dios
Gl. Kongevej 91A
DK-1850 Frederiksberg C
Telefon 31 21 17 06
Telefax 31 24 12 06
Giro 1 33 68 78

Analyse af ledelses- og organisationsstrukturen på Landssygehuset i Tórshavn

Frederiksberg, den 7. juli 1996

dios a.s. reg. nr. 194196
DANSK INSTITUT FOR ORGANISATIONS STUDIER

Indholdsfortegnelse

1. Indledning side 1

2. Omstillingsledelse i det færøske sygehusvæsen side 3

3. Strukturelle forhold side 7

4. Kulturelle forhold side 21

5. Samarbejdsproblemerne på operationsgangen side 25

6. Anbefalinger side 29

Bilag:
Bilag 1: Opgavebeskrivelse fra lagmanden
Bilag 2: Projektoplæg
Bilag 3: Dokumentarisk materiale

Indledning

I april måned 1996 bad Færøernes Landsstyre dios a/s om at varetage en undersøgelse af Landssygehusets organisation. Formålet med undersøgelsen var at kortlægge og vurdere den eksisterende organisationsstruktur på Landssygehuset i Tórshavn. Der henvises iøvrigt til kommisoriet for undersøgelsen, hvor det fremgår, at konsulentfirmaets analyse skal omfatte ledelsesopgaver, struktur og arbejdsdeling i ledelsessystemet, arbejdsgange og teknologianvendelse samt lederadfærd og organisationskultur.

Undersøgelsen har omfattet:

- Gennemgang af relevant dokumentarisk materiale vedrørende Landssygehusets opgavevaretagelse.

- Gennemførelse af interview med udvalgte ledere og medarbejdere på Landssygehuset, direktionen for det færøske sygehusvæsen, afdelingschefen på sundhedsområdet i landsstyret og andre relevante eksterne samarbejdspartnere.

- Gennemførelse af arbejdsgruppeaktiviteter med henblik på fremskaffelse af relevant skriftlig dokumentation for Landssygehusets opgavevaretagelse, struktur, bemanding af forskellige enheder, arbejdsgange mm.

  Endvidere har arbejdsgruppe aktiviteterne medvirket til, at skriftlige notater vedr. forskellige aktørers oplevelse af organisatoriske og ledelsesmæssige problemer er blevet formidlet videre til dios som led i konsulentundersøgelsen.

  Endelig har arbejdsgruppeaktiviteterne omfattet fremlæggelse og diskussion af analyseresultater og anbefalinger, som præsenteres i nærværende rapport. Der har været nedsat i alt tre arbejdsgrupper for hhv. det kliniske område, administrationsområdet og serviceområdet.

Der har endvidere været nedsat en styregruppe, som har fulgt konsulentfirmaets arbejde. Samarbejdsudvalget på Landssygehuset har udgjort denne styregruppe.

Det skal understreges, at arbejdsgrupperne og styregruppen ikke kan drages til ansvar for resultaterne af undersøgelsen. Det er alene konsulentfirmaet, som er ansvarlig for undersøgelsens konklusioner og anbefalinger. Styregruppen og arbejdsgrupperne takkes for en engageret indsats ved gennemførelse af undersøgelsen.

Det skal understreges, at formålet med rapporten ikke er at præsentere et fyldestgørende og afstemt billede af forholdene på Landssygehuset. Undersøgelsen har fokuseret på at identificere problemer, som er relevante i forhold til at vurdere Landssygehusets organisation.

Vi gør opmærksom på, at rapporten på nogle områder tegner et mere negativt billede af forholdene på Landssygehuset, end hvad rimeligt er. Det skyldes som nævnt, at rapporten sætter fokus på eksisterende problemer.

Vi gør læseren opmærksom på, at der ikke på baggrund af rapportens problemidentifikationer er grobund for at opfatte Landssygehuset som en gennemgående ineffektiv og ustruktureret arbejdsplads.

Det er vor opfattelse, at vi i arbejdsprocessen såvel i forbindelse med interviewene som i møderne med styregruppen og arbejdsgrupperne er blevet modtaget i en positiv ånd, og at der er blevet svaret åbent og ærligt på de stillede spørgsmål i interviewrunden. Det har været tydeligt, at mange af de adspurgte og involverede har hilst undersøgelsen velkommen, og de opfatter denne som et velvalgt initiativ, som de ser frem til at få resultaterne af. Vi takker således for de involveredes velvillige deltagelse i undersøgelsen.

Vi vil til slut nævne, at rapportens problembeskrivelser ikke samlet bør bruges til at gøre enkeltpersoner eller enkelte faggrupper til syndebukke for de beskrevne forhold. Det er vor opfattelse, at de beskrevne problemer skal ses i en sammenhæng.

Rapporten indledes med en beskrivelse af vor opfattelse af omstillingsledelse i det færøske sygehusvæsen (afsnit 2), hvorefter følger en analyse af organisations- og ledelsesstrukturen på Landssygehuset (afsnittene 3 og 4). Herefter er forholdene på operationsgangen analyseret (afsnit 5). Afsnit 6 beskriver vore fremadrettede anbefalinger.

2. Omstillingsledelse i det færøske sygehusvæsen

Det færøske sygehusvæsen har gennemgået en omstillingsproces de seneste 6-7 år, som minder om den, danske sygehuse har været underkastet fra midten af 80'erne og frem til i dag. En vigtig milepæl i denne udvikling var udarbejdelsen af finanslovsforslaget 1990 i 1989. Kravet i denne finanslov var en besparelse på i alt 14%, og det betød et skift i udviklingen af sygehusvæsenets karakter. Siden har udviklingen af sygehusvæsenet været præget af det krydspres, som efterhånden er generelt for sygehussektoren. Der gennemføres nedskæringer, samtidig med at produktionen skal fastholdes og sine steder udvides. Det kræver evne til omstilling, benhård prioritering og successiv indførelse af nye behandlingsformer.

Det kan konstateres, at det er lykkedes det færøske sygehusvæsen i perioden frem til i dag at fastholde produktionen og endda indføre nye behandlingsformer på trods af nedskæringer. I alt er nedskæringerne i perioden fra 1990 og frem til i dag på omkring 20%, og det er lykkedes i langt højere grad, end det gør sig gældende for danske sygehuse at undgå ventelister.

Efter problemer med at holde budgetterne i starten af 90'erne er situationen, at sygehusvæsenet siden 1992 har været i stand til at holde budgetterne, hvilket bl.a. må ses i lyset af en ny økonomistyringsstruktur og en øget indsats omkring sikring af den løbende økonomiopfølgning. Det har endvidere været afgørende for denne udvikling, at direktionen har fået tildelt det klare mandat, at de var ansvarlige for at sikre budgetoverholdelse i forhold til de krav, som blev stillet fra det politiske system.

De skærpede økonomiske betingelser har nødvendiggjort en række konkrete omstillingsaktiviteter. Der er således gennemført besparelser inden for mange af sygehusets aktivitetsområder. Såvel inden for de kliniske områder som drifts- og serviceområderne. Som eksempler kan det nævnes, at der er sket nedskæringer inden for rengøringsområdet og ambulancetjenesten. I begge disse tilfælde kan det som i andre tilfælde iagttages, at direktionen har måttet gå foran og været dybt involveret i omstillingsaktiviteterne.

Uden den involvering er det vor vurdering, at det ikke ville have været muligt at gennemføre disse aktiviteter. Det er samtidig vor vurdering, at ledelsen af rengøringsområdet og ambulancetjenesten har gjort et stort og velkvalificeret arbejde i forbindelse med de nævnte omstillingsaktiviteter. På mange måder peger ud-

viklingen fra 1990 og frem til nu på et billede af en ledelsesmæssig succes. Direktionen har formået at leve op til de økonomiske krav, som den politiske ledelse har defineret og har gennemført de fornødne omstillingsaktiviteter.

Det er imidlertid ikke lykkedes at gennemføre omstillingsaktiviteterne uden, at der er opstået konflikter internt på Landssygehuset. Problemerne på operationsgangen manifesterer dette. Det er vor vurdering, at direktionen loyalt og pligtopfyldende har gjort det arbejde, som politikerne har bedt den om at gennemføre.

Samtidig må det dog konstateres, at de ledelsesmæssige forudsætninger på Landssygehuset ikke har været de optimale i forhold til at sikre det samarbejde om omstillingsaktiviteterne, som er en forudsætning for, at der kan undgås konflikter af den art, som siden 1992 har præget operationsgangen. Problemerne er mere end noget andet udtryk for en intern ledelseskrise for Landssygehuset. Det er således vor vurdering, at der fremadrettet er behov for et langt mere målrettet arbejde med at formulere kravene til "hvad er god ledelse på Landsygehuset". Der er behov for en afklaring af indholdet i de ledelsesroller man som leder på Landssygehuset, skal udfylde på de forskellige ledelsesniveauer.

Det er vor vurdering, at krisen på operationsgangen ikke skal ses alene som en lokal problemstilling, og et spørgsmål om at nogle faggrupper og medarbejdere er blevet uvenner på det personlige plan. Problemerne kan i kimform iagttages andre steder på Landssygehuset, hvor der kunne opstå lignende situationer som den, der kendetegner operationsgangen.

Ledelseskrisen skyldes bl.a., at den lokale kapacitet til at analysere og gennemføre omstillingsaktiviteter er for utilstrækkelig. I stedet for en professionel ledelsesindsats præget af analytisk tæft, koldblodighed, dialog og gensidig forståelse for de involverede faggruppers forskellige syn på problemstillingerne, er ledelsesprocessen blevet kendetegnet ved gensidige beskyldninger, gensidige aggressioner og destruktive handlinger som udtryk for et ledelsesperspektiv, hvor man enøjet forsøger at påvise, at "modparten" bærer hele skylden.

