnittene til syne i problemer med afvikling af stuegangen. Både afdelingssygeplejersker og medarbejdere efterspørger mere struktur på stuegang i forhold til lægesamarbejdet således, at tilrettelæggelse omkring patientflow og indlæggelseslængde bliver forbedret. Konkret betyder den manglende tilrettelæggelse, at der på to af afsnittene forekommer ugentlige forsinkelser i forbindelse med udskrivning eller udredning af patienterne samt at stuegangene bliver lange.

På det ene afsnit forklarer de problemerne med, at det kan være svært at få en læge til at gå stuegang på patienter, hvis egen kontaktlæge ikke er til stede den dag eller på det tidspunkt. På det andet afsnit oplevede lægerne, at de ikke havde tilstrækkelig erfaren lægelig kapacitet⁴⁸.

"Så bliver der ikke udskrevet. Det tør vi ikke. Så bliver problemerne skubbet til næste dag, så kommer der nok en anden og løser det. Det er sådan det nemt går. Noget andet er, at det ikke kun er den unge læge, der sidder deroppe [ved stuegangen], der sidder tit en sygeplejerske ved siden af. Så den pleje, hun skulle ud at lave, når hun nu sidder og føler, at hun skal holde øje med den unge læge... Andre gange skal hun være der, fordi hun kan give nogle oplysninger osv., Men det betyder, at hendes tid i den grad bliver øget, og det er jo helt hen i vejret, og sådan går det, når de ikke har mere erfaring, end de har." (Interview med overlæger).

"Og det er der, arbejdsdagen ikke glider. Der, hvor det tager en hel dag at gå stuegang på tre patienter, fordi den læge, der er sat til det, egentlig ikke er kompetent til det. Forstå mig ret, fordi de fleste vil det forfærdelig gerne, men så er det, at tingene bliver udsat og tingene bliver ikke sat i værk og flere indlæggelsesdage..." (Interview med nøglepersoner).

48 Ved første interviewrunde havde de mange vikarierende læger til at gå stuegang og det gav en række problemer med kontinuitet. Ved anden interviewrunde havde de udfordringer relateret til at få tilstrækkelig med beslutningskraft i stuegangssituationen, fordi deres uddannelsesstillinger var ændret, således at de nu havde "grønnere" yngre læger i kortere forløb.

En anden årsag, lægerne peger på er, at det primært er de yngre læger, der er i front i forhold til de akutte patienter, hvilket vil sige 80-85% af patienterne⁴⁹.

Medarbejderne peger på, at problemerne med stuegang går ud over deres trivsel, fordi det er svært at få arbejdet afviklet, og fordi nogle af patienterne og de pårørende bliver vrede.

"Man får også tæskene fra patienterne, som lægerne skulle have haft, når ikke de kommer og går stuegang." (Interview med nøglepersoner).

"Det går ud over os som sygeplejersker. Og de pårørende er vrede og har frustrationer over, hvorfor tingene ikke kører. Og det gør en ked af det, når man går og forsøger at gøre ens job så godt, som man nu kan." (Interview med nøglepersoner).

Selvom der i de senere år er gjort en del indsatser for at styrke den tværfaglige ledelse af afsnit, er dette fortsat et område, der er præget af mange barrierer. Det at udpege en afsnitsoverlæge garanterer således ikke automatisk tværfaglig ledelse af dagligdagens udfordringer i det store afsnit. Det kræver et vedholdende organisationskulturelt arbejde.

Der er fortsat tale om to søjler, der organiserer deres arbejde forskelligt. Og parallelt med den ledende overlæges historiske udfordringer med at skabe sig ledelsesmæssig autoritet over for en overlægegruppe, har afsnitsoverlægen samme udfordring. Afsnitsoverlægen er blot samtidig lavere placeret i det organisatoriske hierarki, hvilket alt andet lige gør det endnu sværere at stille krav til sine lægelige kolleger.

8.3 Afsnitsoverlægens samarbejde med den ledende overlæge

Det har på caseafdelingerne ikke ligget som en praksis, at afsnitsoverlægen/erne eller afsnittets tilknyttede overlæger har modtaget feedback eller sparring fra den ledende overlæge på deres arbejde i relation til sengeafsnittet. Dermed har det også været op til afsnitsoverlægerne selv at definere, hvad deres ledelsesopgave – og ledelsesrum består i. Eller som en overlæge sagde:

⁴⁹ "Vores egen tilrettelæggelse, er måske heller ikke er god nok. Fordi man må sige, at den elektive patient, rutinepatienten et eller andet sted, der kommer ind til noget specificeret, der kan yngre kolleger og yngre sygeplejersker køre efter en standard, og tage sig af dem, mens de akutte patienter måske har mere behov for de erfarne og speciallæger og ting og sager, der kører deres forløb. Men det er måske helt omvendt, som vi gør det lige nu. Og sådan har traditionen jo være i 100 år, så det er ikke fordi, at det er så meget anderledes, end det altid har været. Men det er ikke specielt hensigtsmæssigt. Det kan godt være, man skulle vende den pyramide en smule om. Omvendt vil jeg så sige, at de unge kan jo heller ikke operere de patienter, der kommer ind elektivt osv, de skal jo også snakke med dem bagefter [...] Men at vi andre også på nogle punkter, skal lidt mere i front." (Interview med overlæger). "En stor del af den yngre læges arbejde er at tage sig af den akutte patient, mens speciallægerne, de tager sig af den elektive patient. Men interessen omkring den akutte patient er ikke så god, det må vi erkende, for hvis man er ældre overlæge, så har man ikke den interesse for den akutte patient, fordi vi netop siger: 'Jamen den akutte patient, hvad drejer det sig om?'. Det er ret uinteressant ikke også. Det vil sige, at andelen af dem, som man egentlig skal gøre noget operativt ved, er meget lille. Den elektive patient skal jo alle sammen have lavet et eller andet operativt." (Interview med overlæger).

"I og for sig, så er det uspecificeret uddelegeret til os..." (Interview med overlæger).

Overlægerens ledelsesfunktion i relation til sengeafsnittet er i høj grad et ikke-italesat område.

"Vi har en ledende overlæge, som egentlig også skulle være vores overlægers overordnede leder." (Interview med nøglepersoner).

"Den ledende overlæge er jo ikke en, man ser overhovedet. Der mangler jeg virkelig synlighed. Blandt de overlæger, der går på afdelingen, synes jeg også, at der er en holdning om, at man rører ikke ved tingene. Altså, hvis der er et eller andet problem, så tager man sig ikke af det." (Interview med nøglepersoner).

Den lægelige ledelse i afsnittene er ligesom for koordinatorene således endnu et område, der er præget af uklarhed og diffust indhold i ledelsesrollen.

8.4 Afdelingssygeplejerskens samarbejde med oversygeplejersken

Udover de møder, der afholdes med afdelingsledelsen⁵⁰, har afdelingssygeplejerskerne i praksis ofte mest fastlagt kontakt med oversygeplejerskerne. Oversygeplejerskerne varetager overordnede ledelsesopgaver i relation til afdelingen, mens afdelingssygeplejersken varetager ledelse af et afsnit. Møder mellem de to ledelseslag er formaliserede, således at oversygeplejersken jævnligt mødes med gruppen af afdelingssygeplejersker. På de tre afsnit er der således fastlagte møder henholdsvis 2-3-4 gange om måneden, med mere eller mindre formaliserede dagsordner.

En af afdelingssygeplejerskens opgaver er at omsætte centralt iværksatte strategi- og indsatsområder til egen afsnits kontekst (Andersen & Sonne 2007). Dette forudsætter ifølge Andersen og Sonne sparring fra oversygeplejersken, der er en central støtte i afdelingssygeplejerskens strategiske ledelse. Der sker i store afsnit ifølge Andersen og Sonne en bevægelse hen imod, at afdelingssygeplejersken i højere grad orienterer sig imod den strategiske udvikling på hospitalsniveau især ud fra et sygeplejefagligt perspektiv.

8.4.1 Gensidig tilbageholdenhed

På de tre caseafsnit har vi ikke kunnet observere et tæt strategisk samarbejde mellem oversygeplejersken og afdelingssygeplejersken/erne. Samlet set kan vi på alle tre afsnit sige, at ledessamarbejdet med afdelingsledelserne har været præget af en gensidig tilbageholdenhed. Afdelingsledelsen blander sig således ikke i afsnittets daglige praksis og er generelt ikke en synlig del af ledelsen for medarbejderne.

⁵⁰ På den neurokirurgiske afdeling deltager funktionsledelserne – herunder afdelingssygeplejerskerne – fx i Det Organisatoriske Lederteam OLT, der giver sparring til afdelingsledelsen.

Andre undersøgelser har peget på, at oversygeplejersker i vidt omfang har et distanceret forhold til den praktiske hverdag både i Danmark og i andre lande (Brooks 2003; Cooke 2006; Sommervold 1997; Sørensen 2006). Det er derfor i tråd hermed ofte ikke fra afdelingsledelsen, at afdelingssygeplejersken kan få sparring til, hvordan hun løser konkrete udfordringer relateret til medarbejdernes daglige praksis⁵¹. Med mindre der udelukkende er tale om manglende tradition for manglende sparring vil denne tendens forstærkes, når afdelinger bliver større. At være en del af en stor afdeling, hvor afdelingsledelsen har mange ledere under sig, kan således føre til, at den enkelte afdelingssygeplejerske får mindre daglig sparring og ledelse fra oversygeplejersken. Den gensidige tilbageholdenhed kan selvfølgelig også tolkes som en fælles respekt og tillid til at man hver især påtager sig ansvaret for at løse den givne ledelsesopgave

Samlet set er det kendetegnede, at afdelingssygeplejerskens ledelse af et sengeafsnit foregår i en kontekst, hvor der er en række af uafklaretheder omkring ledelsesroller og gensidige forventninger. Dette er ud fra den organisationsteoretiske litteratur ikke overraskende i og med, at hospitalet kan betegnes som et fagbureaukrati med de fordele og ulemper, der ligger heri. Den største udfordring i denne sammenhæng er ifølge litteraturen manglende tradition for at italesætte og omsætte meningen med ledelse.

8.5 Delkonklusion: Det tværfaglige ledelsessamarbejde

Det er forskelligt, hvordan man har organiseret sig i lægesamarbejdet på de tre afsnit, men det er gennemgående, at den tværfaglige ledelse – specielt på to af afsnittene er uklar, hvilket har betydning for kvaliteten omkring patientsamarbejdet og medarbejdernes trivsel.

Et afsnit havde en konstruktion med en lægelig funktionsleder (afsnitsoverlæge). Et andet havde fire afsnitsoverlæger og det tredje afsnit havde ikke en formel konstruktion. Her oplevede afdelingens overlæger, at samarbejdet med afsnittet var "uspecificeret uddelegeret" til dem fra afdelingens ledende overlæge.

Generelt er samarbejdet præget af, at ledelse varetages i to søjler. Afsnitsoverlægernes og overlægernes ledelsesopgaver har primært fokus på den faglige behandling, specialet og forskningen, mens afdelingssygeplejersken har fokus på den daglige drift i forhold til patient- og pårørendesamarbejdet, administration samt personaleledelse. Den fælles organisatoriske ledelsesopgave er således uklar, hvilket har betydning for, hvem der egentlig har ansvaret for den tværfaglige ledelse i dagligdagen. En styrkelse her vil kunne skabe bedre sammenhæng for patienter og medarbejdere. Fx peges der i de to kirurgiske sengeafsnit i denne undersøgelse på et behov for ændret organisering af stuegang for at få bedre patientflow, så forsinkelser i udskrivning eller udredning af patienterne mindskes.

⁵¹ Der er naturligvis også afdelinger, hvor der er et tæt samarbejde om hverdagens udfordringer (se fx Holm-Petersen 2011). Men disse er sjældnere beskrevet i litteraturen.

At afsnittet er en del af en stor afdeling kan også betyde, at afdelingssygeplejerskens overordnede – afdelingsledelsen – også har et stort ledelsesspænd. Dette betyder noget for den sparring og feedback afdelingssygeplejersken kan få oppefra. Relationen på alle tre afsnit kunne karakteriseres ved gensidig tilbageholdenhed. Tendensen er, at afdelingsledelsen ikke involverer sig på nogen synlig måde i den daglige ledelse af sengeafsnittet.

9 Resultat af interventionerne

"Nogle af de ting, vi har lært i den her proces og vil kunne tage med videre, er i forhold til organisering og strukturering. Og så nogle mere langsigtede løsninger frem for hovsaløsninger." (Interview med afdelingssygeplejerske).

Med en interventionsperiode på $\frac{3}{4}$ år – og de udfordringer store afsnit står med, er det ikke alle udfordringer, der er løst med projektet. Der er dog kommet mange konkrete resultater ud af indsætterne, som vi i dette kapitel vil opsummere.

De udfordringer, som både ledere og medarbejdere pegede på i den første fase af projektet, kredsede om tre temaer:

- tydelighed og prioritering i ledelsesopgaverne
- delegering
- kommunikation

Med afsæt i disse temaer udvalgte de respektive styregrupper interventionsemner, som de hver især fandt meningsfulde og som kunne forbedre ledelsesarbejdet og medarbejdertrivsel i store afsnit. Konkret blev der på de respektive afsnit arbejdet med følgende emner:

Afsnit a.:

- Strategisk ledelse: Hvordan kan vi arbejde med at bringe klarhed over målene og lave langsigtet planlægning?
- Rolleklarhed i forhold til: Afsnitsledelsens strategiske arbejde, afdelingssygeplejerskens opgaver, koordinatore og andre nøglefunktioner.
- Anerkendelse: Hvad er anerkendelse? Hvad er det, der efterspørges, når medarbejderne giver udtryk for, at man ønsker mere anerkendelse? Hvordan kan vi arbejde med at imødekomme behovene? Hvad skal lederen gøre? Hvad skal medarbejderne gøre?

Afsnit b.:

- Forstyrrelser: Hvad forstår vi ved forstyrrelser? Hvem forstyrrer vi med hvad? Hvad er en passende forstyrrelse? Hvad er en forstyrrende forstyrrelse? Hvordan kan ledere og medarbejdere arbejde med temaet forstyrrelser i plejegruppen?
- Strategisk ledelse: Hvordan kan vi som ledelse identificere og prioritere ledelsesopgaverne? Hvordan skal vi som ledelse understøtte implementering af temaet om forstyrrelser? Hvilke mål, strategier og kommunikation kalder det på? Hvordan kan vi som ledelse håndtere egne forstyrrelser?

Afsnit c.:

- Strategisk ledelse og strategiimplementering: Ledersparring for afsnitsledelsen i at tydeliggøre den fælles ledelsesopgave og herunder give støttesystemet et eftersyn - er roller og funktioner beskrevet, så de understøtter ledelsens opgaver? Støtte til tydeliggørelser af strategiimplementering.

- Det tværfaglige samarbejde omkring patientforløb (Denne intervention blev af forskellige grunde ikke gennemført i interventionsperioden, men er efterfølgende taget op, se 9.3.6).
- Anerkendelse og det korte sygefravær: Hvordan taler vi anerkendende om sygefravær?

(Se i øvrigt eksempel på opgaveplan, hvor formål, metoder og forløb er nærmere beskrevet i bilag F).

9.1 Mere fokus på strategisk ledelse

"Det der med at tage ordet strategi i vores mund til at starte med, det kunne vi jo næsten ikke. Vi er klart blevet meget bedre til at arbejde mere langsigtet og ikke altid bare handle på ting, som sygeplejersker er rigtig gode til." (Interview med afdelingssygeplejerske).

Strategisk ledelse er et emne, som alle tre afsnit via ledersparring og møder med ledergrupper har beskæftiget sig med i interventionsperioden. Baggrunden var blandt andet afdelingssygeplejerskernes oplevelse af, at de ofte "kommer til" at prioritere de daglige driftsopgaver, frem for at forholde sig til de mere langsigtede mål. Desuden delte både medarbejdere og ledere det synspunkt, at der var behov for større klarhed i, hvilke mål der er for afsnittet, hvilke ledelsesopgaver der skal prioriteres, og at et stort afsnit krævede en højere grad af organisering og struktur omkring den daglige opgaveløsning.

Samlet set har det at sætte fokus på strategisk ledelse betydet:

- Ændret prioritering af ledelsesopgaverne.
- Bedre overblik over ledelsesopgaverne.

9.1.1 Ændret prioritering af ledelsesopgaverne

Selv om det i store træk er de samme typer af opgaver, som afdelingssygeplejerskerne på de tre afsnit nævner som værende deres ledelsesopgaver (se afsnit 6.1), så er det efter interventionsperioden fortsat forskelligt, hvordan de hver især prioriterer deres tid. Det synes at være afhængigt af, hvordan de har organiseret sig, hvordan de har delegeret opgaverne og hvad de hver især finder væsentligt at prioritere.

Det er dog bemærkelsesværdigt for alle tre afsnit, at deres prioritering af ledelsesopgaverne har ændret sig i interventionsperioden. De anvender således mindre tid på besluttede driftsopgaver og mere tid på personalemæssige og strategiske ledelsesopgaver.

Selvom afdelingssygeplejerskerne er blevet mere bevidste om, at ledelsesopgaverne ikke er sideordnede/lige vigtige, men skal prioriteres, så er det mest gennemgående dilemma fortsat, hvordan de undgår at "sande til" i de mange ledelsesopgaver og hvordan de skal prioritere og organisere sig i forhold til dem. Således oplever de fortsat, at der ikke er overensstemmelse mellem det, de bruger tiden på og det de rent faktisk ønsker at bruge tiden på. Samtidig med, at der er en uklarhed i, hvad deres funktion og rolle skal være i store afsnit.

9.1.2 Bedre overblik over ledelsesopgaverne

Det mest gennemgående ord fra samtlige respondenter, når der spørges om gode råd til andre, der arbejder i store afsnit, er ordet "overblik" - vigtigheden af at have overblik og bevare overblikket. Især peger både ledere og medarbejdere på, at ledelsen i store afsnit skal have overblik og styr på de behov der er. Og at ledelsen sætter mål og følger op i modsætning til hurtige hovsaløsninger. Når de hæfter sig så meget ved at bevare overblikket, hænger dette sandsynligvis sammen med tendensen til at sande til.

Ved anden interviewrunde oplevede afdelingssygeplejerskerne, at de generelt havde fået bedre overblik over ledelsesopgaverne, blandt andet ved at sætte fokus på og fastholde deres strategiske arbejde.

De lægger forskellige forventninger og fortolkninger ind i det "at arbejde strategisk", men fælles er, at de i større grad arbejder mere reflekteret, mere bevidste om det at prioritere på de større linjer og i det daglige arbejde. Udsagn som "*Hvad vil jeg have ud af tingene? Hvad vil jeg have ud af dette møde? Hvordan skal jeg tilrettelægge og kommunikere det og få involveret mine medarbejdere? Hvordan skal jeg tilrettelægge mere langsigtet?*" er gennemgående, når afdelingssygeplejerskerne forklarer, hvordan de arbejder med det strategiske.

"Jeg har fået mere øje på, hvad der er svært for mig med den her store organisation. Hvor jeg skal være virkelig opmærksom? Hvor jeg skal gøre en større indsats?" (Interview med afdelingssygeplejerske).

"Jeg er blevet meget bedre til at sige: 'Hvad skal der til for, at du kan?' Så er jeg blevet bedre til at skærme og få opgaven væk fra mit bord. Der er jo mange andre, der kan løse den." (Interview med afdelingssygeplejerske).

De mere faste mødestrukturer har været med til at sikre en vis form for opfølgning på de mange daglige skibe, der sættes i søen, men det er en fortsat udfordring at virkeliggøre og gennemføre de mål, man sætter sig som leder.

"Det er vigtigt, at vi har den røde tråd, eller punktet herude vi skal nå frem til, men også hvordan vi når derhen." (Interview med sygeplejersker).

Konkret anbefaler ledere og medarbejdere i plejegruppen, at ledelsen via struktur og rammer skaber overblik over fælles mål og indsatser, fx via årshjul for møder og aktiviteter.

9.1.3 Bedre samarbejde med overlægerne om ledelse af afsnittet

På børneafsnittet, hvor de har færre og faste læger tilknyttet afsnittet, er der i projektperioden sket en positiv udvikling i samarbejdet med de fire afsnitsoverlæger. Der er således kommet et tættere samarbejde med afdelingssygeplejersken og medarbejderne oppe, at lægerne er blevet mere synlige på afsnittet.

Også på det neurokirurgiske afsnit er der sket en ændring af den fælles afsnitsledelse mod et mere formaliseret samarbejde i form af faste møder, hvor også overordnede problemstillinger nu tages op.

9.2 Mere bevidst organisering og delegering

Det andet gennemgående tema i interventionsperioden har været fokus på delegering. Fra første interviewrunde pegede man både blandt ledere og medarbejdere på, at det store afsnit kræver en mere bevidst delegering, opfølgning og rolleafklaring i forhold til opgaven. Via ledersparring, arbejds møder med afsnitsledelser og medarbejdere har det været medvirkende til:

- At man har skabt større klarhed omkring koordineringen og opfølgningen af aktiviteterne.
- At man har ændret organiseringen.

9.2.1 Fra skiftende teams til faste subspecialegrupper

De tre sengeafsnit er alle opdelt og organiseret i mindre enheder. Det betyder, at medarbejderne (bortset fra ambulatorierne) på skift møder ind i veldefinerede teams.

Som en del af at opbygge et tættere strategisk samarbejde med overlægerne har man på børneafsnittet i interventionsperioden besluttet sig for at arbejde med en subspecialisering. Det vil sige, at opdeling i teams ikke længere foregår i forhold til patientstuer, men i forhold til diagnoser, og at overlæger og medarbejdere fremover som udgangspunkt er tilknyttet subspecialegrupper.

Formålet er at højne kvaliteten. Ved mere specifik lægeundervisning vil man kunne dygtiggøre sig inden for de enkelte diagnoser, og man vil i højere grad kende og kunne anvende hinandens kompetencer.

"Der er fordele ved de store afdelinger, fordi vi har en kapacitet og en ekspertise, men man skal passe på, at de enkelte underafsnit ikke bliver for store. Der er risiko for fremmedgørelse og at det bliver uoverskueligt. Jeg tror, at fagligheden har det bedre i mindre enheder, men med mulighed for at trække på den ekspertise, der findes i store enheder." (Interview med overlæger).

Organiseringen med subspecialerne på det ikke-kirurgiske sengeafsnit har betydet, at overlægerne møder ind hver dag i de respektive teams for at koordinere og støtte fagligt op om dagens opgaver.

Fra plejesiden kan man også se fordele i en subspecialisering, men sygeplejerskerne har her i begyndelsen været bekymrede for at gå ind i en udvikling, som de primært har set som lægedrevet. De har været bekymrede for at miste fokus på sygeplejen, afvekslingen i at arbejde med flere specialiserede områder, og især at miste fleksibiliteten i vagterne med betydning for balance i arbejdsliv og familieliv. Hertil kommer, at den nye organisering medfører krav til dem som plejepersonale om i højere grad at skulle definere deres sygepleje i relation til specialiserede patientforløb. Status er, at de er i gang med at afprøve organiseringen.

9.2.2 Mere delegering til koordinatorene

På et af afsnittene har afdelingssygeplejersken i interventionsperioden delegeret vagtplanlægningen til en af koordinatorene. Fordelingen har betydet mere tid for afdelingssygeplejersken til andre ledelsesopgaver.

På det neurokirurgiske afsnit er man desuden gået fra at have skiftende koordinatore til at have faste koordinatore. At have *faste koordinatore* betyder, at koordinatorene er placeret i et fast team/lokalitet i dagvagten og generelt ikke tager aften- eller weekendvagter. Denne ændring har givet en større kontinuitet og erfaring i rollen som koordinator, og afdelingssygeplejersken oplever, at driften hænger bedre sammen i dagligdagen.

"Koordinatorfunktionen er blevet faste dagvagter. På den måde er de rigtig meget med i forhold til overblik over driften og får det til at hænge sammen i dagligdagen. De tager mange dispositioner af sig selv... for mig har det gjort, at jeg har fået større overblik i forhold til de ting, som bare skal køre." (Interview med afdelingssygeplejerske).

Omvendt har koordinatorene en oplevelse af, at man står mere alene med funktionen, fordi afdelingssygeplejersken kommer længere væk fra den daglige praksis (se kapitel 7).

9.2.3 Organisering af ledelsesarbejdet mellem to sideordnede ledere

På det organkirurgiske sengeafsnit havde man kort før projektets start organiseret sig med to sideordnede ledere. For at kunne overskue og overholde de mange ledelsesopgaver, har de i projektperioden delt ledelsesfunktionerne op imellem sig (bl.a. vagtplaner, møder, ugentlige nyhedsbreve og medarbejdergruppen). Den enkelte medarbejder refererer således til en af de to ledere.⁵² De har skærpet det strategiske fokus, og har derved fået samordnet og fulgt op på de mange indsatser. De har arbejdet med en model for, hvordan de bedst muligt kan supplere og støtte hinanden. Desuden har de etableret en struktur, så de sammen med souschefen altid kan dække hinanden af ledelsesmæssigt i dagligdagen. Endelig har de som et resultat af deres arbejde med emnet forstyrrelser etableret en såkaldt tovholderfunktion⁵³. En funktion, som dagligt skifter, men som i de

⁵² Lignende refereres i Sygeplejersken, 11/2009 i artiklen "Afdelingssygeplejerske, ikke supermenneske, men næsten". Her fortæller afdelingssygeplejerske Bente Nisted Olsen fra Ortopædkirurgisk sengeafsnit på Herlev Hospital, hvordan man har delt funktionerne op, og delt ledelsesopgaverne med en assisterende afdelingssygeplejerske.

⁵³ Tovholderens funktioner er: At være mødeleder i morgenrapporten og sørge for at den afvikles indenfor den afmålte tid. Dvs. man giver mundtlig rapport og læser op fra den elektroniske patientjournal om hvilke patienter der er i teamet og hvad der senest er sket med dem. At sikre fordeling af patienter og nøgleopgaver (fx hvem er i dag ansvarlig for oprydning i skyllerum, kaffestue, opfyldning på stuer). At være den person der den pågældende dag har overblikket over teamets patienter, hvem skal udskrives, hvor er der ledige pladser på stuerne, hvornår er der stuegang, når vi dagens opgaver eller kan vi hjælpe et af de andre teams. At være den afdelingssygeplejerskerne henvender sig til i dagens løb. Afdelingssygeplejerskerne har haft en coachende rolle i implementeringen af funktionen: "Vi sidder simpelthen med i to grupper hver eneste morgen. Vi er jo kun to, så det er det, vi kan, men på skift og prøver på at præge det der med at få tovholderen til at tage sin funktion med at hun skal gøre det – det kører rigtig godt nu." (Interview med afdelingssygeplejerske). Afdelingssygeplejerskerne har her ifølge afdelingssygeplejerskerne haft fokus på: At sikre et sygeplejefagligt perspektiv, selv at være orienteret om patienterne, at sikre stringens i mødet og at være synlige som ledere.

respektive teams den pågældende dag har overblik over, hvilke kolleger der har hvilke patienter og opgaver, samt koordinerer med de to andre teams, hvis der er brug for at hjælpe hinanden. Tovholderne udpeges dagen før af afdelingssygeplejerskerne.

"Det var ikke så hensigtsmæssigt den måde, man startede på om morgenen. Man havde svært ved at få lavet aftaler om, hvem der gjorde hvad. Og det tog for lang tid at få læst morgenrapporten og komme ud. Så det har vi arbejdet rigtig meget med. Vi har selvfølgelig snakket på personalemødet om, hvordan vi kan ændre på det her. Det er jo hele kulturen. Og der er så lavet en tovholderfunktion... Det har holdt lidt hårdt – en del kunne ikke se den dybe tallerken, da vi startede, og vi har simpelthen siddet med og det gør vi stadigvæk, så vi kan præge det at få tovholderen til at tage sin funktion." (Interview med afdelingssygeplejerske).

Det neurokirurgiske afsnit vil i forbindelse med kommende omstruktureringer skulle øge antallet af medarbejdere til ca. 80 i anden halvdel af 2011. Derfor har man besluttet sig for at organisere sig med to sideordnede afdelingssygeplejersker analogt med det organiskirurgiske sengeafsnit, dog således at man bibeholder dele af koordinatorfunktionen til støtte for den daglige ledelse.

9.2.4 De fysiske rammer

De fysiske rammer er en helt væsentlig medspiller i forbindelse med effektiv organisering af de daglige arbejdsgange. Medarbejderne peger således på, at det er vigtigt, at alle i afsnittet er placeret i samme geografi og på samme etage. Desuden skal depoter og køkken være placeret i midten, så man ikke skal løbe så langt. Kontorer og vagtstuer skal være rummelige og støjisolerede, så der er plads til de mange aktører, der dagligt færdes der.