Der er tale om alvorlige svigt i det personlige lederskab hos flere aktører i ledelsessystemet, men problemerne kan ikke reduceres til et problem, som vedrører enkeltpersoner i ledelsessystemet. Det er vor vurdering, at der generelt er behov for at opkvalificere lederne internt på Landssygehuset. Ledelse i et moderne sygehusvæsen kræver andre kvalifikationer end de rent læge- og sygeplejefaglige, og

de færdigheder som oplæres i andre faglige uddannelser inden for sygehusvæsenet.

Den kritik, som afdelingssygeplejerskerne har rettet mod den overordnede ledelse i det færøske sygehusvæsen i brevet til lagmanden er et udtryk for Landssygehusets ledelseskrise. Vi har forståelse for de problemer, som afdelingssygeplejerskerne rejser. Brevet til lagmanden fremhæver en række kritiske arbejdsforhold, som skal tages alvorligt i et professionelt ledelsessystem.

Det er dog samtidig vor vurdering, at afdelingssygeplejerskerne stiller diagnosen "forkert". Vi er uenige i, at ansvaret for problemerne entydigt kan placeres hos direktionen. En sådan måde at anskue problemerne på er alt for personfikseret.

Det er vor vurdering, at direktionen ikke har haft en heldig hånd i forhold til at intervenere i den lokale konflikt på operationsgangen. Direktionen har ansvarligt forsøgt at løse konflikten og stillet sig til rådighed for møder med de involverede parter på operationsgangen.

Direktionen er dog hurtigt blevet opfattet som en part i sagen, og en række udtalelser til de involverede parter og i pressen har vakt harme især i sygeplejegruppen, hvor direktionens syn på sagen er blevet fortolket som værende den samme, som kendetegner den nedladende holdning, som lægegruppen på operationsgangen har udvist. Direktionen har ikke formået at få en positiv udvikling i stand i konfliktforløbet. Selv om dette faktum efter vor opfattelse skal ses i sammenhæng med direktionens ledelsesstil, mener vi ikke, der er grundlag for at gøre direktionen til syndebuk i den verserende konflikt. Det ville være at rette bager for smed.

Det indgår i vor samlede vurdering af direktionens indsats, at direktionen tilsyneladende ikke har haft den fornødne forståelse for de perspektiver, synspunkter og følelser, som plejegruppen har haft på konflikten. Der har i direktionens syn på konflikten været fokuseret meget på den behandlingsmæssige og dermed lægefaglige side af sagen. Denne linje kommer bl.a. til udtryk i sygehusdirektørens redegørelse samt bemærkninger til skrivelse fra afdelingssygeplejerskerne til lagmanden. Her hedder det bl.a. "sygehusdirektøren har efter bedste evne drevet Landssygehuset efter den kurs, der blev sat i 1989 om, at diagnostik og behandling var de højest prioriterede opgaver".

Efter vor vurdering, er den grundlæggende indfaldsvinkel til sygehuset relevant, især på en kirurgisk afdeling. Men filosofiske og juridiske diskurser om, hvorvidt selvstændig sygepleje er et tomt begreb eller ej, medvirker ikke til at løse reelle daglige ledelsesproblemer på en operationsgang. Det er et udtryk for afmagt snarere end ledelse, når en overordnet ledelse på det nærværende grundlag bliver nød til at forsvare sig og argumentere for sit ståsted.

En kvalificeret, overordnet ledelse i et moderne sygehusvæsen skal have forståelse for de forskellige subkulturer, som findes i sygehusverdenen, og man er nødt til at tage højde for de reaktioner, som egen lederadfærd kan udløse i de forskellige faggrupper. Moderne ledelse er mere end teknisk rationelle argumenter, økonomi og formelle beslutningssystemer og procedure. Moderne ledelse er også indfølingsevne, evnen til aktiv lytning, kulturforståelse og målrettet holdningspåvirkning.

Direktion for det færøske sygehusvæsen bør i øget omfang have dette for øje i den fremadrettede ledelsesproces.

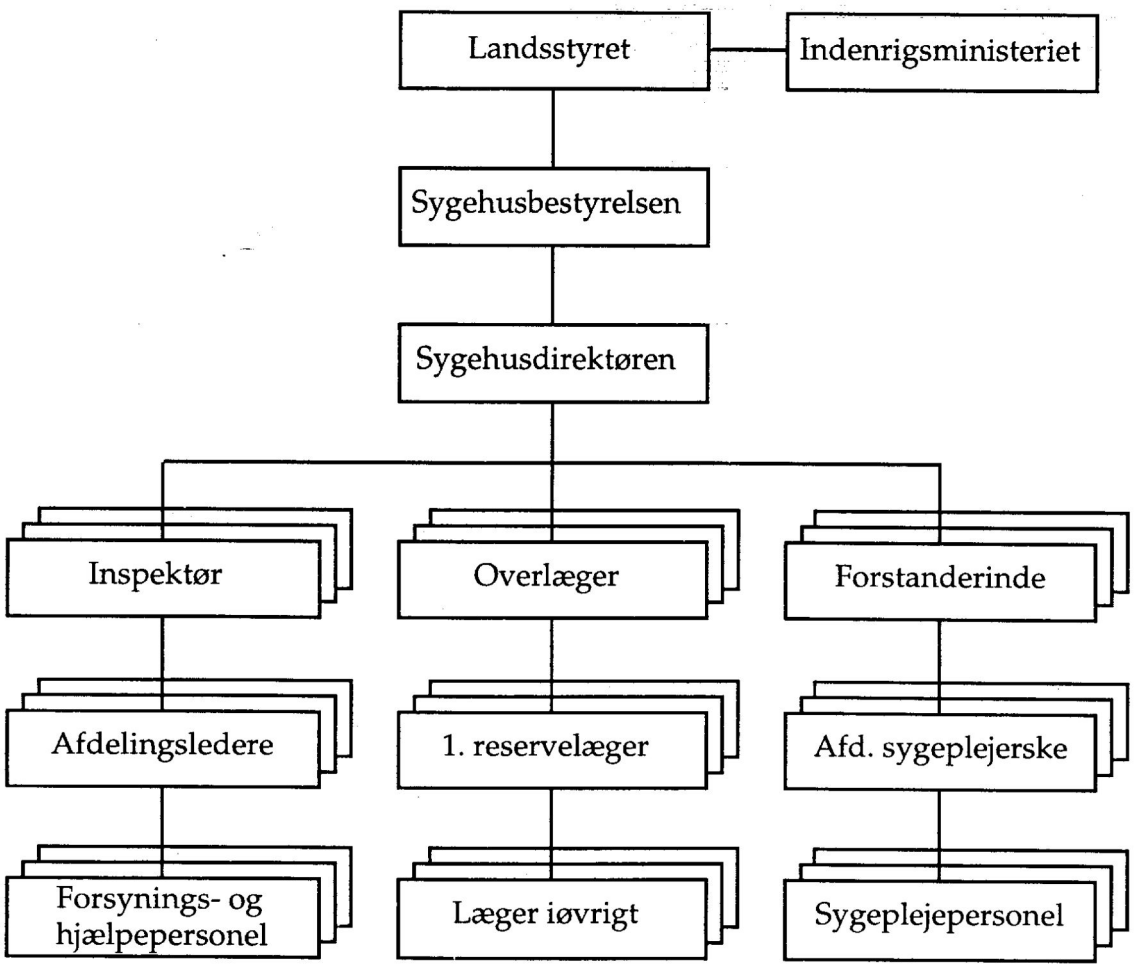
3. Strukturelle forhold.

Beskrivelse af det færøske sygehusvæsens struktur

Det færøske sygehusvæsen er opbygget, som det fremgår af nedenstående diagram. Pr. 1 august 1996 er sygehusbestyrelserne for de 3 sygehuse dog nedlagt.

I følge reglementet for det færøske sygehusvæsen er sygehusdirektøren over for sygehusbestyrelserne ansvarlig for den daglige administration af sygehusvæsenet. Sygehusenes inspektører varetager den daglige administrative ledelse af sygehuset. Overlægerne har ret og pligt til at forestå undersøgelserne og behandlinger af sygehusets/afdelingernes patienter og har ansvar for disse. Forstanderinden har ansvaret for sygeplejen på Landssygehuset og ansvaret for medarbejderne inden for plejen.

Det færøske sygehusvæsens organisatoriske opbygning



Kilde: Betænkning om ny lov for Færøerne om sygehusvæsenet - 1974

Det skal nævnes, at der på det psykiatriske område er ansat en oversygeplejerske med direkte reference til forstanderinden. Det skal endvidere nævnes, at 1. reservelægestillingerne er konverteret til overlægestillinger.

Sammenblanding af ledelsen af det færøske sygehusvæsen og Landssygehuset

Det er vor opfattelse, at der grundlæggende sker en sammenblanding af ledelsen af det færøske sygehusvæsen (direktionen) og Landssygehuset (inspektør, forstanderinde og ledende overlæger mm.).

Vore interviewinformationer peger entydigt på, at direktionen indgår i den interne ledelse af Landssygehuset. Direktionen forestår således den interne økonomistyring på Landssygehuset og den løbende økonomiopfølgning varetages af controlleren, som er tilknyttet direktionen.

Det er endvidere kendetegnende, at direktionen står for gennemførelse af analyser og omstillingsprojekter internt på Landssygehuset. Et eksempel er omstillingsaktiviteterne vedr. portør- og ambulancetjenesten.

Vedrørende økonomistyringen peger vore interviewinformationer på, at inspektøren i praksis intet ansvar har for at styre økonomien på det kliniske område. Styringen foregår alene i et samspil mellem direktion, controller og de decentrale ansvarsenheder, som direktionen har defineret i forbindelse med decentralisering af sygehusets økonomistyring.

Konsekvenserne af, at direktionen læner sig ind over ledelsen af Landssygehuset bliver, at den overordnede ledelse på Landssygehuset (inspektør, forstanderinde samt viceforstanderinde og de ledende overlæger) kommer til at stå relativt svagt i ledelsesbilledet.

Det er vor opfattelse, at ovennævnte forhold kan forklares ved hjælp af flere forskellige faktorer.

Generelt må situationen ses i sammenhæng med, at Landssygehuset har skullet vænne sig til en situation, hvor det har været nødvendigt at spare ressourcer. Den interne kapacitet til at varetage en forsvarlig økonomistyring har ikke været til stede på Landssygehuset, hvorfor direktionen selv har måttet foretage de nød-

vendige dispositioner for at få etableret en decentral placering af økonomiansvaret og en løbende økonomiopfølgning.

Direktionens intervention i den interne ledelsesproces på Landssygehuset skal endvidere ses i sammenhæng med de forhåndenværende ledelsesressourcer og ledelseskvalifikationer internt på Landssygehuset. De ændrede ydre krav til Landssygehuset har stillet ændrede krav til varetagelsen af ledelsesopgaverne og især øget kravene til ledelsens omstillingsparathed, analytiske færdigheder og gennemslagskraft.

Her peger vor analyse på, at det overvejende er direktionen (direktøren og vicedirektøren) som besidder den fornødne strategiske ledelseskapacitet og vilje til at gennemføre de nødvendige omstillingsinitiativer på Landssygehuset. Det er således vor vurdering, at Landssygehuset ikke ville kunne sikres en tilstrækkelig professionel ledelse, hvis ikke direktionen havde valgt at indgå i den interne ledelsesproces.

Imidlertid har direktionens involvering i Landssygehuset også haft en række negative konsekvenser. For mellemledere og medarbejdere har det været uklart, hvem der varetog hvilke rollen i ledelsessystemet. Der er således blevet brugt megen tid og energi på at diskutere og analysere de uformelle ledelsesroller i den overordnede ledelse af Landssygehuset.

Det har stået klart for de fleste, at ledelsesprocessen ikke følger den formelle struktur, og at der har været interne konflikter i ledelsessystemet. Blandt andet har der været fokus på, hvorvidt forstanderinden og inspektøren har været bundet af de beslutninger, som er blevet truffet på "onsdagsmødet", og hvorledes de har valgt at fortolke disse beslutninger og beskrive deres eget engagement og involvering omkring de trufne beslutninger. Mange af de adspurgte opfatter, at det primært er direktøren og vicedirektøren som er de egentlige ansvarlige beslutningstagere, mens resten af deltagerne primært er budbringere. Der er således forskellige syn på, om fx. inspektøren og forstanderinden er ansvarlige for de trufne beslutninger på onsdagsmøderne. Onsdagsmødets deltagerkreds omfatter: direktør, vicedirektør, inspektør, ledende overlæger (med., kir., og psyk.), forstanderinden og lægerådsformanden.

I forhold til samarbejdsudvalget har det endvidere været påpeget fra medarbejderside, at det skaber "mudder", at direktøren sidder som formand for det lokale SU på Landssygehuset. Fra medarbejderside har der været stillet spørgsmålstegn

ved det hensigtsmæssige i, at direktøren for det samlede sygehusvæsen sidder for bordenden i det lokale SU.

Det er herudover vor vurdering, at direktionens involvering i Landssygehuset betyder, at den reelt bliver ansvarlig for beslutninger og hændelsesforløb, som gør, at de ikke længere kan betragte de interne forhold på Landssygehuset "udefra".

Den situation, at en overordnet ledelse vælger - eller føler sig nødsaget til - at læne sig ind over ledelsessystemet og varetager opgaver, som i realiteten hører underliggende ledelseslag til, ender erfaringsmæssigt ofte i en selvforstærkende proces, hvor den overordnede ledelse gradvist involveres mere og mere i lokale beslutninger. Det er vor vurdering, at dette også gør sig gældende for direktionens involvering på Landssygehuset. I realiteten er det ikke bare involvering i ledelsesprocessen på sygehusniveau, der er tale om, men en dyb involvering stedvist i afdelingerne på Landssygehuset (fx operationsgangen, rengøringsafdelingen mm.).

Sammenblandingen af de strategiske og taktiske/operationelle ledelsesopgaver kan skabe problemer, når der i ledelsesprocessen er behov for, at nogle udefra har overblik over de lokale problemer. Endvidere vil en kraftig involvering i lokale forhold ofte medføre, at der sker en udhuling af ledelsesopgaverne på det taktiske og operationelle niveau. Vi kan se disse symptomer såvel på sygehusniveau som på afdelingsniveau på Landssygehuset.

Direktionens tætte involvering i Landssygehuset kan i sidste instans afstedkomme, at det gradvist bliver mere og mere legitimt at skyde problemer op til stillingtagen i den overordnede ledelse. Samtidig med at man får mulighed for lokalt at gøre direktionen til prygelknabe for alle kritiske forhold på Landssygehuset. Det er vor vurdering, at ledelsessystemet på Landssygehuset ofte undlader at træffe de nødvendige ledelsesmæssige beslutninger, hvorefter de primært bliver direktionen, som bliver de synlige ledelsesaktører. Eksempler herpå er en række af de gennemførte besparelser vedrørende både rengøring og håndværområdet. Her peger vore interviewinformationer entydigt på, at det fortolkes at være direktionen, som står for kritiske/kritisable beslutninger, som, træffes på onsdagsmøderne.

Mellemlederne og medarbejderne på sygehuset oplever således, at deres ledelsesrepræsentanter (inspektøren og forstanderinden og tildels de ledende overlæger)

står relativt svagt i beslutningsprocessen, hvilket er ensbetydende med et tab af indflydelse og påvirkningsmuligheder over for trufne beslutninger. Derfor er ord som diktatorisk og manipulerende gået igen i mange interview, når oplevelsen af direktionens ledelsesstil er blevet beskrevet.

Samlet set er det vor vurdering, at direktionens involvering internt i Landssygehuset et udtryk for, at det interne ledelsessystem på Landssygehuset ikke har fungeret. Der har været for langt fra top til bund, ledelsesopgaverne er ikke blevet løst, og det har skortet på de fornødne kvalifikationer og færdigheder i forhold til at sikre en forsvarlig varetagelse af ledelsesopgaverne.

Det er endvidere vor vurdering, at der fremadrettet er behov for en fladere ledelsesstruktur, som i højere grad tilgodeser de eksisterende behov og forudsætninger for en professionel varetagelse af ledelsesopgaverne. I en situation, hvor det må forudsættes, at der også fremadrettet er behov for stram styring og gennemførelse af væsentlige omstillingsaktiviteter.

Ledelsesstrukturen på Landssygehuset trænger til afklaring og synliggørelse, således at det bliver klart for både mellemledere og medarbejdere, hvordan referencelinjerne er, og hvem der har kompetence til og ansvar for at træffe beslutninger inden for forskellige områder.

Endvidere er det vigtigt, at der fremadrettet i ledelsesprocessen leves op til de formelle spilleregler, således at der bliver overensstemmelse mellem den formelle og uformelle organisation.

Uhensigtsmæssig kommunikationsstruktur

Den uklare ledelsesstruktur må ses i sammenhæng med et andet problem i Landssygehusets interne organisation. Landssygehusets kommunikationsstruktur er diffus og uklar. Medarbejderne og mellemlederne (primært afdelingssygeplejerskerne) oplever et informationsvakum. Man oplever ikke, at man får tilstrækkelig indsigt i de overvejelser, den overordnede ledelse gør sig i forbindelse med de initiativer, som iværksættes.

Fx oplever afdelingssygeplejerskerne og mellemlederne, at de får for lidt at vide om, hvad der er foregået på onsdagsmøderne. Det skriftlige referat er kortfattet og har karakter af et beslutningsreferat. Men der savnes et helhedsperspektiv og konkrete fortolkninger af de beslutninger, som ledelsen træffer. Her opleves det,

at forstanderinden, inspektøren og de driftsansvarlige overlæger ikke formår at bibringe en tilstrækkelig erkendelse af forudsætninger, indhold og konsekvenser af de trufne ledelsesbeslutninger.

Konsekvenserne heraf er bl.a., at afdelingssygeplejerskerne og overlægerne samt andre aktører ikke i tilstrækkelig grad føler en ansvarlighed over for de trufne beslutninger. Onsdagsmøderne bliver en fjern og uvedkommende ceremoni.

Enkelte medarbejdere har endvidere i interviewene tilkendegivet, at de oplever, at de får forskellige svar, når de henvender sig til fx inspektør og forstanderinde vedrørende hvad, der er foregået på ledelsesmøderne. De modstridende svar skærper opfattelsen af en ledergruppe i splid med sig selv, og en ledergruppe som ikke altid er ærlig og åben omkring de forhold, som diskuteres og træffes beslutninger om.

Kommunikationsproblemerne på Landssygehuset vedrører både det vertikale og horisontale plan. Det fremgår således af den fremsendte skriftlige information fra arbejdsgrupperne, at kommunikationen mellem fx. sengeafsnit og operationsgang, mellem faggrupper m.m. ikke har et tilstrækkeligt struktureret præg. Manglende disciplin og stedvis anarki præger den interne kommunikation. Fx er journalerne ofte ufuldstændige, når patienten skal behandles, der opstår "hovsa-situationer" omkring visiterede patienter etc. Der er på Landssygehuset forskellige opfattelser af, hvor omfattende problemet med journalerne er. Det er dog vigtigt at understrege, at problemerne efter vor opfattelse ikke bør neglegeres.