9.3 Strukturer der understøtter bedre kommunikation

"Der er jo indbygget et problem i store afsnit, hvordan får man tid til at holde sig orienteret og hvordan holder man overblikket over, hvad er der gang i, hvad foregår der, hvad er der af nye ting?" (Interview med overlæger).

I begge undersøgelsesfaser peger ledere og medarbejdere på, at kommunikationen er en helt særlig udfordring i store afsnit. Det gælder både det at overskue informationsmængden i dagligdagen for dem der skal give og modtage den, men også om på hvilken måde og i hvilket omfang.

I interventionsperioden er der sat fokus på arbejdet med at løse kommunikationsudfordringerne - herunder:

- Hvordan kan man højne informationsniveauet?
- Kan man etablere en bedre mødestruktur?

- Forventningsafstemning omkring anerkendelse.
- Hvordan minimerer man de forstyrrende forstyrrelser?

9.3.1 Kan man højne informationsniveauet

Alle tre afsnit har arbejdet med at forbedre informationsgangene. Blandt andet ved at forbedre nyhedsbrevene og informere via mails.

"Det fungerer godt med nyhedsbreve, referater fra møder, information om hvem der er langtidssygemeldte, m.m. Før var det mere tilfældigt, hvor godt man var orienteret, men vi har selv fået et større ansvar for at holde os informeret." (Interview med nøglepersoner).

Elektroniske medier og patientjournaler er blevet en mere naturlig platform for en stor del af kommunikationen i den daglige praksis på de tre afsnit.

Det er dog fortsat en bekymring for, hvordan man bevarer overblik i informationsmængden og opretholder en høj kvalitet i de komprimerede patientforløb.

"Det er svært at nå hele personalegruppen. Og vi gør rigtig meget for at prøve at holde et højt informationsniveau. Vi har blandt andet fået mailadresser til dem alle sammen, hvad vi ikke havde før, og sender nyhedsbreve ud, minimum hver 14. dag. Nogle gange hver uge. Og referater kommer til dem på mails, og de bliver hele tiden bombarderet med for eksempel i forhold til E-dok og akkreditering, og vi synes, vi har snakket om til hudløshed, at vi skal akkrediteres. Og stadigvæk her fire uger før er der nogle, der faktisk ikke helt ved, hvad det går ud på. Så det er rigtig svært, fordi der er så mange medarbejdere. Og vi kan jo ikke nå at snakke med hver enkelt om de ting, der kommer rullende." (Interview med afdelingssygeplejerske).

9.3.2 Etablering af en bedre mødestruktur

Alle tre steder har afdelingssygeplejerskerne i projektperioden sat mere struktur på afholdelse af møderne, herunder faste aftaler om, hvornår man afholder møder med hvem. Herved har de i højere grad fået sikret en fælles planlægning og især sat fokus på opfølgning af indsatser på vigtige emner.

"Morgenkonferencen er blevet bedre, sygeplejerskerne er mere aktive til at sikre at vi kommer, og den halve time eller kvarter bruges godt og relevant." (Interview med overlæger).

"Vi har fået mere struktureret fokus på vores samarbejde, hvordan vi kan gøre tingene. Optimere vores arbejdsgange... vi mødes to timer hver uge fast, hvor vi strukturerer og organiserer de ting, der nu måtte være. Og det gør, at vi ikke skal forstyrre hinanden i tide og utide." (Interview med afdelingssygeplejerske).

Personalemøderne er et af de fora, hvor man som leder og medarbejder har størst mulighed for dialog om udfordringer og udvikling af afsnittets opgaver. Der var dog fra begyndelsen af projektet og er fortsat meget variation i tilfredsheden med personalemøderne på de tre afsnit, lige fra:

"De er ligeså kedelige som tidligere. Hvis vi tager noget op – kører det lidt i samme skuffe, vi når aldrig til en konklusion, vi nedsætter grupper, det er vi rigtig gode til." (Interview med sygeplejersker).

- til:

"Der er kommet mere struktur, dagsorden og effektivitet på vores P-møder; det fungerer godt at tage temaer åbent op, at arbejde målrettet med noget." (Interview med nøglepersoner).

Personalemøderne foregår henholdsvis 4 og 8 gange om året på de tre afsnit. Det er med forskel, hvorvidt møderne er en del af "arbejdstiden". På alle tre afsnit havde de ved projektets begyndelse og har fortsat desuden markante udfordringer med at få medarbejderne til at deltage i personalemøderne.

"Personalemøder er ikke er ment som et sted, hvor vi bare skal stå og informere om noget, folk selv kan læse. Det skal nærmere være på temabasis, hvor vi siger, nu har vi noget... På sidste personalemøde havde vi noget omkring det gode patientforløb og kommunikation på afdelingen. [...] Man kan stadigvæk godt efterlyse, at der kommer flere til vores personalemøder, og det ved jeg ikke, hvordan vi kommer til livs." (Interview med afdelingssygeplejerske).

9.3.3 Forventningsafstemning omkring anerkendelse

Bag fokus på temaet anerkendelse lå der et ønske om at skabe større klarhed over afstanden og forventningerne i forhold til nærmeste leder. Kan eller skal ledere for så store afsnit have detaljeret kendskab og fornemmelse af, hvad den enkelte medarbejder er optaget af, hvor den enkelte skal understøttes og hvilke behov den enkelte har for opmærksomhed og motivation?

En væsentlig pointe fra interventionen er, at det er vigtigt med opmærksomhed og anerkendelse fra sin leder, men at man som medarbejder også selv må tage ansvar for, at man får den feedback og anerkendelse, man har brug for.

"Det handler om at gribe i egen barm og sige: 'Okay, jeg kan ikke få det, jeg vil have, hvis jeg ikke selv kan sige, hvad det er.' Så nogle af de forventninger, som folk havde, kunne de godt se, at nu måtte de være realistiske. Noget af det var fuldstændig hen i skoven. At hun skulle kunne huske, at deres mand har haft brækket benet, at deres mor havde haft lungebetændelse, hvor de var henne på ferie. At hun kunne sige: 'Havde du en god tur til Mallorca?' Og vi har

altså 60 ansatte⁵⁴. Så det var altså godt at få snakket om, fordi det ikke er underkendelse, at hun ikke kan huske det. Det er jo bare ikke muligt.” (Interview med noglepersoner).

Samtidigt er det blevet klart, at der ligger mange opfattelser og forventninger bag begrebet anerkendelse. Lige fra det at få tildelt ansvar for særlige opgaver, til opmærksomhed på faglige kompetencer, til opfølgning på tiltag, til det at blive set, hørt og forstået i situationen.

Et af afsnittene har arbejdet med anerkendelse og sygefravær. Det har betydet, at man har fået en fælles drøftelse og forståelse af, hvornår man er syg, hvornår man tager en sygedag, hvornår man flekser, og hvornår man tager sig sammen og går på arbejde.

9.3.4 Fokus på de mange forstyrrelser

Der var i de tre afsnit en fælles opfattelse af, at der er flere forstyrrelser i store afsnit end i små alene af den grund, at der er flere mennesker og dermed flere relationer og behov for kommunikation og koordinering af arbejdet.

På organkirurgisk afsnit valgte man at sætte et særligt fokus på forstyrrelser. Resultatet af interventionen var, at man et halvt år senere havde reduceret antal afbrydelser med 28 procent svarende til en nedgang fra 126 til 91 afbrydelser i gennemsnit pr. person pr. dag, og at der var kommet et bedre flow i arbejdsdagen. Det største antal afbrydelser fandt sted på kontoret og forekom blandt kollegerne. Nogle af de konkrete aktiviteter, der var medvirkende til at reducere antallet af afbrydelser, var blandt andet:

- Nyt klokke- og telefonsystem og flere medicinnøgler.
- Ændret organisering og delegering ved morgens rapportsituation.
- Oprydning.
- Afdelingssygeplejersken har fået eget kontor.

At afdelingssygeplejersken har fået eget kontor har også betydet noget for medarbejdernes oplevelse af lederens tilgængelighed i forhold til fortrolige samtaler.

9.3.5 Det sker ikke af sig selv

Forløbet omkring afbrydelser har kendte elementer i sig for god forandringsledelse. Men er samtidigt et illustrativt eksempel fra de tre afsnit på, at det kræver særlig ledelsesbevågenhed at implementere nye tiltag og skabe fremdrift på tingene i et stort afsnit, hvis man skal have alle med. Under evaluering af forløbet pegede styregruppen blandt andet på følgende vigtige elementer for, at forløbet var blevet en succes:

- At man havde grebet fat i et praksisrelateret emne, som både ledere og medarbejdere fandt meningsfulde. Både i forhold til at spare tid, mere fokus på kerneydelsen, mindske fejl og minimere stress.

⁵⁴ Af anonymiseringshensyn har vi ændret i angivelsen af antallet af medarbejdere, således at der står 60, som er det gennemsnitlige antal medarbejdere på tværs af de tre afsnit.

- At der var ejerskab blandt medarbejderne fra starten via ide-genereringen på personalemødet.
- At der havde været en styregruppe, der havde sikret forankring.
- At ledere havde fulgt op.
- At der havde været ressourcepersoner udefra.
- At der havde været en kombination af kvantitative og kvalitative data som dokumenterede en før- og efterstatus.

Se detaljer om forløbet omkring afbrydelser i bilag G.

9.4 Aktiviteter på tværs

Som en del af projektet er der på baggrund af interventionerne udviklet følgende tværgående aktiviteter i region Midtjylland:

Kursusforløb for koordinatore

Med afsæt i de udfordringer koordinatore og ledere har påpeget i projektperioden, er der i samarbejde med ledelses- og medarbejderrepræsentanter udviklet et tredages kursusforløb specielt for koordinatorene. Kurset har fokus på rollen og positionen, konflikt-håndtering og sidste dag et selvvalgt tema. Kurset har været gennemført to gange med deltagelse af henholdsvis 28 og 18 deltagere og udbydes løbende.

Udvikling af stuegang og patientflow

Med afsæt i de oplevede problemstillinger omkring stuegang/patientflow på to af de involverede afsnit, har projektet i samarbejde med et af afsnittene beskrevet et mindre udviklingsforløb, som har til hensigt at udvikle en model for, hvordan man sikrer et bedre samarbejde og patientflow i store afsnit. Forløbet påbegyndes i slutningen af projektperioden og det er tanken, at modellen og processen kan danne prototype for andre afsnit i regionen. Resultater forventes formidlet medio 2012.

Metode til at sætte fokus på forstyrrende forstyrrelser

Med afsæt i erfaringen fra forløbet omkring afbrydelser på organkirurgisk afsnit, er der beskrevet en metode for, hvordan andre afsnit i regionen kan sætte fokus på forstyrrende forstyrrelser. Se bilag H.

9.4.1 Ledersparring

Der har i hele interventionsperioden været ledersparring, dels mhp at holde fast i det strategiske fokus, dels at få samordnet de mange indsatser og få fulgt op. Af gode råd peger afdelingssygeplejerskerne på, at man som leder har stor fordel af indimellem at kunne trække på ekstern sparring, fx i forbindelse med en årlig strategiplanlægning eller i forbindelse med at sætte fokus på samstemt ledelse.

9.5 Delkonklusion: Udkommet af interventionerne

Der har i interventionerne været sat fokus på at forbedre og udvikle på tre temaer:

1. Tydelighed og prioritering af ledelsesopgaven
2. Delegering
3. Kommunikation

På alle tre områder er der kommet konkrete resultater, ideer og gode råd til fortsat udvikling af store afsnit:

- Alle tre afsnit har fået mere fokus på at udvikle den strategiske ledelse af afsnittet dels via en klarhed om, hvilke mål der er for afsnittet, dels ved at prioritere mere tid til det strategiske og organisatoriske arbejde og mindre tid på decideret drift og logistik.
- Et gennemgående tema har været delegering. Indsatserne har bidraget til at skabe større klarhed i rolle- og ansvarsfordelingen, opfølgende mødestrukturer, og nye måder at organisere sig på. På et af afsnittene har man fx organiseret sig i teams efter subspecialer.
- Alle tre afsnit har haft fokus på den særlige kommunikative udfordring det er at være leder for mange medarbejdere. Der har været fokus på brugen af de elektroniske kommunikationsplatforme, hvordan man kan forbedre mødestrukturen, og på vigtigheden af at få arbejdet med forventningsafstemning om, hvor meget anerkendelse, man kan forvente af sin leder. Desuden har der været fokus på, hvordan man kan arbejde med at reducere mængden af forstyrrelser, der opstår, når mange relationer skal koordineres. Det afsnit, der arbejdede med at reducere forstyrrelser, nedbragte mængden med 28%.

Med en interventionsperiode på ca. 3/4 år, er der sket mange positive forandringer, men forventeligt er det ikke alle udfordringer for store afsnit, der er løst. Problemstillingerne især omkring følgende områder er blevet mere tydelige og eksisterer fortsat i mere eller mindre grad på de tre afsnit:

- de ledelsesmæssige opgaver svulmer og bliver diffuse
- koordinatorernes funktion og rolle er diffus
- det organisatoriske samarbejde omkring patientflowet

Dette er dokumenteret i kapitlerne 5-8 og vil danne baggrund for konklusion, diskussion og anbefalinger i kapitel 10 og 11.

10 Konklusion og diskussion

Dette projekt har beskæftiget sig med ledelse på store hospitalsafsnit. Det vil sige afdelingssygeplejerskens ledelse af primært sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere, der er ansat på sengeafsnit. Projektet har gennem kvalitative metoder undersøgt ledelse på tre store sengeafsnit med henholdsvis 50, 60 og 70 ansatte. Hertil er der gennemført kvantitative analyser på tværs af Region Midtjyllands 173 sengeafsnit.

Hvilken betydning, udviklingen i størrelse og ledelsesspænd har, har hidtil været et underbelyst område. Ræsonnementet ser ud til at være, at produktiviteten vil stige i takt med, at ledelsesspænd stiger. Så bliver der flere hænder til at producere frem for blot at supervisere. Ifølge litteraturen er dette dog kun gældende til et vist punkt, hvor hypotetiske produktionsfordele forsvinder i mangel på koordination og fælles retning. Litteraturen peger på, at der er grænser for, hvor mange medarbejdere en afdelingssygeplejerske effektivt kan lede. Jo dygtigere lederne er, jo flere kan de håndtere, men selv de dygtigste kan kun håndtere op til en vis størrelse.

Den tendens understøttes af denne undersøgelse, som viser, at der skal tages hånd om væsentlige udfordringer, hvis det faglige kvalitetsniveau, trivslen, effektiviteten og produktiviteten fortsat skal være på et højt niveau på store afsnit.

10.1 Udviklingen i størrelse og ledelsesspænd

Konklusionen er, at sengeafsnit bliver større. I Region Midtjylland er andelen af store sengeafsnit med over 35 ansatte steget fra 42 til 49 procent alene i perioden 2008–2010.

I takt med, at afsnittene bliver større, stiger afdelingssygeplejerskens ledelsesspænd. Det vil sige antallet af medarbejdere, der refererer direkte til lederen. Dette betyder noget for ledelseskapacitet, ledelsesroller samt medarbejderroller. I perioden 2008–2010 er andelen af afsnit med mere end en afdelingssygeplejerske faldet. Tendensen er, at der samtidig bliver færre formelle mellemliderpositioner såsom souschefer og 1. assistenter. Alt i alt bliver der færre ledere til flere medarbejdere.

Det viste sig at være en datamæssig udfordring at undersøge kvantitative sammenhænge mellem afsnitsstørrelse og henholdsvis sygefravær, medarbejdertilfredshed, personaleomsætning og patienttilfredshed. Det er derfor med forbehold, kvantitative analyser har kunnet gennemføres på tværs af Region Midtjyllands sengeafsnit. Analyserne viser ingen konsistente sammenhænge over alle tre år (2008-2010). De sammenhænge, der er fundet, viser en statistisk negativ effekt af størrelse. Det korte sygefravær var større på store afsnit i 2008 og 2010. Fravær på grund af barns første sygedag var større på store afsnit i 2009. Personaleomsætningen var større på store afsnit i 2010. På to af spørgsmålene i patienttilfredshedsmålingerne i 2010 faldt tilfredsheden med større størrelse. Hvad angår medarbejdertilfredshedsundersøgelserne er der ingen signifikante sammenhænge, men svarprocenterne falder, jo større afsnittene er.

Det har ikke været muligt – og er p.t. ikke muligt at undersøge sammenhænge mellem produktivitet og afsnitsstørrelse.

10.2 Medarbejdernes trivsel i store sengeafsnit

Som medarbejder er der både fordele og ulemper ved at være ansat i et stort afsnit. Fx øger det fleksibiliteten, at afsnittet er stort. Der er mindre vagtbelastning og mange at bytte en vagt med. Der er udviklingsmuligheder, fordi der er et større felt at udvikle sig inden for og der er flere forskellige nøglefunktioner, man potentielt kan påtage sig. For nogle betyder det, at der er flere kolleger at vælge imellem og at det derved ikke bliver for småt og indspist. Nogle af de interviewede peger på, at de jo netop har valgt at arbejde på et stort afsnit, fordi de forbandt muligheder hermed.

Omvendt peger de på, at det kan blive lidt upersonligt, når det er stort. At det er lidt for nemt at gemme sig og ikke blive set. At det er lidt for nemt ikke at tage ansvar på sig plus for nemt at melde sig syg – "der er jo så mange at tage af". At afsnittet er stort, betyder også, at der er et stort fagligt område at gabe over. Dette giver på den ene side en fortsat mulighed for at udvikle sine faglige kompetencer, på den anden side kan det særligt for de nyuddannede sygeplejersker opleves som et pres at skulle kunne så meget forskelligt.

Det er på alle tre afsnit tydeligt, at mangel på ledelseskapacitet påvirker trivslen i negativ retning. Medarbejderne oplever, at de ikke i tilstrækkelig grad bliver set og anerkendt af deres leder. De oplever, at der er mangel på kommunikation med lederen og opfølgning på de ting, der bliver sat i gang på afsnittet. Det er tydeligt, at det afsnit, der fik en ekstra afdelingssygeplejerske i projektperioden og også har en souschef, oplever mere ledelseskapacitet og mere trivsel i denne sammenhæng.

10.3 Afdelingssygeplejerskens rolle i det store afsnit

Afdelingssygeplejerskens primære udfordring som leder af mange medarbejdere i et stort sengeafsnit er at bevare overblikket over driften, kommunikationen og kontakten med de mange medarbejdere og samarbejdspartnere. Dette er tydeligt både for afdelingssygeplejerskerne selv og for deres medarbejdere. Der er mange og meget forskelligartede opgaver, afdelingssygeplejerskerne skal tage sig af.

Når afsnittene bliver større, er der en tendens til, at afdelingssygeplejerskerne i stigende grad lægger afstand til det daglige arbejde, medarbejderne udfører. Der bruges mere tid på administration og møder. Som leder af mange kommer personaleadministrative opgaver til at fylde meget. Der ligger et stort dagligt arbejde i at sørge for, at vagterne er dækket. Afdelingssygeplejerskerne har ingen eller kun lidt sekretærhjælp. Der er således en tendens til, at ledelsesopgaverne svulmer i det store afsnit – samtidig bliver det dif-fust for både ledere og medarbejdere, hvilke ledelsesopgaver der skal prioriteres.

Det står ikke lysende klart for afdelingssygeplejerskerne, hvad deres ledelsesmæssige rolle og funktion er. De har problemer med at overskue og være synlig for deres mange medarbejdere. De har problemer med at få sat retning på tingene i afsnittene og få fulgt op – fx på de delegerede ledelsesopgaver og andre implementeringsopgaver. Den strate-

giske og faglige ledelse er underprioriteret. Der er en tendens til, at den faglige ledelse er diffust delegeret til nøglepersoner. Samtidig er behandlingskompleksiteten stigende og der er øget pres om et mere effektivt sundhedsvæsen.

Der er derfor behov for at afstemme forventninger til ledelse både opad og nedad i systemet:

- Hvilken funktion, rolle og ansvar skal afdelingssygeplejersken varetage?
- Hvilke ledelsesmæssige og faglige kompetencer er der brug for?

I begyndelsen af projektperioden var det karakteristisk, at en stor del af ledelsesopgaven handlede om at få den daglige drift og logistik af personale- og patientforhold koordineret. I løbet af projektperioden er en række af de mere driftsorienterede opgaver i højere grad overgået til koordinatorene på de to afsnit, hvor de har koordinatører.

Konklusionen er også, at geografi spiller en rolle for lederens mulighed for at udvise synlig ledelse. Er afdelingssygeplejerskens medarbejdere fordelt på to etager eller på to afsnit, påvirker dette ifølge medarbejderne hendes synlighed negativt – i hvert fald for de medarbejdere der fysisk er placeret langt væk fra hendes/hans kontor.

Hvad angår afdelingssygeplejerskens trivsel i det store afsnit er konklusionen, at der er meget at overskue og rumme i det store afsnit. Særligt relationen til de mange medarbejdere kan være krævende.

10.3.1 Afdelingssygeplejersken delegerer opgaver

Afdelingssygeplejerskerne har i de tre afsnit delegeret ledelses- og særlige ansvarsopgaver til nøglepersoner. Især på to af afsnittene er den daglige kontakt og sparring til medarbejderne delegeret til såkaldte kliniske koordinatører. Generelt oplever nøglepersonerne det som en stor tilfredsstillende og en anerkendelse at få delegeret opgaver, men der er også væsentlige problemer forbundet hermed.

For det første er der en tendens til, at opgaver delegeres, men at der ikke i tilstrækkelig omfang følges op herpå af afdelingssygeplejersken. Koordinatorer og andre nøglepersoner kommer således til at opleve, at de i høj grad står alene med at definere de opgaver, de har fået delegeret. Dette producerer ind imellem usikkerhed og ensomhed i rollen.

Den diffuse delegering og manglende opfølgning hæmmer desuden afdelingssygeplejerskens mulighed, for at bidrage til den daglige strategiske udvikling af arbejdet i afsnittet.

For det andet giver det både rolleskift og en rollekonflikt, at nogle medarbejdere får delegeret ledelsesopgaver uden at have en formel eller defineret ledelsesrolle. Konklusionen er derfor, at delegering ikke kun er en løsning, men også skaber udfordringer i store afsnit.

10.4 Det tværfaglige ledelsessamarbejde

Et stort sengeafsnit vil ofte være en del af en stor afdeling. Det kan fx betyde, at der vil være mange læger at koordinere arbejdet med. Plejepersonalet på alle tre afsnit oplevede, at der var udfordringer med at koordinere det tværfaglige samarbejde med overlægerne, der varetager ledelsen af det lægelige arbejde. På det formelle plan var samarbejdet organiseret på tre forskellige måder. Et afsnit havde en konstruktion med en lægelig funktionsleder (afsnitsoverlæge). Et andet havde fire afsnitsoverlæger og det tredje afsnit havde ikke en formel konstruktion. Her oplevede afdelingens overlæger, at samarbejdet med afsnittet var "uspecificeret uddelegeret" til dem fra afdelingens ledende overlæge.

Generelt er samarbejdet præget af, at ledelse varetages i to søjler. Afsnitsoverlægerne og overlægerne har primært fokus på den faglige behandling, specialet og forskningen, mens afdelingssygeplejersken har fokus på den daglige drift i forhold til patient- og pårørendesamarbejdet, administration samt personaleledelse. Særlig på de store kirurgiske afsnit er den fælles organisatoriske ledelsesopgave uklar, hvilket har betydning for, hvem der egentlig har ansvaret for den tværfaglige ledelse i dagligdagen.

Det er således ikke kun afdelingssygeplejerskens, koordinatorens og nøglepersoners roller, der er uklare. Overlægerne har ledelsesfunktion i relation til afsnittet er det ligeså.

At afsnittet er en del af en stor afdeling kan også betyde, at afdelingssygeplejerskens overordnede – afdelingsledelsen – også har et stort ledesspænd. Dette betyder noget for den sparring og feedback afdelingssygeplejersken kan få fra sin ledelse. Relationen på alle tre afsnit kunne karakteriseres ved gensidig tilbageholdenhed. Tendensen er, at afdelingsledelsen ikke involverer sig på en synlig måde i den daglige ledelse af sengeafsnittet.

10.5 Resultatet af interventionerne

Med en interventionsperiode på $\frac{3}{4}$ år – og de udfordringer store afsnit står med, er det ikke alle udfordringer, der er løst med projektet. Der er dog sket mange helt konkrete forbedringer inden for en række områder.

Både ledere og medarbejdere pegede i projektets første fase på, at der var tre forhold, hvor de gerne så forbedringer: 1) afdelingssygeplejerskens ledelse – behov for mere tydelighed og prioritering af opgaverne. 2) delegering – behov for rolleafklaring, feedback og opfølgning og 3) bedre kommunikation, herunder anerkendelse.

Der er i løbet af projektet gennem ledersparring blevet arbejdet med at styrke afdelingssygeplejerskerne værktøjer til at definere deres ledelsesopgave, sætte retning på udviklingsaktiviteter og følge op. Der er blevet arbejdet med koordinatorens og de andre nøglepersoners funktionsbeskrivelser samt foretaget forventningsafstemning. Der er kommet en mødestruktur med mulighed for dialog og feedback mellem afdelingssygeplejersken og dennes koordinatorens og andre nøglepersoner. Der er også identificeret behov for uddannelse af koordinatorens. Et sådant tilbud er nu etableret på regionsniveau.

På et af afsnittene har man haft fokus på afbrydelser ud fra en antagelse om, at der er flere afbrydelser jo flere patienter og ansatte der er i afsnittet. Mængden af afbrydelser blev reduceret med 28 procent (i gns fra 128 til 96 afbrydelser).

På to af afsnittene er samarbejdet med afsnittets tilknyttede overlæge/r blevet tættere. Subspecialisering, dvs. opdeling i teams i forhold til diagnoser har blandt andet været en del af dette tættere samarbejde på et af afsnittene.

På to af afsnittene (de to største) har de besluttet, at løsningen på at styrke ledelseskapa-
paciteten er, at de er to afdelingssygeplejersker.

10.6 Diskussion – Så hvad er en god størrelse?

På to amerikanske hospitaler peger frontlinjesygeplejeledere gennemsnitligt på 38,47 medarbejdere som værende det optimale ledelsesspænd (Altaffer 1998). Dette er et tal, der ligger lidt højere end blandt ikke-sygeplejeledere på samme hospitaler. Disse ledere peger på 25,78 som værende deres optimale ledelsesspænd.

På de tre caseafsnit peger de interviewede ledere og medarbejdere på mellem 35-40 medarbejdere⁵⁵ ved 1 afdelingssygeplejerske som deres bud på en passende størrelse. Samtidig har nogle et bud på, at det dobbelte antal medarbejdere kan håndteres, hvis de er to afdelingssygeplejersker - som de er på det organkirurgiske afsnit og kommer til at være på det neurokirurgiske afsnit.

10.6.1 Økonomisk effekt ukendt!

Sammenhænge mellem produktivitet og størrelse er et spørgsmål, økonomer har beskæftiget sig med gennem årene. Der er dog ikke evidens for sammenhænge mellem hverken afdelingsstørrelse og produktivitet eller afsnitsstørrelse og produktivitet. Det er således ikke muligt at sige, hvor produktionen er optimal i forhold til størrelse. Ligesom der ikke er enighed om, hvorvidt princippet om stordriftsfordele gør sig gældende i hospitalssammenhæng (Flood & Scott 1987).

Hvor stort et ledelsesspænd er økonomisk effektivt? Svaret på dette spørgsmål er ukendt. Så længe det ikke er muligt at måle et afsnits produktivitet, er det heller ikke muligt at måle på den økonomiske effekt af ledelse. Sengeafsnit kender på denne vis ikke deres egen produktion. Hvad angår antallet af medarbejdere ansat i plejen på afsnitsniveau er det en pointe, at det ikke er muligt at udregne, hvor mange det er mest produktivt og effektivt at være.

⁵⁵ Angivelserne af en god størrelse svinger mellem 20 medarbejdere og 50. Flere af overlægerne mener, at det må være op til sygeplejerskerne, hvordan det skal være organiseret. For dem handler det mest om, hvor mange senge, der er brug for på afdelingsniveau: "Vi er nødt til at være et antal for at holde det vagtberedskab som tiden kræver nu her og hvis vi får for få patienter, så for vi for få behandlinger per kirurg. Men om de skal fordeles på én eller flere sengeafdelinger, det er vi sådan set lidt lige glade med. Altså, vi skal nok have minimum 50 patienter men om de er fordelt på en, to eller to eller tre eller fire afsnit er i og for sig ikke så vigtigt for os." (Interview med overlæger).