Den traditionelle søjlestruktur

Landssygehusets organisationsstruktur afspejler den traditionelle søjlestruktur, som også er/har været karakteristisk for danske sygehuse. Opgavevaretagelsen er delt op i tre hovedsøjler: læge, sygepleje og administration (service/drift). Disse tre søjler er det bærende princip for organisering fra top til bund i systemet. Søjlerne indebærer en faglig betinget opdeling af ansvaret for opgavevaretagelsen. Søjlestrukturen fremmer dermed faglig identifikation og intern koordinering i den enkelte fagsøjle.

Omvendt medfører søjlestrukturen ofte en manglende koordinering af opgavevaretagelsen på tværs af søjlerne. En række af de latente og manifeste konflikter, som præger de interne forhold på Landssygehuset skal ses i sammenhæng med

den traditionelle søjlestruktur. Vi vil nærmere behandle disse problemer i efterfølgende afsnit (kulturafsnittet samt afsnittet om operationsgangen).

Diffus ledelsesstruktur i lægesøjlen

Den lægelige søjle fremstår alt i alt som mindre hierarkisk end den administrative og sygeplejefaglige søjle. Man har med den eksisterende ledelsesstruktur valgt at lade overlægerne være sideordnede og lade en blandt disse vælge (indstille) blandt overlægerne inden for afdelingen til ledende overlæge. I forhold til det daglige arbejde er det i praksis den enkelte overlæge, som har det faglige ansvar, såvel diagnostisk og behandlingsmæssigt. De ledende overlæger synes i al væsentlighed ikke at have særlig stor betydning for afdelingernes faglige og kvalitetsmæssige standarder i den lægelige behandling. De er primært traditionelle administrative opgaver (vagt, økonomi, lønadministration) og mødeaktivitet, som er kernefunktionerne i den ledende overlæges varetagelse af ledelsesfunktionerne. De faglige standarder og kvalitetsnormer er den enkelte overlæge garant for på det individuelle plan. De ledende overlæger varetager kun i ringe omfang opgaver vedrørende faglige standarder, faglig koordinering og kvalitetssikring.

Det er efter vor vurdering et stort problem, at de ledende overlæger ikke har en stærkere ledelsesmæssig profil og ikke honoreres for at varetage ledelsesopgaverne som ledende overlæge. Som ledende overlæge bliver man så at sige valgt til opgaven i dialog med sine kolleger og den overordnede ledelse. Der eksisterer ikke egentlige stillingsbeskrivelser for de ledende overlæger. Den enkelte ledende overlæge vælger selv sin profil.

Der er en lang tradition for, at ledelsesopgaver fra læge side anskues som et nødvendigt onde. Det er opgaver, som man påtager sig, når det et ens tur. Den stærke faglige orientering medfører et incitament til at fralægge sig ledelsesopgaverne, når ledelsessituationen bliver for vanskelig og tidskrævende.

Skævheder i den formelle ledelsesstruktur

Samlet set kan der iagttages en række skævheder i den formelle ledelsesstruktur på Landssygehuset. Vi vil neden for nærmere gennemgå en række af disse eksempler.

1.
På det kliniske område er Landssygehuset opbygget i tre afdelinger: kirurgi, medicin og psykiatri. Internt i disse afdelinger er plejens organisering forskellig. På psykiatrisk afdeling indgår der en oversygeplejerske i normeringen, men der ikke er oversygeplejerske på det kirurgiske og medicinske område. Umiddelbart virker disse strukturforskelle ikke helt logiske, idet kirurgisk og medicinsk afdeling for begges vedkommende er større end psykiatrisk afdeling. Oversygeplejerskestillingen på psykiatrisk afdeling er tilsyneladende et historisk levn fra tiden som statshospital.

2.
Det kan konstateres, at ansvar og kompetence ikke følges ad i ledelsessystemet. Fx har forstanderinden ansvaret for sygeplejen og Landssygehusets plejepersonale. Forstanderinden har dog ikke kompetence til at ansætte plejepersonalet. Denne kompetence ligger hos inspektøren og direktionen. Sagsgangen kan illustreres som det fremgår nedenfor.

En stilling bliver ledig på en afdeling. Forstanderinden meddeler inspektøren, at en sygeplejerske fratræder sin stilling. Inspektøren anmodes om at sende en ansøgning om tilladelse til at annoncere efter nyt personale til forstanderinden. Denne ansøgning skal tilgå sygehusdirektøren og lagmanden. Lagmanden svarer via sygehusdirektøren til inspektøren, hvorefter der i bekræftende fald kan annonceres efter en ny sygeplejerske. Proceduren blev indført i 1990.

Indkomne ansøgninger skal sendes til inspektøren, der efter at ansøgningsfristen er udløbet sender ansøgningerne til forstanderinden. Forstanderinden behandler ansøgningerne sammen med den respektive afdelingssygeplejerske og tillidsmand og indstiller herefter til ansættelse. Indstilling sendes til inspektøren, der meddeler ansøger ansættelse. Det er vor opfattelse, at ovennævnte sagsgang er unødig lang, og et blandt flere eksempler på at ansvar og kompetence ikke følges ad.

Et andet eksempel på skævheder i ansvars- og kompetencefordeling er udnævnelsen af en "driftsleder" på operationsgangen. Efter at der har eksisteret en række problemer på operationsgangen og efter udnævnelse af en "driftsleder" oplever plejen, at ansvars- og kompetenceområdet hos pågældende afdelingssygeplejerske er blevet svækket i praksis. Der mangler i særdeleshed en præcisering af det ledelsesmæssige ansvar i forhold til den hidtil gældende ansvarsfordeling. I

praksis kan man se, at problemerne vedrørende produktionsplanlægning har afstedkommet, at den driftsansvarlige læge delvis har varetaget vagtplanlægningen på plejeområdet mens det økonomiske ansvar for plejeforbruget stadig påhviler afdelingssygeplejersken.

3.
Den nuværende konstituerede inspektør har været konstitueret i over et år. Internt har dette afstedkommet forskellige fortolkninger, og der er opstået usikkerhed omkring, hvorvidt der er påtænkt ændringer af den overordnede ledelsesstruktur. På trods af de mange forskellige fortolkninger er det dog forholdsvist entydigt opfattelsen, at den langstrakte konstituering har undermineret inspektørens mulighed for at opnå gennemslagskraft i ledelsessystemet.

4.
Den formelle organisationsstruktur for plejen viser en opdeling i afdelinger: psykiatrisk, kirurgisk og medicinsk afdeling. Organisationsdiagrammet indikerer, at plejen er delt op i større blokke, men i praksis fungerer det anderledes. Afdelingerne er brudt op i mindre budgetenheder, som er meget små, fx D1, D2, D3, dagafsnit mm. for psykiatrisk afdeling. Og B4, B6, B7, B8, E3 for medicinsk afdeling.

De mange små enheder har medvirket til at skabe lokalt overblik over økonomien, men det har samtidig medvirket til at mindske fleksibiliteten og ansvarsfølelsen på tværs af enheder. Man føler typisk primært ansvar for egen enhed og ikke hele afdelingen, hvis der opstår problemer og flaskehalse i produktionssystemet.

Medicinsk afdeling og kirurgisk afdeling ledes af henholdsvis fem og syv afdelingssygeplejersker på det plejemæssige område. Koordineringen af plejen på tværs af afdelingen afhænger af afdelingssygeplejerskernes indbyrdes samarbejde og samarbejde med forstanderinden og viceforstanderinden.

Uklar ledelseskompetence

For de fleste af de interviewede fremstår ledelseskompetencen som et resultat af et kompliceret magtspil snarere end som en velovervejet placering af ledelsesopgaverne. Direktionen opfattes ret entydigt som de centrale lederskikkelser. Man oplever, at det primært er direktionen, som tager initiativ til nye tiltag.

Den konstituerede inspektør står decideret svagt i ledelsesbilledet og er i realiteten reduceret til en slags driftschef. Forstanderinden, inspektøren og de ledende overlæger opleves primært at have en reaktiv rolle i den overordnede ledelsesproces. De prger ikke selvstændigt den overordnede ledelsesproces.

Det er imidlertid blevet fremført, at netop initiativer i forhold til at påvirke den overordnede ledelsesproces vanskueliggøres af den oplevede manglende åbenhed omkring onsdagsmøderne.

Direktør og vicedirektøren personificerer alle de ubehagelige beslutninger, som træffes i ledelsessystemet. Det er således primært direktionen, som kritikken rettes mod vedr. gennemførte besparelser, omlægninger, problemer mm. De øvrige aktører i onsdagsmøderne betragtes som vandbærere af de beslutninger, som tages.

Et centralt spørgsmål er, hvorledes medarbejderne på Landssygehuset er blevet bibragt denne forståelse? Det kan ikke undgås, at forstanderindens, inspektørens og overlægernes formidling fra onsdagsmøderne må indgå i en besvarelse af spørgsmålet. Det er vor vurdering, at den overvejende negative fortolkning af de overordnede ledelsesinitiativer hænger sammen med den måde, som beslutningerne formidles bredt ud i Landssygehusets organisation. Det skal nævnes, at der pt. ikke udsendes en dagsorden inden onsdagsmødet.

Det er vor vurdering, at kommunikationsstrukturen er særdeles uklar.
Hvem er ansvarlig for at udarbejde en dagsorden til onsdagsmødet, og sikre at denne er udsendt på forhånd? Hvem er ansvarlig for at formidle beslutningerne fra onsdagsmøderne. Er det den ledende overlæge på afdelingen? Er det forstanderinden eller afdelingssygeplejerskerne på vegne af forstanderinden, er det overlægerådets formand, eller er det direktionen?

Vi har kunnet konstatere, at formidlingen af budskaberne fra onsdagsmøderne dels foregår forskelligt (den skriftlige og mundtlige redegørelses betydning), dels vægtes forskelligt, idet der i nogle afdelinger gøres betydelig mere ud af referat fra ledelsesmøderne, end der gøres i andre afdelinger. I nogle afdelinger holdes der møde på tværs af læge- og plejesøjlen, i andre afdelinger sker dette ikke.

Den uklare ansvarsplacering af opgaverne vedrørende informationsformidling fra ledelsesmøderne medvirker til at underminere de overordnede ledelsesinitia-

tiver, skabe rygter og myter og påvirke arbejdsmiljøet negativt på Landssygehuset.

I reglementet for det færøske sygehusvæsen er henholdsvis sygehusdirektørens, inspektørens, lægevirksomhedens og sygeplejens opgavevaretagelse på Landssygehuset beskrevet. Reglementet beskriver imidlertid ikke vicedirektørens opgavevaretagelse. Det er vor opfattelse, at der grundlæggende er behov for at præcisere såvel direktørens som vicedirektørens opgavevaretagelse.

I reglementet er formuleringerne vedrørende sygehusdirektørens opgavevaretagelse særdeles vage. I paragraf 7 fremgår det, at sygehusdirektøren skal være sygehusbestyrelserne behjælpelig i ledelsen af sygehusvæsenet, og paragraffen indikerer klart, at det er sygehusbestyrelserne, som har den overordnede ledelsesfunktion i forhold til sygehusene. Dog fremgår det af stykke 2, at sygehusdirektøren over for sygehusbestyrelsen er ansvarlig for den daglige administration af sygehusvæsenet efter et program, som bestyrelsen afgør og ellers ifølge den af landsstyret godkendte stillingsbeskrivelsen for direktøren. Paragraffen viser den dobbelte relation som direktøren hidtil har haft til hhv. landsstyret og sygehusbestyrelsen. Denne struktur er imidlertid historie i konsekvens af, sygehusbestyrelserne nedlægges pr. 31. juli 1996.

Denne ændring gør dog ikke det fremadrettede behov for en præcisering af sygehusdirektørens og vicedirektørens opgaver mindre.

Organisations- og ledelsesstrukturen placerer ikke et naturligt ansvar for mål, resultater og kvalitet

Det er vor opfattelse, at den eksisterende søjlestruktur for Landssygehuset ikke placerer et naturligt ansvar for mål, resultater og kvalitet i arbejdet på afdelingsniveau. De vandtætte skodder mellem de lægelige og sygeplejemæssige aktiviteter underminerer en egentlig helhedsorientering i arbejdet .

De udviklingsinitiativer, som iværksættes på Landssygehuset, tager mange gange afsæt i enten plejen eller den lægelige søjle, dog uden at modparten involveres og informeres om de initiativer, som forgår. Fx har plejen arbejdet med målsætning og kvalitet i opgavevaretagelsen, uden at der er sket en involvering og integrering i forhold til de lægelige opgaver. På visse områder har der dog på initiativ af sygeplejen været en vis integrering (fx. astma, diabetes).

Tilsvarende er der eksempler på, at der fra læge side er taget initiativ til udvikling af behandlingsmetoder, hvor sygeplejerskerne står måbende, når lægerne vil have implementeret en beslutning om nye behandlingsmetoder, og de ikke er blevet involveret i arbejdet og processen med udvikling af behandlingsformerne og de konsekvenser, dette måtte få for sygepleje og patientforløb. Det gælder fx inden for kirurgisk afdeling.

Den eksisterende organisationsstruktur virker hindrende for et helhedssyn på patientforløb, og behandlings- og patientsystemet kommer til at mangle kundeorientering. Hvem tager ansvaret for at tænke i patientens baner? Der mangler kort og godt en fælles ansvarsfølelse og i særdeleshed en fælles ansvarsvaretagelse på tværs af de forskellige faggrupper på Landssygehuset.

Sygehusdirektoratet

Det er vor opfattelse, at den administrative struktur i det færøske sygehusvæsen grundlæggende er uhensigtsmæssig. Støttefunktionerne for sygehusdirektøren og vicedirektør omfatter alt i alt 2 sekretærer, hvor af den ene arbejder på halv tid, og en controller/intern revisor. Denne bemanding skal ses i lyset af, at sygehusdirektørens arbejdsopgaver omfatter administrativ ledelse af de tre sygehuse, sygeplejeskolen, arbejdsmedicinsk klinik, Hotel Tórshavn i København og administration vedr. patienter som behandles på udenlandske hospitaler (primært Rigshospitalet).

De mangeartede opgaver og den begrænsede bemanding af sygehusdirektoratet medfører, at sygehusdirektøren i stor udstrækning selv varetager sagsbehandlende opgaver. Fuldtidssekretæren har, foruden normale sekretariatsopgaver, administration af forholdet til Rigshospitalet, dvs. administration af kautionsbegæringer samt bogholderiet af forbruget til Rigshospitalet. Halvdagssekretæren varetager inddatering af landspatientregistret plus forskellige ad hoc opgaver.

I august 1993 blev der oprettet en stilling som controller/intern revision ved det færøske sygehusvæsen med foreløbig tjeneste ved Landssygehuset. Stillingen vedr. intern revision/controlling har medvirket til skabelsen af en styringsmæssig infrastruktur i overensstemmelse med den decentralisering af budgetansvaret, som blev besluttet i 1992. Opgaverne har omfattet budgetkontrol, rådgivning og vejledning og intern revision.

Udover det begrænsede støttesystem, som direktionen har til sin rådighed, findes der en lokal administration såvel på Landssygehuset i Tórshavn som på de to øvrige lokalsygehuse i Klaksvig og Suderø. Der er imidlertid vor opfattelse, at opgavesnitfladen mellem støttestaben for direktionen og administrationen på sygehusene er uklar og uhensigtsmæssig. Det gælder bl.a. på det økonomiske område.

Det er således vor opfattelse, at der bør foregå en reorganisering af administrationen, som afspejler kravene til en tidssvarende sygehusadministration, og en effektiv styring af et stort og komplekst sygehusvæsen. Der er behov for at redefinere området strukturelt, kvalifikationsmæssigt og opgavemæssigt. Endvidere er der allerede iværksat teknologiske udviklingsinitiativer med henblik på at styrke styresystemerne (nyt økonomisystem, etablering af et fælles lønsystem mm.).

Det er vor opfattelse, at den utilstrækkelige administrative opbakning til direktøren/direktionen har fastholdt direktøren/direktionen i en række rutineprægede opgaver, som kan varetages i en kvalificeret støttestab. For at sikre en forsvarlig varetagelse af de strategiske udviklingsopgaver skal sygehusdirektøren/direktionen kunne koncentrere sig om disse opgaver, uden at daglige driftsopgaver og grundlæggende sagsbehandling skal fylde dagligdagen.

Det er vores vurdering, at en for stor del af den overordnede ledelses ressourcer anvendes til taktiske og operationelle ledelsesopgaver. Dette sker på bekostning af strategiske ledelsesopgaver vedrørende udvikling af mål og rammer for sygehusvæsenet.

Vedrørende de økonomiadministrative opgaver skal det nævnes, at der er oprettet en økonomichefstilling på Landssygehuset som en ny konstruktion.

Landssygehusets samarbejde med de lokale sygehuse på Færøerne

Det er vor opfattelse, at samarbejdet mellem Landssygehuset og Klaksvig sygehus og Suderø sygehus kan udbygges betydeligt. Inden for det sidste års tid har der været et regulært samarbejde mellem sygehusene, fx på det ortopædkirurgiske område, og der er planer om et nærmere samarbejde inden for såvel ortopædkirurgien som almen kirurgi.

På mange områder synes det dog som om, der er vandtætte skodder mellem sygehusene, og der kunne høstes mange positive erfaringer ved et mere indgående samarbejde. Et samarbejde kunne bl.a. føre til yderligere specialisering af flere af sygehusets funktioner, inddragelse af overlægerne i funktioner på Landssygehuset, fælles faglig- og ledelsesmæssig udvikling, fælles udvikling af administrative systemer, styresystemer mm.

4. Kulturelle forhold

En organisationskultur består af dels en række synlige aspekter, dels en række usynlige eller skjulte aspekter. Til de synlige aspekter hører fx. lokalernes indretning og placering, medarbejdernes påklædning, omgangstonen etc. Til de usynlige aspekter hører holdninger, værdier, følelser og normer. De usynlige kulturaspekter har som hoved regelmeget stor betydning for organisationens virkemåde i det daglige. De synlige dele af organisationskulturen fungerer billedligt talt som et filter i gennem hvilket arbejdspladsens ledere og medarbejdere oplever såvel den interne organisation som organisationens omgivelser.

Faggrupper genererer subkulturer

Det er åbenlyst, at der eksisterer faggruppeorienterede subkulturer på Landssygehuset. Den enkelte faggruppe betragter verden fra sit ståsted, hvilket i et vist omfang påvirker udsynet i forhold til problemoplevelse og umiddelbare handlemuligheder.

Vi har således iagttaget, at lægerne (også i ledende funktioner) kun i begrænset omfang har overblik over problemerne i patientforløb på tværs af afdelinger og på tværs af de forskellige faggrupper. Lægernes fokus er rettet mod de opgaver, som de løser, dvs. patientbehandling. I sygeplejen er man i langt højere grad orienteret mod varetagelsen af de plejemæssige opgaver samt en række administrative opgaver i forhold til den daglige drift og kontakt med pårørende mm.