Der er blot på hospitalerne en ide om, at der skal være et cirka antal i forhold til antallet af sengepladser (normering) og i forhold til at kunne dække arbejdet 24 timer/7 dage om ugen på de givne afsnit med de givne patientsammensætninger.

Mange af svarene går på, at det ikke skal være for stort, men at det heller ikke skal være for småt. For småt er der flere, der mener, det af produktionsmæssige årsager er, når det er nede på omkring 15 senge.

"Man skal op og have et sengeantal på 25, vil jeg tro, for at dække vagterne. Måske 20-25. Med det personale, der så hører til der. Men du skal også stadigvæk have muligheden for at skabe nogle ordentlige arbejdsvilkår. Hvor meget, man kan gå under 40 i forhold til personalegruppens størrelse, det har jeg svært ved at se. Altså, hvis man skal have en treholdsdrift til at køre." (Interview med afdelingsledelse).

Passende størrelse afhænger altså af, hvor mange der skal til for at dække døgnbemandingen effektivt.

10.6.2 Kvalitet i ledelsen

For afdelingssygeplejerskerne – og afdelingsledelserne – er den rigtige størrelse, som det er fremgået også et spørgsmål om, hvor mange medarbejdere, det er realistisk for afdelingssygeplejersken at rumme. Nærværende undersøgelse peger på, at det kan påvirke afdelingssygeplejerskers trivsel negativt at skulle rumme for mange. Når afdelingssygeplejersken skal rumme for mange medarbejdere må det antages at gå ud over ledelseskvaliteten.

Der peges også på, at det er lettere at melde sig syg i det store afsnit. Hertil kommer, at litteraturen peger på, at personaleomsætningen er større i store afsnit og arbejdsglæden mindre. Men hvor meget skal der præcist til, før de sparrede lønkroner på ledelse er spist op af ulemperne? Svaret på dette spørgsmål vil sandsynligvis også afhænge af, i hvor høj grad det er muligt for både ledere og medarbejdere selv at vælge, hvor stort et afsnit man ønsker at arbejde på eller være leder af. Vi må således gå ud fra, at en medarbejder eller leder, der som udgangspunkt ikke trives med store afsnit med store ledelsesspænd, hurtigere bliver ineffektive. Men dette er blot en hypotese. Det har ikke tidligere været undersøgt, hvor meget ledelseskapacitet medarbejdere i sygeplejen har brug for, således at de effektivt kan udføre deres arbejde.

Et af de spørgsmål, denne undersøgelse rejser er, om et system med støttepersoner i form af nøglepersoner kan erstatte direkte ledelse? Og - hvis de skal erstatte direkte ledelse. Hvorfor er deres rolle og funktion som assisterende ledelse ikke tydeligt defineret? Hvordan undgår man at ende op med en ledelseskapacitet, der er lidt for tyndt smurt ud?

Rapporten rejser spørgsmål om delegeringsmodellens holdbarhed, samt om hvorvidt der blot er blevet mere delegering – og dermed mere øremærket dagarbejdstid til udvalgte medarbejdere, uden at arbejdet reelt omsættes til synlige mål og mere retning på afsnitets faglige udvikling og opgaver? Er den samlede mængde ledelsesressourcer steget

grundet delegering og er der derved blevet færre ressourcer til behandling og pleje? Et andet centralt spørgsmål er: I hvor stor grad/i hvilken udstrækning kan man delegere ledelsesmæssige beføjelser uden, at den formelle kompetence følger med?

Er det hensigtsmæssigt, at afdelingssygeplejersken med det store ledesspænd slipper den nære relationelle og faglige ledelse af sine medarbejdere? Det er jo netop de relationelle kompetencer med fokus på kommunikation og indlevelse, som af Væksthus for Ledelse udpeges til at være kernekompetencer i god ledelse på afdelingsniveau på sygehus (Væksthus for Ledelse 2008). En amerikansk undersøgelse kom frem til et lignende resultat og peger på nærvær, interesse for arbejdet der udføres og gensidig respekt som afgørende for god ledelse i hospitalskontekst (Batalden et al. 2003). I den amerikanske forsker Jody Hoffer Gittells forskning i, hvad der skaber højproduktive hospitalsenheder, er det i tråd hermed den relationelle koordination, der udpeges som central. Og en coachende og nærværende ledelse er en af forudsætninger herfor i hendes forskning (Gittell 2009). Ledelsesforskningen generelt peger ifølge Gary Yukl i tråd hermed på, at de mest effektive ledere både er opgave- og relationsorienterede (Yukl 2010).

Er der i de store afsnit en risiko for, at afdelingssygeplejersken i for høj grad ender som "mini oversygeplejersker"? Det vil sige endnu et ledelseslag, der er "væk fra den daglige og faglige praksis". Alt imens dagligdagens problematikker skubbes nedad til koordinatører og andre nøglepersoner uden formelle ledelseskompetencer. Dette er et fænomen, der i den internationale litteratur også er benævnt mågeledelse. En ledelsesstil, der i for høj grad er fjernet fra praksis og i for høj grad overlader dagligdagens udfordringer til lavere niveauer i organisationen (Cooke 2006).

Rapporten belyser en dagligdag, der stadig i høj grad er præget af søjleopdeling – om end der er sket nyudviklinger i det tværfaglige samarbejde på to af afsnittene som led i dette projekt. Der er dog på to af afsnittene stadig problemer med afviklingen af stuegang. Måske skal den manglende tværfaglige koordinering ses i det lys – at der ikke i tilstrækkelig grad er tradition for at arbejde strategisk på tværs og at definere en klar rollefordeling i forhold til det organisatoriske ansvar for patientflowet. Men spørgsmålet er, om det er holdbart, at så mange ledelsesroller er uklare på et hospital?

10.6.3 Så hvad er en passende størrelse?

Sammenhængen mellem størrelse og samlet effektivitet kan ses som et omvendt U, hvor fordelene bliver større og større indtil det topper og går den modsatte vej. Præcis, hvor det topper og hvor det bliver mere ineffektivt er der dog ikke evidens for, hverken i tilgængelig litteratur eller nærværende undersøgelse.

Hvis det fremtidigt skal være muligt at monitorere sammenhænge mellem størrelse og sygefravær, personaleomsætning, trivsel, patienttilfredshed, produktivitet og utilsigtede hændelser, så er der behov for bedre datagrundlag end det, det er muligt at trække ud af de eksisterende systemer i dag.

Baseret på udsagn fra de mange adspurgte i denne undersøgelse samt litteraturen, bør der som udgangspunkt ikke være flere end 35-40 medarbejdere under en afdelingssygeplejerske. Dog kan der være særlige forhold, der gør sig gældende på forskellige afsnit og i forskellige kontekster. Disse forhold kan man læse mere om i rapportens perspektivering.

11 anbefalinger i forhold til ledelse af store afsnit

I dette kapitel vil vi pege på en række anbefalinger for store afsnit. De er fremkommet på baggrund af essenserne fra den kvantitative dataindsamling, litteraturgennemgangen samt de mange kvalitative interviews. De bygger dermed også på de erfaringer og overvejelser ledere og medarbejdere er fremkommet med under projektet. Der kan – som perspektivering vil vise – være særlige lokale forhold, der spiller ind ved vurderingen af passende ledelsesspænd. Ligesom der kan være forskelle i kompleksiteten af ledelsesarbejdet med betydning for hensigtsmæssigt ledelsesspænd – fx hvor mange faggrupper afdelingssygeplejersken er leder for.

Anbefalingerne er på mange måder opmærksomhedspunkter for almindelig god ledelse. Forskellen er, at der er punkter, som kræver særlig opmærksomhed, når det drejer sig om ledelse og organisering af store afsnit.

Baseret på udsagn fra de mange adspurgte i denne undersøgelse samt litteraturen, anbefaler vi, at ledelsesspænd som udgangspunkt ikke bør være større end ca. 35-40 medarbejdere, hvis afdelingssygeplejersken stadig skal fungere som faglig leder. *Afsnit kan dog godt være større med en opmærksomhed på, at afsnittet organiseres med tilsvarende ledelseskraft.*

11.1 Anbefalinger til beslutningstagere og afdelingsledelser

Til afdelingsledelser og øvrige beslutningstagere har vi følgende anbefalinger i forhold til organisering og ledelse af store afsnit:

- At det i højere grad bliver en reflekteret proces, når størrelse på et givet sengeafsnit skal defineres. En proces der reflekterer over de identificerede faktorer med betydning for størrelse såsom ledelseserfaring, patientkompleksitet, antallet af faggrupper, medarbejderanciennitet og fysiske forhold, jf. perspektivering i kap 12.
- At det i højere grad klargøres, hvad afsnittets ledelsesopgaver er. Det vil sige, at man gør sig klart, at det stiller særlige udfordringer at være leder for mere end 35-40 medarbejdere på et sengeafsnit.
- At der sættes fokus på behov for samstemt ledelse og sparring mellem afdelingsledelsen og lederen/ledelsen af afsnittet.
- At man hvis man ikke har 1. assistenter eller souschefer, forholder sig til, hvorvidt man skal formalisere koordinatorernes ledelsesansvar og supplere dem med en mere målrettet kompetenceudvikling inden for ledelse.
- At man overvejer, hvorvidt nogle af afdelingssygeplejersken særlige administrative opgaver med fordel kan varetages af administrativt personale.
- At der bliver tænkt i, hvordan man sikrer tilstrækkelig tværfaglig ledelseskapacitet i behandlingsarbejdet mellem læge- og sygeplejerskesiden for blandt andet at medvirke til fælles fokus på effektivisering af patientflow.
- Fortsat udvikling af en klart defineret afsnitsoverlægekonstruktion.

- At man fortsat arbejder med afklaring af overlægegruppens ledelsesfunktioner i relation til sengeafsnittet, mhp sikring af optimering af patientflow.
- At man i samtænkningen af organisering og de fysiske rammer i et afsnit blandt andet er særlig opmærksom på placering i samme geografi og på samme etage, at depoter, køkken og lignende er placeret centralt for at minimere afstande i arbejdsgangene, at kontorer og vagtstuer er rummelige og støjisolerede.

11.2 Anbefalinger til afsnit med 35-40 ansatte

Vælger man at organisere sig med ca. 35-40 medarbejdere, anbefales følgende:

- At man får struktur på den strategiske del af ledelsesarbejdet. Fx at udarbejde et årshjul med klare målopfølgninger, således at man har et fælles billede af, hvilke "skibe" der søsættes og så der er tydelige "pejlemærker" for medarbejderne at navigere efter undervejs.
- At man prioriterer de mange ledelsesopgaver, både det strategiske, det organisatoriske, det faglige og det personalerelaterede. Dvs. at man reflekterer i forhold til, hvordan man tilrettelægger dagligdagen, så det ikke "kun" er den, der styrer. Og at man løbende overvejer hvilke opgaver og funktioner det er vigtigt at varetage og hvilke der skal delegeres, fx vagtplanlægning, administrative opgaver, specifikke driftsopgaver, osv.
- At man skaber en effektiv mødestruktur og feedback-kultur med sine nøglepersoner, med fastlagte tidspunkter, således at man får fulgt op på igangsatte initiativer og får afstemt forventninger til opgave og rolle.
- At man overvejer at organisere sine medarbejdere i mindre teams, 1) det kan være at skabe små fællesskaber i det store fællesskab, så den enkelte ikke så nemt bliver glemt eller kan gemme sig, 2) give mulighed for en vis faglig specialisering (til gavn for kvaliteten og til gavn for den enkeltes overblik).
- At man arbejder bevidst med forventningsafstemning i forhold til de nøglepersoner, der er delegeret ledelsesopgaver til, og støtter dem i at tydeliggøre deres rolle, funktion og formelle ledelseskompetence.
- At man sætter kommunikation på dagsordenen, fx:
 - Hvordan kan man effektivisere og skabe kvalitet i kommunikationen i dagligdagen – både i forhold til patienten og i forhold til samarbejdet herom.
 - Hvilke mødefora er der behov for og for hvem.
 - Hvilket formål, indhold og form skal være på personalemøderne, så flest mulige deltager.
 - Fokus på de mange daglige forstyrrelser. Hvor vil det gøre en forskel at minimere de forstyrrende forstyrrelser.
 - Hvilke forventninger har leder og kolleger i dagligdagen til anerkendelse?
 - Hvordan kan både ledere og medarbejdere bidrage til at skabe en kultur, hvor man åbent får talt om det, der fungerer godt og mindre godt.
- At man trækker på lederkollegaer, afdelingsledelse eller eksterne sparringspartnere en gang imellem, så man får et "eftersyn" i forhold til fortsat udvikling og prioritering af ledelsesopgaverne.

11.3 anbefalinger til afsnit med op til 80 ansatte

Vælger man af forskellige grunde at organisere sengeafsnit med op til 80 medarbejdere, bør man som udgangspunkt organisere med tilsvarende ledelseskraft, fx med 2 sideordnede afdelingssygeplejersker. Ud over de punkter der også gælder for lederen med 35-40 ansatte – peges der på følgende opmærksomhedspunkter:

- At man selv er med til at vælge hinanden for at sikre god indbyrdes "kemi".
- At man fordeler medarbejdergruppen imellem sig, således at den enkelte medarbejder præcis ved, hvem vedkommende personalemæssigt referer til og afholder udviklingssamtaler med.
- At man har en klar ansvarsfordeling således, at man udnytter det at kunne fordele opgaver på afsnittet, men også ledelsesopgaverne på tværs og udadtil.
- At man har etableret en struktur, så man dækker hinanden af ledelsesmæssigt i dagligdagen.
- At man har et ugentligt fastlagt møde, hvor man samstemmer indsatser og løbende udfordringer, herunder udnytter styrker og svagheder i ledelsesstile og opmærksomhed på risikoen for splitting.

11.4 Fremtidige udviklings- og forskningstiltag

Undersøgelsen har vist, at der er behov for mere viden om sammenhænge mellem størrelse og ledelse på sengeafsnit. Vi anbefaler:

- At der forskes i sammenhænge mellem kvalitet, produktivitet, effektivitet, trivsel og størrelse.
- At det nærmere undersøges, hvad det betyder, når to afdelingssygeplejersker leder i fællesskab.
- At det undersøges, hvordan man skaber overblik og effektive kommunikationsgange.

12 Perspektivering: Det passende ledelsesspænd

"For today's executives, the answer still remains: how many subordinates are too many? And the answer still remains "It depends." (Davison 2003).