Den lægelige og plejemæssige subkultur har således hver sin placering i forhold til varetagelsen af de daglige og mere langsigtede arbejdsopgaver. De skulle kunne sikre, at arbejdet rent faktisk udføres og koordineres til en helhed. Imidlertid er der i enhver organisation en latent fare for, at subkulturer kan skabe en række problemer i form af gensidige fjendebilleder, der fører til åbenlyse og destruktive konflikter mellem de forskellige faglige ståsteder. Denne bagside ved de faglige subkulturer præger i høj grad de interne relationer på Landssygehuset. De forskellige subkulturer modarbejder hinanden og medvirker til at skabe gensidige fjendebilleder af den anden faggruppe.

Det er vor vurdering, at det er kendetegnende for den lægelige subkultur, at den ikke i tilstrækkeligt omfang er i stand til at fortolke relevante ændringsimpulser i

forhold til den lægelige behandling. Den lægelige subkultur præges til en vis grad af selvtilstrækkelighed og en ophøjet holdning til de lægefaglige opgaver, som andre faggrupper ikke har noget grundlag for at have en mening om.

Her over for præges den plejefaglige kultur også af en række negative symptomer, bl.a. en stedvis resignation og ligegyldighed over for problemer, som man har erfaret, der ikke gøres noget ved. Det er afgørende, at der fremadrettet gøres noget for at udnytte det positive potentiale, som de forskellige subkulturer udgør, hvis de bringes i en konstruktiv dialog. Dette stiller ændrede krav til såvel de menige medarbejdere som det ledende personale inden for såvel læge- som sygeplejegruppen.

Et af de problemer, som de to centrale subkulturer skaber er, at der ikke skabes fælles værdier om, hvad der forstås ved "god ledelse". Såvel vedrørende de ledelsesopgaver, som er udadrettede i forhold til patienter, pårørende, politikere mm., og indadrettet i forhold til medarbejdere, kvalitetssikring i opgavevaretagelsen, styring mm., er der en vidt forskellig opfattelse af, hvad ledelse vil sige.

Ligeledes kan der konstateres en række forskelle vedrørende det generelle syn på opgavevaretagelsen. Lægerne har et langt mere instrumentelt forhold til opgavevaretagelsen, og at man ud fra den filosofi sagtens kan banke besværlige og oprørske medarbejdere, patienter og pårørende på plads, når der er behov for det. Sygeplejen præges af et andet menneskesyn og andre antagelser omkring, hvordan en professionel ledelse løser problemer.

Det er vor vurdering, at en gensidig dialog og afklaring af fælles ledelsesværdier kunne medvirke til at udvikle Landssygehusets varetagelse af de samlede ledelsesfunktioner og sikre et bedre internt fodslag i det samlede ledelsessystem.

I realiteten er det i dag op til den enkelte leder i systemet, selvfølgelig præget af den faggruppe man tilhører, at finde sin egen ledelsesstil, repræsenteret af de værdier man enten bevidst eller ubevidst forbinder med varetagelsen af ledelsesfunktioner.

Syn på kvalifikationer, motivation og trivsel

Vore analyser peget på, at der generelt er uenighed vedrørende Landssygehusets kvalifikationer, arbejdsmetoder og standarder inden for det lægelige område. En række af de interviewede læger har peget på, at sygehuset generelt set har velkva-

lificerede overlæger i stort set alle specialer, og at rekrutteringsgrundlaget har været usædvanlig godt for et sygehus af Landssygehusets størrelse. Andre læger har dog påpeget, at der er en række problemer i sygehusets lægestab.

Det påpeges af såvel læger som sygeplejersker, at der inden for en række specialer er uenighed internt i lægegruppen om diagnostisk og behandling af patienter. Uenigheden baserer sig bl.a. på hvilken teknologi og hvilke arbejdsmetoder, der tages i brug i patientbehandlingen.

Vor interviewinformationer peget på, at der inden for visse specialer er tale om et meget dårligt samarbejde mellem lægerne. Fx viser vore interviewinformationer, at der sker en opdeling af patienterne mellem overlægerne på grund af uenighed om arbejdsmetoder og standarder i den lægelige behandling. Den dårlige kommunikation mellem visse læger stiller øgede krav til plejens vilkår og muligheder for at koordinere patientforløb. En opdeling i "dine" og "mine" patienter i den lægelige behandling, giver selv sagt ikke de mest optimale muligheder for at få plejen til at fungere på tværs af døgnet og ugedagene.

Samlet set peger vore interviewinformationer på, at standarderne i den lægelige behandling betragtes som et personligt anliggende for den enkelte overlæge. Der er ikke udviklet standardiserede arbejdsmetoder og krav til output af patientbehandling. Visse af vore interviewinformationer viser, at nogle overlæger direkte er modstandere af, at man overvejer at måle effekten af patientbehandling og drøftelse af fælles standarder for afdelingens lægelige behandling.

Mange af de interviewede inden for plejegruppen har påpeget, at de synes samarbejdet mellem lægesøjlen og plejesøjlen fungerer for dårligt på Landssygehuset. Mange af de interviewede inden for plejen har påpeget, at en række af overlægerne har en særlig omgangstone i forhold til plejen, som vidner om manglende respekt og misbilligelse af dialog omkring den daglige opgavevaretagelse.

Vore interviewinformationer peger desuden på, at mange af overlægerne foretrækker en sygeplejerske, som ikke stiller for mange spørgsmålstegn ved det, overlægen gør, og som ikke stiller kritiske spørgsmål til patientbehandlingen med udgangspunkt i erfaringer fra andre sygehuse. Tilsyneladende opfatter en række overlæger dialog om den daglige opgavevaretagelse som utidig indblanding fra sygeplejerskernes side. En sådan holdning er efter vor opfattelse medvirkende til at fastholde og konservere en søjleopdelt varetagelse af opgaverne uden

den konstruktive dialog, som et tværfagligt samarbejde mellem lægegruppen og plejen kunne føre til.

Vore interviewinformationer viser generelt, at det er lægegruppen som har det mest "rosenrøde" indtryk af kvalitet i patientbehandlingen og plejen. Mange læger og sygeplejersker har kunnet påpege væsentlige problemer i den daglige produktionsplanlægning, i patientforløb og i samarbejdet mellem de forskellige faggrupper på Landssygehuset. Der er tale om problemer, som indeholder såvel etiske som faglige og ledelsesmæssige aspekter. Mange af de adspurgte har påpeget, at det virker demotiverende, at problemerne ikke kan løses i dagligdagen på grund af et utilstrækkeligt og uhensigtsmæssigt samarbejde mellem læger og sygeplejersker og andre faggrupper.

En række af de adspurgte har påpeget, at de generelt er glade for at arbejde på sygehuset. De oplever dog samtidig, at oplevede problemer vedrørende patientbehandling, pleje mm. er meget vanskelige at få behandlet i det eksisterende ledelsessystem.

Mange adspurgte har direkte påpeget, at de finder deltagelse i møder direkte som spildtid, og at formulerede problemer ikke kanaliseres ind i ledelsessystemet til seriøs drøftelse. Der synes ikke at være den store forståelse for de problemer, som personalet på gulvet oplever i daglig dagen. Der peges i samme forbindelse på, at dagsordenspunkterne fra onsdagsmøderne forekommer uvedkommende og fjerne i forhold til de daglige problemer, som personalet på gulvet tumler med.

Inden for plejegruppen har det været påpeget, at også det interne samarbejde i ledelsessystemet i plejegruppen fungerer uhensigtsmæssigt. Det er som om plejen selv har opgivet at få indflydelse på ledelsesprocessen på sygehusniveau.

Disse oplevelser af, hvordan ledelsessystemet fungerer, forstærker en tilstand præget af resignation og ligegyldighed over for oplevede problemer i det daglige arbejde. Problemerne er mest markante inden for det kirurgiske område, hvor der også kan konstateres manifeste konflikter mellem læger og plejepersonalet. Men problemet er generelt på Landssygehuset, og konflikter er latente og lurer under overfladen i mange af sygehusets kliniske enheder.

5. Samarbejdsproblemerne på operationsgangen

Samlet set er det vor vurdering, at problemerne på operationsgangen er en flerhovedet størrelse, som det er nødvendigt at have flere analytiske indfaldsvinkler til.

Vi vil nedenfor præsentere fire hovedindfaldsvinkler til problemerne: Strukturelle forhold, kulturelle forhold, ressourcesituationen og lederadfærd.

Strukturelle forhold

Som det blev beskrevet i afsnit 2. Strukturelle forhold, medfører søjlestrukturen en opdeling af det faglige og administrative opgaver på sygehuset. Søjlestrukturen bevirker, at ledelsesansvaret i forhold til den daglige opgavevaretagelse ikke bliver entydig. Løsningen af problemer i den daglige opgavevaretagelse forudsætter således samarbejde mellem de forskellige søjler. Disse forudsætninger har ikke været til stede.

Der har i den verserende konflikt været brugt megen energi på at fortolke søjlestrukturens konsekvenser for arbejdsdelingen i det daglige. En del af konflikten vedrører således stridigheder om hvilken kompetence hhv. lægen, som ansvarlig for behandling, og afdelingssygeplejersken, som ansvarlig for plejen, har. Uenighederne har især drejet sig om den daglige produktionsplanlægning, vagtplanlægning og ressourceudnyttelse i plejen.

Vedr. produktionsplanlægningen er operationsgangen bl.a. afhængig af samarbejdet med 2 sengeafsnit B5 (7-døgnsafsnit) og A3 (5-døgnsafsnit), som begge er aftagere af patienter fra operationsgangen. 5-døgnsafsnittet har kun mulighed for at tage patienter i ugens 4 første dage. Det betyder, at der ikke opereres efter et fuldt dagsprogram om fredagen, idet 7-døgnsafsnittet ikke har kapacitet til at tage opererede patienter fra to operationsstuer fredag og i weekenden.

Vedr. produktionsplanlægningen af operationerne har etableringen af 5-døgnsafsnittet medført et behov for at reallokere ressourcerne, således at der opereres med fuldt dagsprogram de 4 første ugedage, mens der om fredagen kun opereres på en stue (det halve af dagen). Filosofien har for driftslederen været, at have en høj bemanding i sygeplejen de første 4 dage, hvor der skal assisteres på 2 operationsstuer, mens der skulle drosles ned om fredagen. Det har herudover været et mål i sig selv, at øge ressourceudnyttelsen i begyndelsen af ugen på A3.

Fra plejeside har man ikke været uenige i det principielt rigtige i at tilpasse ressourcerne til de varierende behov hen over ugen. Imidlertid har forskellige syn på den faktiske belastning (antallet af planlagte, subakutte og akutte operationer) været en væsentlig del af konflikten på operationsgangen. I følge vore interviewinformationer og den skriftlige dokumentation for indgåede aftaler på operationsgangen var det en forudsætning for en reduktion af plejen om fredagen, at der ikke blev gennemført planlagte operationer (jf. bl.a. brev af 17/10 1994 skrevet af driftslederen). I følge vore oplysninger har det ikke været muligt at leve på til denne forudsætning. Det har haft som konsekvens for plejen, at man har været nødt til at indkalde ekstra personale om fredagen. Det har medført styringsmæssige problemer, idet plejeressourcerne har været brugt de fire første ugedage i konsekvens af den ønskede omprioritering. Samtidig hermed har man skulle afspadsere vagt og overarbejde i plejen.

Situationen har udviklet sig til en principiel strid om udnyttelsen af plejeressourcerne. Et af stridspunkterne har været, hvorvidt afdelingssygeplejersken kunne indgå fuldt og helt i vagtskemaet som operationssygeplejerske, eller om arbejdet som afdelingssygeplejerske indebærer, at en vis del af tiden vedrører ledelse og administration. Driftslederen har her tilkendegivet, at afdelingssygeplejersken ikke bør prioritere at gå til interne møder i sygeplejen, men istedet koncentrere sig om de assisterende sygeplejefunktioner på operationsgangen.

Et andet aspekt i konflikten vedrører manglende sammenhæng mellem ansvar og kompetence for opgavevaretagelsen. Afdelingssygeplejersken er økonomisk ansvarlig for anvendelse af personaleressourcerne og skal sikre, at personalebudgettet overholdes. Heroverfor er den driftsansvarlige overlæge ansvarlig for behandling og udstikkelse af retningslinier for hvilken pleje, behandlingen kræver. Det er ikke muligt entydigt på det eksisterende regelgrundlag at give hverken læge- eller plejesiden den entydige ret til at lede og fordele arbejdet herunder produktionsplanlægningen. Den søjlebetingede ansvars- og kompetencefordeling forudsætter som nævnt at parterne kan og vil samarbejde.

Den verserende konflikt har bl.a. medført, at samarbejdet omkring visitationen er blevet ændret, således at afdelingssygeplejersken og forstanderinden ikke længere deltager i visitationen. Visitationen varetages i dag alene af den driftsansvarlige og lægegruppen. Imidlertid er deltagelse i visitation en væsentlig forudsætning for at kunne gennemføre en effektiv vagtplanlægning, hvor der tages hensyn til hvilke kvalifikationer og erfaringer der er behov for i forhold til de forskellige behandlingsmæssige indgreb. Udefra betragtet er omlægningen af visitationsproceduren et udtryk for "rå magtkamp" snarere end en ledelsesmæssig beslutning baseret på en nuanceret faglig vurdering.

Der har endvidere været afprøvet en opdeling på operationsgangen i specialer, som dog ikke har virket efter hensigten.

Kulturelle forhold

På operationsgangen har de fagorienterede subkulturer udviklet sig til deciderede modkulturer. Læger og sygeplejerskerne har udviklet og vedligeholdt deciderede fjendebilleder af hinanden. De løbende konflikter mellem driftslederen og afdelingssygeplejersken har medvirket til at fastholde fjendebillederne. Fjendebillederne gør, at modparten (enten lægerne eller sygeplejerskerne) får skylden for de problemer, som man oplever i dagligdagen. Samarbejdsproblemerne er taget til i en sådan grad, at der over en længere periode har været tale om gensidige aggressioner, chikane og psykisk terror. Selvom konflikten med hensyn til intensitet har bølget op og ned, har de samlet set nået et grotesk niveau, hvor det kan være meget vanskeligt at se en vej ud af konflikten. Reelt præges stemningen af håbløshed, apati og resignation hvilket nødvendiggør, at konflikten løses hurtigt og med radikale midler.

Lederadfærd

Det er vor vurdering, at driftslederen og afdelingssygeplejerskens lederadfærd har haft stor betydning for den manglende konflikthåndtering. Det er vor vurdering, at den driftsansvarlige leders adfærd afspejler en holdning til sygeplejen, hvor man i højere grad betragter sygeplejen som "håndlangere" snarere end som en ligeværdig samarbejdspartner. Lederstilen har signaleret, at sygeplejerskerne arbejder for lægerne ikke sammen med lægerne. De ledende sygeplejersker (og sygeplejen i det hele taget) baserer sig på nogle andre antagelser om, hvordan læger og sygeplejersker skal arbejde sammen i dagligdagen. Konsekvensen er, at sygeplejerskerne oplever driftslederens stil som arrogant, autoritær, aggressiv og uforsonlig. Det er vor vurdering, at sygeplejerskerne (og herunder de skiftende afdelingssygeplejersker) ikke har reageret konstruktivt på de oplevede ledelsesproblemer på lægesiden. Afdelingssygeplejerskerne er sammen med den øvrige pleje blevet destruktive i deres adfærd overfor de oplevede problemer.

Resultatet af lederadfærden på operationsgangen har alt i alt været, at konflikterne er eskaleret, og samarbejdsklimaet kan bedst karakteriseres som aggressivt, chikanepræget og destruktivt.

Hverken på læge- eller plejeside har nogen tilsyneladende kunnet løfte sig op over det niveau, samarbejdet er forløbet på. Det kan dog konstateres, at en række

af overlægerne og sygeplejerskerne har valgt at holde sig udenfor for konflikten. Det er vor vurdering, at den driftsansvarlige ikke har været istand til at analysere konflikten nuanceret herunder i stand til at se sagen fra flere sider. Den driftsansvarlige reducerer i vidt omfang konflikten til et personproblem. På et tidspunkt gøres den konstituerede afdelingssygeplejerske til syndebuk, efterfølgende er det den anden afdelingssygeplejerske, som er skyld i problemerne.

Det skal nævnes, at der inden for de senere år er sket udskiftning på posten som driftsleder for operationsgangen.

Ressourcesituationen/arbejdstilrettelæggelsen

Som nævnt har en væsentlig del af konflikterne drejet sig om plejen som flaskehals i forhold til afviklingen af operationsprogrammet. Det kan dog konstateres, at dette problem ikke nærmere er søgt analyseret af de ansvarlige ledere. Man kunne således have prøvet at sammenligne operationsgangens produktivitet med sammenlignelige enheder. Istedet er energien blevet kanaliseret over i gensidige beskyldninger om fx at sygeplejerskerne er dovne og ikke ønsker at øge produktiviteten. Det vidner om manglende ledelsesmæssigt overblik, manglende analytisk tæft og manglende evne til at løse samarbejdsproblemer.

Det skal endvidere nævnes, at der i løbet af de sidste 2-3 år er oprettet flere kirurgiske specialer, hvilket har medført en øget efterspørgsel efter operationstid.

Det er vor vurdering, at den lokale ledelse af operationsgangen er foregået på et helt uacceptabelt og utilstrækkeligt grundlag. Det er således vor vurdering, at der fremadrettet skal ske en tilførsel af nye ledelsesmæssige ressourcer.

6. Anbefalinger

Vore anbefalinger, som præsenteres neden for, baserer sig på følgende forudsætninger:

* Direktionen for sygehusdirektoratet skal varetage den strategiske ledelse og overordnet tværgående koordinering af opgavevaretagelsen på tværs af Landssygehuset og de to lokalsygehuse.

* Det færøske sygehusvæsens struktur skal muliggøre tværgående samarbejdsrelationer internt i det færøske sygehusvæsen med henblik på optimal kvalitet og effektivitet i opgavevaretagelsen.

* Strukturovervejelserne vedrørende Landssygehuset kan ikke betragtes isoleret, men må ses i sammenhæng med det færøske sygehusvæsen som en helhed.

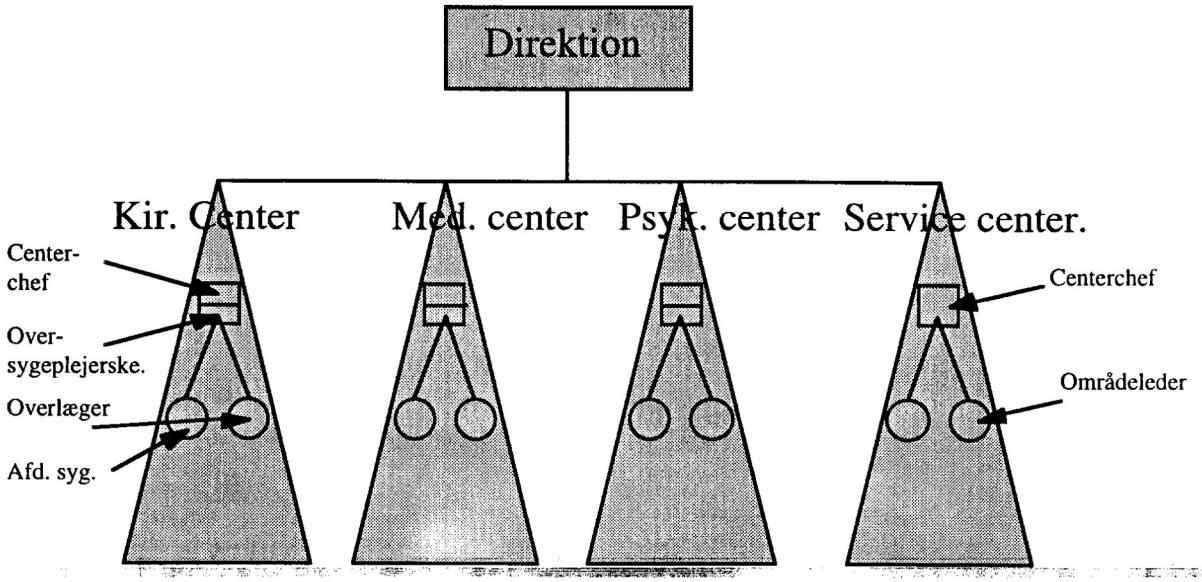
* Ledelses- og organisationsstrukturen skal sikre det færøske sygehusvæsens langsigtede udviklingsmuligheder, herunder at den fornødne kapacitet til at varetage fremtidige strategiske og styringsmæssige opgaver er til stede.