Lad os begynde med at slå fast, at det ikke er realistisk at forestille sig, at der vil være en afsnitsstørrelse, der vil være passende for alle typer af sengeafsnit på et hospital i alle kontekster. Der er ud fra organisations- og ledelsesteorien ikke belæg for, at en standardiseret størrelse vil være løsningen på sygehusfeltets ledelsesmæssige udfordringer på afsnitsniveau. Omvendt er der heller ingen belæg for, at alt virker lige godt. Det er muligt, at nogle størrelser er mere effektive end andre. Måske har forskellige størrelser en tendens til at producere forskellige former for udfordringer? Udfordringer, der skal adresseres for, at størrelsen er effektiv.

I dette kapitel perspektiveres undersøgelsens resultater om størrelse op imod litteraturens bud på, hvilke størrelser er effektive under hvilke betingelser. Kapitlets primære målgruppe er ledere og beslutningstagere, der skal fastsætte afsnitsstørrelser. Passende ledelsesspænd kan overordnet set anses for at afhænge af arbejdets, medarbejdernes, ledernes og organisationens karakter (Topp & Desjardin 2011).

12.1 Hvad afhænger ledelsesspænd af?

Den nok mest kendte fortæller for at se organisationer som afhængige af deres strukturer og størrelser er amerikaneren Henry Mintzberg. Ifølge Mintzberg har organisationer to fundamentale og modsatrettede behov: et behov for at fordele arbejdet mellem aktiviteter og personer, og et behov for at koordinere arbejdet. Når behovene er modsatrettede handler det om, at det at dele arbejdet op mellem flere funktioner og personer nødvendigvis må skabe koordineringsudfordringer. For at løse denne udfordring arbejder organisationer med forskellige koordineringsmekanismer (Mintzberg 1979; Mintzberg & Glouberman 1997; Sørensen 2000):

1. Gensidig tilpasning som foregår via løbende uformelle kontakter, medarbejderne imellem. Forekommer typisk i de mest simple og små organisationer, men også i de mest komplekse organisationer.
2. Direkte overvågning som foregår ved, at én person er udpeget til at koordinere arbejdet ved overvågning og korrigerende af de underordnedes arbejde gennem retningslinjer/ordrer for arbejdets udførelse.
3. Standardisering af arbejdsprocesser som foregår ved, at indholdet af arbejdet er specificeret eller programmeret (fx samlebånd).
4. Standardisering af output som foregår ved, at arbejdsresultatet fx produktionsomfanget eller –adfærden er specificeret.
5. Standardisering af faglig kunnen (*skills*) som foregår ved, at den nødvendige uddannelse og oplæring for at udføre arbejdet er specificeret. Mintzberg nævner lægers uddannelse som et eksempel.

Nogle af disse mekanismer kan ifølge Mintzberg til dels erstatte hinanden, hvilket skyldes at direkte overvågning, gensidig tilpasning og standardisering ofte vil være til stede i store organisationer. Fx vil en høj grad af standardisering af enten arbejdsprocesser eller faglig kunnen eksempelvis i et vist omfang kunne erstatte direkte ledelsesovervågning. Dette kan således være med til at forklare, hvorfor overlæger ofte ikke efterspørger tæt ledelse i løsningen af deres opgaver. Hvad angår standardisering af arbejdsprocesser er det mindre oplagt, at denne kan erstatte tæt ledelse eller gensidig tilpasning, hvis arbejdets karakter er kompleks.

Den effektive størrelse på en enhed, antallet af medarbejdere under en leder, kan inspireret af Mintzberg anses for at afhænge af:

- hvor komplekst arbejdet er (ledelsesopgaven såvel som medarbejdernes opgaver)
- hvor formaliseret arbejdet er (ledelsesopgaven såvel som medarbejdernes opgaver)
- hvor standardiseret arbejdet er

kombineret med:

- hvor professionaliserede medarbejderne og lederne er
- hvor erfarne medarbejderne og lederne er
- hvor kompleks konteksten er

Oversat til en hospitalskontekst betyder dette fx, at speciallægerne qua deres høje grad af uddannelse og professionalisering kan udføre komplekst arbejde med langt til nærmeste leder. Mens mindre professionaliserede medarbejdergrupper vil have behov for en tættere supervision med mindre deres arbejde er præget af en høj grad af standardisering og/eller formalisering. Altså har mindre professionaliserede og mindre autonome medarbejdere brug for mere supervision, jo mere komplekst arbejdet er.

Stordriftsfordele i større og mere komplekse organisationer/enheder ædes derfor tildels - men ifølge Blau & Schoenherr ikke helt - op af øget behov for supervision og koordinering (Blau & Schoenherr 1971).

Når vi skal vurdere, hvad et passende og organisatorisk effektivt ledelsesspænd er, så vil dette derfor ifølge teorien afhænge af de fire faktorer: kompleksitet i arbejdet, formalisering af arbejdet, standardisering af arbejdet og graden af professionalisering. Hertil ønsker vi at bidrage med at tilføje, hvor følelsesmæssigt komplekst arbejdet er og hvor gensidigt afhængige opgaverne er.

I skematiseret form ser faktorer med betydning for den optimale størrelse således ud:

Kontekst	Simpel eller kompleks	Stabil eller uforudsigelig	Dagtid eller 24 timers åbent	Geografisk opslittet eller samlet enhed
Leder	Erfaren eller uerfaren	Ledelsesstil og evner		
Medarbejdere	Mix mellem erfarne og uerfarne	Professionaliseringsgrad og uddannelsesniveau		
Opgaver	Simple eller komplekse	Behovet for intern koordinering	Behovet for ekstern koordinering	Forudsigelighed
	Tæt eller ikke tæt brugerkontakt	Korte eller lange indlæggelsesforløb	Mix i akutte og ikke-akutte opgaver	Standardiseret eller ikke standardiserede opgaver
	Graden af formalisering	Klare eller uklare mål for arbejdet	Risikoen for utilsigtede hændelser	Risikoen for klagesager
	Mange eller få funktioner	Graden af følelsesmæssig kompleksitet	Graden af hvor alvorligt syge patienterne er	Antallet af faggrupper

Når man skal vurdere, hvad en passende størrelse er for et givet sengeafsnit eller en anden form for hospitalsenhed bør man således overveje, hvor meget ledelseskraft og ledelseskapabilitet de forskellige faktorer fordrer. Sammenholdt med, hvilke ledelsesbehov medarbejdersammensætningen giver anledning til.

I de følgende afsnit gennemgås en række af de mest centrale faktorer.

12.2 Opgaverne - hvor komplekst arbejdet er

Der har i litteraturen blandt andet været argumenteret for, at arbejdets kompleksitet har betydning for optimalt ledelsesspænd. Woodward har fx udpeget teknisk kompleksitet som afgørende for optimalt spænd (Woodward 1958, 1965 i Dalton et. al. 1980). Bell viste på et amerikansk hospital, at der var en sammenhæng mellem kompleksitet og ledelsesspændet således, at hvis enten medarbejdernes eller lederens opgave var komplekst, så var spændet snævrere (Bell 1967). John Bohte og Kenneth Meier har på baggrund af studier af texanske skoler argumenteret for, at spændet bør være mest snævert, når opgaver har en mellemsvær kompleksitetsgrad (Bohte & Meier 2001). Hvis opgaverne er meget simple er det nemlig nemmere at erstatte ledelse med regler og procedurer.

Omvendt mener de, at hvor opgaverne er så komplekse, at det ikke er sandsynligt, at ledelse kan gøre en forskel, fordi det er ukendt, hvilke metoder der kunne forbedre produktionsresultatet, der kan ledelsesspændet lige så godt være stort. Der, hvor ledelseskapacitet potentielt kan gøre en større forskel, er således, hvor der godt nok er regler og procedurer, men hvor den enkelte medarbejder foretager skøn og fortolkninger af, hvad der er rigtigt at gøre (Bohte & Meier 2001).

Hvor komplekst er plejearbejdet på hospitaler? Bliver således et vigtigt spørgsmål. Overordnet set må kompleksiteten anses for at være mellemsvær. Der er regler og procedurer for en række områder, men der er i høj grad også skøn, masser af fortolkning og uforudsigelighed i megen plejearbejde på hospitaler. I de følgende afsnit ser vi på faktorer, der er afgørende for, hvor komplekst arbejdet er: Standardisering, formalisering, gensidig afhængighed og kompleksitet i patientgrundlaget.

12.2.1 Hvor standardiserede opgaverne er

Hvor standardiseret plejearbejdet er på et hospitalsafsnit kan være svært at komme med et generaliseret bud på. Arbejdets infrastruktur er præget af en høj grad af standardisering. Arbejdet er på det døgnbemandede afsnit delt op i præcise tidsenheder, hvor den ene giver stafetten videre til de næste. Arbejdsdagen på en hospitalsafdeling har ofte også en genkendelig overordnet struktur. Samtidig er der en række opgaver, der ikke er planlagte, men som plejepersonalet reagerer på i løbet af dagen (Holm-Petersen et al. 2006). Sygeplejearbejde er også præget af mange og forskelligartede opgaver, hvor den enkelte løbende må prioritere, vurdere og fortolke, hvad der er vigtigst at bruge sin tid på. Der kan således opstå mange spørgsmål i løbet af en arbejdsdag, særlig hvis medarbejderen ikke er rutineret og dermed vant til at håndtere de mange ting, der opstår.

På det snævert faglige plan er der i tiltagende grad kliniske retningslinjer, hvis formål det er i højere grad at standardisere arbejdsprocedurer. Samtidig ligger der noget arbejde for den enkelte sygeplejerske i at oversætte standarderne til konkrete patientforløb. Samtidig med, at patienter og pårørende også kan have holdninger hertil.

Hertil kommer, at medarbejderne potentielt spænder over flere og brede lægelige specialer. Og det er ikke altid velbeskrevet, hvordan god pleje for de enkelte patientkategorier ser ud. Der er altså ikke nødvendigvis klarhed om målene for arbejdet. Overordnet set bliver svaret, at plejearbejdet på et døgnbemandet sengeafsnit ikke er præget af særlig høj grad af standardisering.

12.2.2 Komplexitet i patientgrundlaget

En af årsagerne til, at opgaverne ikke kan have en særlig høj grad af standardisering er kompleksiteten i opgaverne. Det vil i dette tilfælde også sige kompleksiteten i patientgrundlaget. Flere interviewpersoner kommer ind på, at hvor arbejdet er komplekst, har det en betydning for, hvor mange medarbejdere, man kan have. Når det er besluttet, at der skal være en afdelingssygeplejerske mere i Aarhus, så er det ikke kun, fordi der kommer lidt flere medarbejdere og lidt flere senge, men også fordi patientgrundlaget bliver mere komplekst, når de får intensivsenge på afsnittet.

Et af de forhold, der øger kompleksiteten i arbejdet, er antallet af akutte patienter. Akutte patienter kræver ofte hurtige beslutningsprocesser og bevirker, at det er sværere at standardisere arbejdsprocesserne.

"80-85 procent af vores patienter er akutte patienter. Det er dem, hvor vi også har størst problemer med at få dem gjort færdige. Både udredningsmæssigt og behandlingsmæssigt." (Interview med overlæger).

Kompleksiteten øges også ved, at behandlingsmulighederne også bliver mere komplekse:

"Da jeg startede her for 22 år siden, der døde mange flere. Og nu snakker vi jo ikke menneskesyn," men det er da meget nemmere". Nu er de møggyge i månedsvis og så klarer de den. Og det er jo rigtig godt. Men det betyder, at det er meget mere komplekst. De der behandlingskur-skemaer dengang, det var jo ingenting. Nu ligner det en busplan for linje 14." (Interview med nøglepersoner).

"Der er utrolig mange småting relateret til de enkelte patientforløb, også fordi de er blevet så komprimerede. Så der er meget information, der skal gives videre. Så hvis du ikke er godt inde i de der forløb, så har du ikke en jordisk chance for at give folk en ordentlig pleje. Der er et eller andet med, at jo mere man skal gabe over, jo mere bliver detaljerne visket ud. Du kommer ikke helt ned og får set frem og tilbage og har overblikket." (Interview med nøglepersoner).

Samtidig har flere af de interviewede peget på, at de patienter, der er indlagt gennemsnitligt er i en dårligere tilstand, end de tidligere var. Dette taler således for, at arbejdets kompleksitet er stigende i forhold til dengang, hvor patienterne lå længere i hospitals-sengene og hvor der var flere mindre komplekse patienter.⁵⁶

Kompleksitet i patientgrundlaget hænger således både sammen med, hvor bredde patientgrupper afsnittet har, hvor komplicerede behandlingsmetoderne er, hvor syge patienterne er og hvor stor patientgennemstrømningen er. Hertil kommer hvor følelses-mæssigt komplekst arbejdet er, som vi vender tilbage til om lidt.

12.2.3 Hvor gensidigt afhængige opgaverne er

Teorier om, at de organisationer, hvis interne struktur bedst matcher omgivelsernes krav, har størst mulighed for at overleve (contingency teorier) har argumenteret for, at

⁵⁶ Overlægerne på et af afsnittene peger på, at de i højere grad er nødt til at se på pladsforholdene, når de lægger behandlingsstrategien. Det vil sige, at antallet af sengepladser og presset herpå har en indflydelse på den indlæggelseslængde, der planlægges efter: "Det betyder, at patienter man egentlig ville have beholdt et par dage mere, forsøger vi på kan komme ud et par dage før. Det vil så sige, at der er en større plejetyngde af de patienter, der bliver tilbage på afdelingen. Her til weekenden ligger antallet af patienter også over 100 procent, og der er de patienter, der kan udskrives, udskrevne. Så der er kun de tunge patienter tilbage. Tidligere var der nogle lidt lettere patienter indimellem. Nu er der mere pres på og flere tunge patienter." (Interview med overlæger).

snævre ledelsesspænd er særlig effektive, hvor arbejdsprocesserne er gensidigt afhængige (interdependente).

Jody Hoffer Gittell har i sin forskning om ledelsesspænd konkluderet, at det særligt i tilfælde med gensidigt afhængighed i opgaveløsningen er mere organisatorisk effektivt med mere snævre ledelsesspænd (Gittell 2001). Gensidig afhængighed (interdependens) kan både ses som forekommende mellem faggrupper, mellem afsnittet og andre funktioner så som andre afdelinger og mellem afsnittet og den bredere omverden.

Man kan se på gensidigt afhængige opgaver på flere måder. Plejepersonalet har typisk en høj grad af gensidig afhængighed af lægerne i deres løsning af plejeopgaver. Den gensidige afhængighed udspilles ofte i relation til afvikling af stuegangen. Der findes en del forskning, der beskriver, hvordan denne gensidige afhængighed øger kompleksiteten af plejepersonalets opgaver (Holm-Petersen, Asmussen, & Willemann 2006; May & Fleming 1997; Muff 1988; Ryan 1996; Snelgrove & Hughes 2000). Derudover afhænger plejepersonalets løsning af deres opgaver også af koordinering med andre faggrupper fx fysio- og ergoterapeuter, serviceassistenter, pædagoger. Endelig giver arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samt sygehjælpere på nogle afsnit også anledning til løbende fortolkning og potentielle konflikter (Holm-Petersen, Asmussen, & Willemann 2006).

Nogle af de gensidige afhængigheder skaber udfordringer, der håndteres med bistand fra lederen – andre håndteres netop ikke – fordi der ikke er tradition for at koordinere på tværs. De gensidige afhængigheder kan således ende med at blive patienters, de pårørendes og til dels samfundets problem.

Mængden af gensidige afhængigheder og mængden af de mange forskellige faggrupper, der er involveret, trækker således alt andet lige i retning af lavere ledelsesspænd.

12.2.4 Hvor formaliseret arbejdet er

Jo ældre en organisation er – og jo større den er, jo mere formaliseret vil det, der foregår i organisationen, ofte være (Mintzberg 1979). Ifølge Mintzberg har ledere i offentlige organisationer såsom hospitaler ofte flere fastskemalagte møder end andre ledere (Mintzberg 1973). På den ene side kan den bureaukratiske struktur på det store hospital således ses som præget af en høj grad af formalisering. Samtidig er plejearbejdet på afsnitsniveau vel netop præget af en lav grad af formalisering. Ifølge Hall kan dette hænge sammen med, at formalisering mest ses i store organisationer, der også er præget af rutine teknologier og standardiserede rutiner og produkter (Hall 1972 i Mintzberg 1979). Formalisering afløser således ikke ledelse i plejearbejdet på afsnitsniveau.

12.2.5 Følelsesmæssigt komplekst arbejde

Noget af det, der gør sygepleje komplekst er, at det er følelsesmæssigt komplekst arbejde. Dette er en dimension af arbejdet, der ofte overses og ikke italesættes. Men vi vil her argumentere for, at det er en dimension af arbejdets kompleksitet, der bør indgå i overvejelser om et passende ledelsesspænd.

Kompleksiteten hænger til dels sammen med, at de daglige opgaver omhandler syge, alvorligt syge, døende patienter, kede af det og vrede patienter og pårørende. Til dels hænger det sammen med traditionen for, at afdelingssygeplejersken også skal rumme sine medarbejderes oplevelser på hjemmefronten.

Det er både en kontekst, hvor der er mange og svære følelser i spil og samtidig kan fejl koste førlighed og liv. Hertil kommer, at der er en velundersøgt kompliceret relation læger og sygeplejersker imellem, som øger den følelsesmæssige kompleksitet. Nogle gange er der også komplicerede relationer til andre faggrupper såsom social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter, serviceassistenter, portører og sekretærer.

Den følelsesmæssige kompleksitet kan ses som ekstra stor, fordi der ligger et stort fortolkningsarbejde og håndteringsarbejde på den enkelte medarbejder og leder. Undersøgelser har således vist, at på trods af, at plejepersonale har et følelsesmæssigt svært arbejde, så er de håndteringsmekanismer heraf typisk ikke særlig professionaliserede eller proaktive (Hinshelwood & Skogstad 2000; Holm-Petersen, Asmussen, & Willemann 2006; Obholzer & Roberts 2003). Samtidig beskriver litteraturen en sygeplejekultur, hvor afmagt og mangel på at tage ansvar for at få ting gjort og ændret fylder en del (Armstrong-Stassen & Cameron 2003; Muff 1988).

"Der er nogle ting, som jeg tænker, at det bliver der da aldrig gjort noget ved. Hvorfor bliver der ikke gjort noget ved det? Men er det så fordi det er et stort afsnit, det ved jeg ikke." (Interview med nøglepersoner).

Udefra set kalder det følelsesmæssige komplekse arbejde på mere ledelseshåndtering. Dette er dog ikke ensbetydende med, at der er tradition for alle elementer heraf inden for et felt som hospitalsfeltet.

12.3 Medarbejderne - hvor "selvkørende" de er

Hvor meget ledelseskapacitet, der er behov for, afhænger også af, hvor "selvkørende" medarbejderne er. Her peger litteraturen på forhold som, hvor erfarne medarbejderne er og hvor veluddannede (professionaliserede) de er. Der er ingen tvivl om, at både sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere har en arbejdsidentitet, der er mere kollektiv og generalistorienteret end lægernes mere autonome, specialiserede og individualiserede arbejdsidentitet.

"Vores store dilemma som sygeplejersker er at definere sygeplejen, fordi sygeplejen, det er jo tit alt det andet - alt det som lægerne ikke gør. Det er lige så meget vores egen manglende evne til at definere, hvad vores rolle er. Hvad er det, vi kan. Det er en kulturforskel." (Interview med nøglepersoner).

Hvor erfarne medarbejderne er, er anden central faktor. Samtidig er det en variabel, der kan ændre sig over tid i og med, at medarbejdersammensætningen kan ændre sig. Andelen af nyuddannede eller mindre erfarne i medarbejderstaben kan således ændre sig over tid. Det var sygeplejerskernes vurdering, at de bruger en del energi på at oplære de mindre erfarne.

"Helt lavpraktisk så betyder det, at vi er store, at der er en stor udskiftning i perioder. Det har faktisk været en stor byrde for dem, som var gamle [i gårde], og det er også begyndt at være en stor byrde for dem, som ikke er så gamle. De synes, at de er blevet gamle for hurtig." (Interview med nøglepersoner).

At have specialfunktioner kan være en måde at fastholde og motivere de mere erfarne sygeplejersker, samtidig trækker specialfunktionerne de erfarne medarbejdere ud af basisstillingerne og i et vist omfang ud af tilgængelighed for de mindre erfarne i dagligdagens arbejde⁵⁷.

"Vi har også en stor del, som har noget mere erfaring. Jeg tror bare, at når man har mere erfaring, så går man ud og får nogle specialfunktioner, der gør, at man ikke er der... så meget i hverdagen." (Interview med nøglepersoner).

På det neurokirurgiske afsnit anslog nøglepersonerne, at basissygeplejerskerne gennemsnitlig typisk havde været på afsnittet i tre år. Og at man skulle være der mindst 5-6 år for at være nogenlunde erfaren inden for specialet.

Donald Comstock og Richard Scott har på baggrund af litteraturen udviklet hypoteser om, at jo større en organisatorisk underenhed er, vil det være gældende at (Comstock & Scott 1987):

- A) Jo mere differentierede vil medarbejderroller være.
- B) Jo mindre centraliseret vil beslutningstagning være.
- C) Jo lavere vil medarbejderne gennemsnitligt være kvalificerede.

Princippet er altså ifølge disse hypoteser, at den gennemsnitlige medarbejder er mindre kvalificeret i den store enhed. Der vil så typisk være nogle bedre kvalificerede, de mindre kvalificerede kan gå til.

Alt andet lige – afhænger dette, som tidligere nævnt jo også af medarbejdernes anciennitet og uddannelse. En anden væsentlig faktor er medarbejdernes efterspørgsel efter autonomi, empowerment og/eller tættere ledelsessparring. Som beskrevet i kapitel to peges der på, at øget selvledelse stadig kræver supervision og coaching.

12.4 Lederne – deres karakteristika og opgaver

Ifølge litteraturen vil forskellige ledere kunne tackle forskellige ledelsesspænd. Den særligt dygtige eller særligt erfarne leder vil således kunne tackle at være leder for flere medarbejdere. Ledere med en transformatorisk ledelsesstil⁵⁸ forventes således at kunne håndtere flere medarbejdere (Doran et. al. 2004; Topp & Desjardin 2011).

⁵⁷ Omvendt er det fx en af de oplæringsansvarliges arbejde at standardisere skills, hvilket i princippet burde føre til mindre behov for supervision.

⁵⁸ Det vil sige en ledelsesstil, der er dynamisk, inspirerende, anerkendende og målformulerende (Medley & Larochelle 1995).

12.4.1 Hvor komplekst ledelsesarbejdet er

David Van Fleet og Arthur Bedeian peger også på, at et passende ledelsesspænd afhænger af ledelsesopgaven. Hvor stor en del fylder personaleledelse og hvor stor en del fylder andre organisatoriske beslutninger (Van Fleet & Bedeian 1978). Hvis lederen er travlt optaget af mange andre opgaver end personaleledelse er det således ikke muligt at håndtere et stort ledelsesspænd. Er fx mængden af administration stor, bør ledelsesspændet være lavere (Topp & Desjardin 2011).

12.4.2 Ledelse på flere lokaliteter

En komplicerende faktor er, når lederen er leder for flere forskellige afsnit⁵⁹, funktioner og medarbejdere, der befinder sig på forskellige lokaliteter. Dette komplicerer opgaven, synligheden og kommunikationen.

De fysiske opsplittings gør også, at de ikke har samme anledninger til at mødes. Betydningen af at være opsplittet på etager eller på anden måde fysisk er et område, der bør gøres til genstand for yderligere undersøgelser.

12.4.3 Ledelse af flere faggrupper

En faktor med betydning for, hvor kompleks ledelsesopgaven er, er hvor mange faggrupper afdelingssygeplejersken er leder for. Jo flere faggrupper, jo flere områder er der, afdelingssygeplejersken skal sætte sig ind i – hvad angår de særlige forhold og uddannelsesbehov relateret til hver gruppe. Hertil kommer, at der kan ligge en større ledelsesopgave i at håndtere løbende faggrænsestridigheder og kulturproblemer faggrupper imellem.

12.4.4 Hvor mange kan en afdelingssygeplejerske overskue og rumme?

Måske er det til dels et spørgsmål om personlige egenskaber, præferencer og ledelsesstil, hvor mange medarbejdere en leder kan bevare overblikket over og rumme. Der er dog som nævnt i kapitel to undersøgelser, der tyder på, at dette kun holder op til en vis størrelse.

"Det med at have så mange medarbejdere, det kan vi ikke. Jeg ved godt, der er nogle, der har gjort det, og vi har også mange støttepersoner, men jeg ville i hvert fald ikke som person komme op på at have 70 medarbejdere. [...] Du kan simpelthen ikke rumme så mange personalemedlemmer, og være en god personaleleder for dem." (Interview med afdelingssygeplejerske).

"Når man nærmer sig de 50, så knækker kæden i hvert fald for mig." (Interview med afdelingssygeplejerske).

⁵⁹ Når man er leder for flere afsnit, er der også samarbejde med forskellige overlæger involveret. "Jeg har to forskellige afsnit, der er to forskellige verdener, jeg skal forholde mig til og to forskellige afsnitsledelser. Det komplicerer min funktion." (Interview med afdelingssygeplejerske).

"35 er maks. Så kan du altså ikke rumme mere." (Interview med afdelingssygeplejerske).

Ud over, at det er svært at overskue flere medarbejdere, peger afdelingssygeplejerskerne og oversygeplejerskerne på, at rollen også kompliceres af, at der er en tradition for, at afdelingssygeplejersker skal kunne rumme deres medarbejders problemer på hjemmefronten.

"Det er dælele mange beslutninger, og ekstremt meget man skal containe. Der er tudende medarbejdere på vores kontor. Så var det manden, der var en idiot, og så var det nogle børn, der var syge, og så var det en, der havde ondt et eller andet sted, og så var der nogle, der ikke kan blive gravide. Der er hele tiden nogle problemstillinger, du skal kunne rumme. Man skal ikke have ret meget rod selv i sit privatliv og sin privatsfære, fordi så knækker du halsen på det her." (Interview med afdelingssygeplejerske).

"Jeg er blevet bedre til at skærme lidt...ja, og få dem væk fra mit bord." (Interview med afdelingssygeplejerske).

Ledelseskomplesiteten hænger således også sammen med, hvilken kultur der er omkring, hvordan medarbejderne anvender deres ledere.

12.5 Konteksten - Ledelseskrav i omgivelserne

En ting er behovet for koordination mellem aktiviteter og medarbejdere og medarbejdernes ledelsesbehov, noget andet er, hvilke krav omgivelserne stiller til lederne.

Inspireret af Mintzberg kan vi således argumentere for, at den effektive afsnitsstørrelse også afhænger af, hvor megen ledelsesbevågenhed lederen skal bruge på afsnittets omgivelser. Her er det af stor betydning, hvorvidt der er tale om stabile eller dynamiske og uforudsigelige omgivelser. Som eksempler på organisationer, der har komplekse men stabile omgivelser nævner Mintzberg hospitaler og universiteter. I nyere beskrivelser af hospitalsfeltet omtales dette snarere som værende præget af hyper turbulens, hvor en form for ændringsprojekt står i skarp konkurrence med mange andre (Borum 1995; Meyer et al. 1993). De seneste mange år har således været præget af en lang række væsentlige organisatoriske ændringer som fusioner, nedlukninger og omlægninger af produktionen. Samtidig er der en stigende mængde af politiske krav, der skal omsættes på afsnitsniveau i form af akkreditering, dokumentation, standarder, pakkeforløb og ændringer i modtagelsen af akutte patienter.⁶⁰

Samtidig kan hospitalsorganisationen karakteriseres som en ekstrem kontekst. Det vil sige en kontekst, hvor ekstreme hændelser er forventelige⁶¹. En høj andel af ekstreme

⁶⁰ Om end mange af disse udefrakommende ændringer er arbejdskrævende for ledere og medarbejdere, kan ændringerne dog også potentielt føre til lettelse i det daglige arbejde qua den struktur i arbejdet de tilfører.

⁶¹ "Extreme contexts" er fx militæret og hospitaler. Academy of Management Convention 2011 i San Antonio.

hændelser og konstante omstillinger trækker i retning af behov for højere ledelseskapa-
tet og derved mindre ledelsesspænd.

12.6 Afrunding: Den passende størrelse

Hvor stor den passende sengeafsnits størrelse er, afhænger af fire faktorer:

- Kontekst (simpel eller kompleks, dagtid/24 timer, geografi).
- Opgaverne (simple eller komplekse, graden af interdependens, graden af bruger-
kontakt, graden af standardisering, formalisering, risiko for utilsigtede hændelser
og klagesager, antallet af faggrupper, graden af følelsesmæssigt kompleksitet).
- Medarbejderne (erfaring, uddannelsesniveau og evner).
- Lederen (erfaring, uddannelsesniveau og evner).

Tendensen er, at ledelsesspænd generelt er større i sundhedsvæsenet end i andre bran-
cher. Ud fra teorierne om ledelsesspænd er det dog ikke oplagt, at ledelsesspændet skul-
le være større på sengeafsnit i hospitaler end ledelsesspænd typisk er i andre brancher.
Opgaverne er ikke simple, der er ikke megen standardisering og formalisering. Der er en
høj grad af brugerkontakt. Fejl kan koste liv, førlighed og/eller patientklager. Medarbej-
derne har ikke en lang videregående uddannelse. Erfaringsniveauet kan være svingende,
men der vil typisk være en del nyuddannede medarbejdere. Hertil kommer, at der ikke er
speciel grund til at tro, at sygeplejeledere skulle være mere erfarne eller transformato-
riske end andre ledere. Samtidig er de ofte ledere af flere forskellige faggrupper på en
gang, hvilket komplicerer deres ledelsesopgave.

Så hvorfor stiger ledelsesspænd på sengeafsnit ud over det antal afdelingssygeplejersker
kan overskue og rumme? Deres egne vurderinger er, at antallet maksimalt ligger mellem
35-40. En del af svaret handler måske om, at hospitaler generelt bliver større. Ifølge
Blau og Schoenherr er der en sammenhæng mellem, at ledelsesspænd er større i større
organisationer (Blau & Schoenherr 1971). Men noget af svaret kan også handle om, at
der ikke har været tilstrækkelig fokus på, hvad man vil med sin sygeplejeledelse på af-
snitsledelsesniveau. Hvilke ledelsesopgaver er de vigtigste? Hvor meget bør personalele-
delse fylde? Det var fra begyndelsen af projektet tydeligt, at ledelsesopgaven i høj grad
blev defineret udefra, gennem de mange og forskelligartede opgaver, der landede på af-
delingssygeplejerskens bord. Personaleadministration og logistisk i forbindelse med drif-
ten kom til at fylde meget. Bevidst prioritering af ledelsesopgaverne og den strategiske
ledelse kom til at fylde mindre.

Vi håber denne rapport fremadrettet kan bidrage til en mere bevidst proces om ledelses-
vilkår, arbejdsglæde, produktivitsfremmende organisering og passende ledelsesspænd.
Vi mener på baggrund af undersøgelsen, at ledelsesspænd gør en forskel.

13 Litteraturliste

References

- Altaffer, A. 1998. First-line managers. Measuring their span of control. *Nursing Management*, july 1998, pp. 36-39.
- Andersen, P. B. & Sonne, B. 2007, *Ledelse i store afdelinger*, Region Midt.
- Armstrong-Stassen, M. & Cameron, S.J. 2003. Dimensions of control and nurses' reactions to hospital amalgamation. Special issue on healthcare restructuring in Canada. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23, (8/9) pp. 104-128.
- Baernholdt, M. & Mark, B.A. 2009. The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. *Journal of Nursing Management*, 17, pp. 994-1001.
- Barrasa, A., West, M. A., & Gil, F. 2007, "Is there an optimal size for health-care teams? Effects on team climate for innovation and performance," *In Psychosocial Resources in Health Care Systems*, P. Richter, J. M. Peiró, & W. B. Schaufeli, eds., Rainer Hampp Verlag.
- Batalden, P.B., Nelson, E.C., Mohr, J.J., Godfrey, M.M., Huber, T.P., Kosnik, L., & Ashling, K. 2003. Microsystems in health care: Part 5. How leaders are leading. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29, (6) pp. 297-308.
- Bell, G.D. 1967. Determinants of span of control. *The American Journal of Sociology*, 73, (1) pp. 100-109.
- Bendix, H.W., Digmann, A., Jørgensen, P., & Pedersen, K.M. 2008. *Hospitalsledelse. Organisatorisk fænomen og faglig disciplin* København, Børsens Forlag.
- Bentsen, E.Z. 2000. *Sygehusledelse i Danmark - Trojkanmodellens opståen, spredning og funktion* København, Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Blau, P.M. & Schoenherr, R.A. 1971. *The structure of organizations* New York, Basic Books.
- Bohte, J. & Meier, K.J. 2001. Structure and performance of public organizations: Task difficulty and span of control. *Public Organization Review*, 1, pp 341-354.
- Borum, F. 1995. *Strategier for organisationsændring* København, Handelshøjskolens Forlag.
- Brooks, I. 2003. Systemic Exchange: Responsibility for Angst. *Organization Studies*, 24, (1) pp. 125-141.
- Cathcart, D., Jeska, S., Karnas, J., Miller, S.E., Pechacek, J., & Rheault, L. 2004. Span of control matters. *Jona*, 34, (9) pp. 395-399.
- Clegg, S. 2003, "Managing organization futures in a changing world of power/knowledge," *In The Oxford Handbook of Organization Theory*, Oxford: Oxford University Press, pp. 536-567.

Comstock, D. E. & Scott, R. W. 1987, "Technology and the structure of hospital subunits: Distinguishing individual and workgroup effects," *In Hospital structure and performance*, A. B. Flood & W. R. Scott, eds., Baltimore: The Johns Hopkins University Press, pp. 28-55.

Cooke, H. 2006. Seagull management and the control of nursing work. *Work, Employment, and Society*, 20, (2) pp.223-243.

Dalton, D.R., Todor, W.D., Spendolini, M.J., Fielding, G.J., & Porter, L.W. 1980. Organization structure and performance: A critical review. *The Academy of Management Review*, 5, (1) pp.49-64.

Davison, B. 2003. Management span of control: how wide is too wide? *Journal of Business Strategy*, 24, (3).

Dent, M. & Whitehead, S.e. 2002. *Managing professional identities. Knowledge, performativity and the "new" professional* London, Routledge.

Digmann, A. 2004. *Ledelse med vilje. Offentlig ledelse i et nyt perspektiv* København, Børsen Forlag.

Doran, D., Sanchez McCutcheron, A., Evans, M.G., MacMillan, K., McGillis Hall, L., Pringle, D., Smith, S., & Valente, A. 2004. *Impact of the manager's span of control on leadership and performance*.

ennova 2009. Resultatskabende personaleledelse. Arbejdsglæde i forandringstider. *European Employee Index*, 10.

Everson-Bates, S. 1992. First-line nurse managers in the expanded role. An ethnographic analysis. *Jona*, 22, (3).

Flood, A.B. & Scott, W.R. 1987. *Hospital structure and performance* Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

Gittell, J.H. 2001. Supervisory span, relational coordination, and flight departure performance: A reassessment of postbureaucracy theory. *Organization Science*, 12, (4) pp. 468-483.

Gittell, J.H. 2009. *High performance healthcare. Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience* New York, McGraw Hill.

Glouberman, S. & Mintzberg, H. 1996. *Managing the care of health and the cure of disease. Part 1: Differentiation* Fontainebleau, INSEAD.

Hagerup, A. 2010. Fusioner betyder færre ledere. *Forkant*, 3, (1) pp. 24-25.

Hechanova-Alampay, R. & Beehr, T.A. 2001. Empowerment, span of control, and safety performance in work teams after workforce reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, (4) pp. 275-282.

Hinshelwood, R.D. & Skogstad, W. 2000. *Observing Organisations. Anxiety, Defense and Culture in Health Care* London, Routledge.

Holm-Petersen, C. 2009, "Den kvalitative del," *In Sygeplejerskernes veje på arbejdsmarkedet*, T. P. Jensen, C. Holm-Petersen, & B. Larsen, eds., København: AKF/DSI.

- Holm-Petersen, C. 2011. *Arbejdsglæde i fremtidens sygeplejerskearbejde på hospitalerne. En undersøgelse af arbejdsglæde på en privat og en offentlig hospitalsafdeling* København, Dansk Sundhedsinstitut.
- Holm-Petersen, C., Asmussen, M., & Willemann, M. 2006. *Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger* København, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Hrebiniak, L. & Alutto, J. 1973. A comparative organizational study of performance and size correlates in inpatient psychiatric departments. *Administrative Science Quarterly*, 18, (3).
- Klausen, K.K. & Michelsen, J. 2004. *Institutionslederen - en undersøgelse af vilkår for ledelse i kommunale institutioner* Odense, Syddansk Universitet.
- Kramer, M. & Schmalenberg, C. 1991. Job satisfaction and retention. Insights for the '90s. Part 2. *Nursing*, 21, (4) 51-55 available from: PM:2020421.
- Kristensen, T. S. 1997, "Forskningens rolle i ændring af psykosocialt arbejdsmiljø," *In Helsepersonellens arbejdsmiljø og jobtilfredshet. Mot et bedre arbejdsmiljø i sykehusene*, Nordisk samarbejdsgruppe for Helsetjenesteforskning, ed., Oslo: HELTEF.
- Leatt, P. & Schneck, R. 1985. Sources and management of organizational stress in nursing sub-units in Canada. *Organization Studies*, 6, (1) pp. 55-79.
- Lucas, V., Laschinger, H.K.S., & Wong, C. 2008. The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment: the moderating effect of span of control. *Journal of Nursing Management*, 16, pp. 964-973.
- May, C. & Fleming, C. 1997. The professional imagination: narrative and the symbolic boundaries between medicine and nursing. *J.Adv.Nurs.*, 25, (5) 1094-1100 available from: PM:9147218.
- McConville, T. & Holden, L. 1999. The filling in the sandwich: HRM and middle managers in the health sector. *Personnel Review*, 28, (5/6) pp. 406-424.
- McGregor, D. 1960. *The human side of enterprise* New York, McGraw-Hill.
- Medley, F. & Larochelle, D.R. 1995. Transformational leadership and job satisfaction. *Nursing Management*, 26, (9) 64JJ-64NN.
- Meier, K.J. & Bohte, J. 2000. Ode to Luther Gulick: Span of control and organizational performance. *Administration & Society*, 32, (2) pp.115-137.
- Meyer, A. D., Goes, J. B., & Brooks, G. R. 1993, "Organizations reacting to hyperturbulence," *In Organizational change and redesign*, G. P. Huber & W. H. Click, eds., New York: Oxford University Press.
- Milsted, T. 2008. *En guide til motivation og arbejdsglæde* Jyllands Postens Forlag.
- Mintzberg, H. 1973. *The nature of managerial work* New York, Harper & Row.
- Mintzberg, H. 1979. *The structuring of organizations. A synthesis of the research*. Englewood Cliffs , Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. & Glouberman, S. 1997. *Managing the care of health and the cure of disease. Part 2: Integration* Fontainebleau, INSEAD.

- Morash, R., Brintnell, J., & Rodger, G.L. 2005. A span of control tool for clinical managers. *Nursing research*, 18, (3) pp.83-93.
- Muff, J. 1988, "Of images and ideals: A look at socialization and sexism in nursing," *In Images of Nurses, Perspectives from History, Art, and Literature*, A. H. Jones, ed., Philadelphia: University of Pennsylvania Press, pp.197-220.
- Nelson, R.B. 1994. *Empowering employees through delegation* Burr Ridge, IRWIN.
- Nuffield Institute for Health, U.o.L. & NHS Centre for Reviews and Dissemination, U.o.Y. 1996. Effective health care. Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access. *Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers*, 2, (8).
- Obholzer, A. & Roberts, V.Z. 2003. *Det ubevidste på arbejde. Fra arbejdspress til arbejdsglæde* Virum, Psykologisk Forlag.
- Pabst, M.K. 1993. Span of control on nursing inpatient units. *Nursing Economics*, 11, (2) pp. 87-90.
- Petersen, H. 2008. *Det kommunikerende hospital* København, Børsens Forlag.
- Ryan, A.A. 1996. Doctor-Nurse Relations: A Review of the Literature. *Social Sciences in Health*, 2, (2) pp. 93-106.
- Scott, J.G., Sochalski, J., & Aiken, L. 1999. Review of Magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29, (1) pp. 9-19.
- Sellgren, S.F. 2007. *Nursing management at a Swedish university hospital. Leadership and staff turnover* Stockholm, Karolinska Institutet.
- Shortell, S.M., Zimmerman, J.E., Rousseau, D.M., Gillies, R.R., Wagner, D.P., Draper, E.A., Knaus, W.A., & Duffy, J. 1994. The performance of intensive care units: Does good management make a difference? *Medical Care*, 32, (5) pp. 508-525.
- Snelgrove, S. & Hughes, D. 2000. Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *J.Adv.Nurs.*, 31, (3) 661-667 available from: PM:10718886.
- Sommervold, W. 1997, "Ledelse i sykepleien - en strategi for profesjonalisering," *In Fra styring til ledelse*, H. Byrkjeflot, ed., Bergen: Fagbokforlaget, pp. 243-265.
- Sørensen, E.E. 2006. *Sygeplejefaglig ledelse. En empirisk undersøgelse af samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis i dansk sygehusvæsen* Aarhus, Aarhus Universitet.
- Sørensen, N.B. 2000. *Organisationers form og funktion - Om Mintzbergs teori i en dansk sammenhæng*, 4 ed. Frederiksberg, Samfundslitteratur.
- Topp, K. & Desjardin, J. H. 2011, "Span of control. Designing organizations for effectiveness," *In Organization development in health care. High impact practices for a complex and changing environment*, J. A. Wolf, H. Hanson, & M. J. Moir, eds., Charlotte: Information Age Publishing, pp. 211-230.
- Urwick, L.F. 1956. The manager's span of control. *Harvard Business Review*, May-June,

Væksthus for Ledelse 2008. *Succesfulde ledere i sygehusvæsenet - en undersøgelse af kernekompetencer hos succesfulde ledere på afdelingsniveau* København, Væksthus for Ledelse.

Van Fleet, D.D. & Bedeian, A.G. 1977. A history of the span of management. *Academy of Management Review*, July, pp. 356-372.

Van Fleet, D.D. & Bedeian, A.G. 1978. Conceptual developments in the span of management. *Akron Business and Economic Review*, Spring, pp. 25-30.

Weisman, C.S., Alexander, C.S., & Chase, G.A. 1980. Job satisfaction among hospital nurses: a longitudinal study. *Health Serv.Res.*, 15, (4) 341-364 available from: PM: 7461970.

West, E. 2001. Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care. *Quality Health Care*, 10, pp. 40-48.

Wikström, E. & Dellve, L. 2009. Contemporary leadership in healthcare organizations. Fragmented or concurrent leadership. *Journal of Health, Organization and Management*, 23, (4) pp. 411-428.

Yin, R.K. 1989. *Case study research. Design and methods* Newbury Park, Sage publications.

Yukl, G. 2010. *Leadership in organizations*, 7 ed. Upper Saddle River, Pearson.