* Varetagelsen af de ledelsesmæssige opgaver skal ske inden for en tidssvarende ledelsesstruktur, hvor udøvelsen af personaleledelse sikrer, at den enkelte medarbejder vedbliver at være en attraktiv arbejdskraft enten for pågældende arbejdsplads eller andre arbejdspladser.

* Varetagelsen af de ledelsesmæssige opgaver skal ske inden for rammerne af effektivitetsfremmende strukturer. Valgte strukturløsninger skal afspejle de færøske sygehusvæsen som en moderne, attraktiv og effektiv arbejdsplads.

Ny ledelses- og organisationsstruktur

Vi anbefaler, at den nuværende organisations- og ledelsesstruktur for Landssygehuset erstattes med en centerstruktur. Vi har illustreret strukturen neden for.



Det fremgår, at sygehusvæsenet fortsat ledes af en sygehusdirektør og vicedirektør.

I tilknytning til direktionen etableres en fælles administration, som indeholder de støttefunktioner, som p.t. er tilknyttet sygehusdirektoratet. Endvidere anbefaler vi en centralisering af de administrative funktioner, som er placeret på Landssygehuset. Det omfatter funktionerne løn- og personaleadministration, økonomi og regnskab, indkøb samt patientstatistik og kvalitetssikring.

Under direktionen etableres fire centre.

1. Kirurgisk center
2. Medicinsk center
3. Psykiatrisk center
4. Servicecenter

De kliniske centre ledes af en lægefaglig centerchef, som har det samlede overordnede ansvar for centrets aktiviteter og økonomi. Centerledelsesfunktionen omfatter endvidere en oversygeplejerske med direkte reference til centerchefen. Oversygeplejersken tildeles ansvaret for sygeplejen og medvirker til i samarbejde med centerchefen at lede centrets samlede aktiviteter og økonomi. Service centret ledes af en økonom eller lignende.

I konsekvens af centerstrukturen nedlægges stillingerne som inspektør, forstanderinde og viceforstanderinde på Landssygehuset.

Det er vor opfattelse, at centerstrukturen vil fremme en enhedsorganisering af de lægelige og sygeplejefaglige opgaver i de forskellige enheder. Centerstrukturen er et opgør med den hidtidige søjleorienterede struktur. Den indebærer en ledelsesmæssig integrering af de faglige søjler.

Vi har i forbindelse med anbefalingerne vedr. ny struktur overvejet, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at udvide direktionen med en chefsygeplejerske. Efter nærmere overvejelse finder vi, at der ikke er behov for en chefsygeplejerske. Vi mener bl.a., at en chefsygeplejerske kan medvirke til at videreføre den traditionelle form for søjleledelse. Som det fremgår neden for anbefaler vi, at plejen repræsentation på det strategiske niveau i ledelsessystemet sker via 3 oversygeple jersker.

Vi anbefaler, at der nedsættes en arbejdsgruppe mhp. at konkretisere de forskellige funktionsområders nærmere placering i de 4 anbefalede centre.

Det strategiske ledelsesforum

Centerchefen og oversygeplejersken for de tre kliniske centre og centerchefen for servicecentret udgør sammen med direktionen det strategiske ledelsesforum. Denne struktur vil efter vor opfattelse styrke den sygeplejefaglige involvering i den strategiske ledelse. Det mener vi, der er behov for i lyset af de problemer, som p.t. kendetegner Landssygehuset.

Ledelsesstrukturen under centerchefen og oversygeplejersken anbefaler vi tilrettelagt således, at afdelingssygeplejerskerne og overlægerne gives direkte reference til centerledelsen. I praksis vil denne struktur givetvis indebære, at overlægerne er i tæt dialog med centerchefen om den lægefaglige behandling og udvikling. Tilsvarende er afdelingssygeplejerskerne i tæt dialog med oversygeplejersken om de plejemæssige opgaver. Det skal dog understreges, at centerchefen og oversygeplejersken anbefales at udgøre en enhedsledelse for centret. Vi anbefaler, at det gøres til et væsentligt succeskriterium for centerledelsen, at denne formår at sikre en tæt faglig dialog om den daglige opgavevaretagelse og sikre et behandlings- og plejemæssigt helhedssyn.

I et moderne sygehus kan behandling og pleje ikke betragtes som adskilte størrelser. En glasklar adskillelse af behandling og pleje er ikke mulig, og opgavevaretagelsen mellem læger og sygeplejersker vil altid skulle foregå i et samspil, hvor de to faggrupper grundlæggende er gensidigt afhængige af hinandens etik, kvalitetsbevidsthed og effektivitet.

Det er efter vor opfattelse ikke muligt alene ud fra en regelorienteret eller bureaukratisk tilgang at etablere retningslinjer for et samlet behandlings- og plejemæssig indsats, som er effektiv. En fornuftig behandlings- og plejemæssig indsats kræver gensidig tilpasning, dialog og reelt samarbejde med respekt for de faglige udgangspunkter, som de involverede faggrupper repræsenterer. Eller formuleret mere direkte: Man kan ikke lede en professionel virksomhed, som er kendetegnet ved højt uddannede faggrupper via en autokratisk lederstil, som søger at trumfe beslutninger igennem via ordrer og dekreter.

Vi anbefaler, at stillingerne som centerchef og oversygeplejerske besættes efter eksternt stillingsopslag. Forud for en besættelse, skal der ske en nærmere konkretisering og beskrivelse af elementerne i de pågældende lederstillinger.

Reetablering af den administrative varetagelse i det færøske sygehusvæsen

Vi anbefaler, som det kort blev beskrevet oven for, at den administrative opgavevaretagelse i det færøske sygehusvæsen redefineres. Den nuværende struktur med tre decentrale sygehusadministrationer samt en begrænset, men efter forholdene effektiv organisation som støttestab for direktion, er i længden en uholdbar konstruktion. Vi anbefaler en centralisering af de basale administrative funktioner, således at disse udgør den samlede støttestab for direktionen. Der etableres en samlet administration med følgende hovedfunktioner:

* økonomi og regnskab
* personaleudvikling/uddannelse, personaleadministration og løn
* indkøb
* patientstatistik og kvalitetssikring
* sekretariat.

Vi anbefaler ligeledes, at centerledelserne får den fornødne administrative støttestab i forhold til at varetage de ledelsesmæssige opgaver på centerniveau. Det vil konkret indebære, at der i de enkelte centre skal placeres en kvalificeret medar-

bejder til at varetage centrenes styringsopgaver vedrørende aktiviteter og økonomi.

Med hensyn til afdeling for personaleudvikling/uddannelse m.m. anbefaler vi, at der bl.a ansættes en ansvarlig sygeplejerske til at koordinere de plejemæssige uddannelsesfunktioner.

Iværksættelse af målstyring

Vi anbefaler, at der iværksættes et målstyringsprogram for samtlige funktionsområder på Landssygehuset. Målstyringen bør såvel omfatte kvalitative som kvantitative aspekter af patientbehandlingen, pleje, serviceydelser m.m. Målstyringens skal være en hovedhjørnesten i den strategiske ledelse af sygehusvæsnet.

Vi anbefaler ligeledes, at mål og økonomistyringen integreres. De aktivitetsmæssige og faglige mål skal ses i sammenhæng med de økonomiske rammer og ressourcer.

Konkret anbefaler vi, at centrene forpligtes til at udarbejde årlige handlingsplaner. Handlingsplanerne skal omfatte:

- centrets overordnede målsætninger
- aktivitetsmål (antal ydelser inddelt i relevante kategorier)
- kvalitetsmål og standarder (resultatmål og standardisering af arbejdsmetoder)
- økonomi/budget for de forskellige aktivitetsområder (budgettet koblet til aktiviteter)
- iværksatte omstillingsprojekter og forventede resultater af disse (rationalisering, kvalitetsløft etc.)
- strategi (handlingsplan for, hvordan målene nåes).

Iværksættelse af ledelsesudviklingsprogram

Med henblik på at styrke den samlede ledelseskapacitet anbefaler vi, at der iværksættes et ledelsesudviklingsprogram omfattende direktionen, centerchefer, oversygeplejersker, overlæger, afdelingssygeplejersker samt administrative ledere og ledere inden for servicecentret. Vi anbefaler, at ledelsesudviklingsprogrammet fokuserer på, at:

* sikre at organisationen fungerer effektivt og kan opfylde de mål, som opstilles for arbejdspladsen

* sikre en optimal anvendelse af de menneskelige ressourcer, herunder øge ledernes evne til at virke inspirerende på medarbejderne, således, at et godt arbejdsmiljø sikres

* øge beredskabet for fremtidige eksterne og interne krav om omstilling

* udvikle en ledelsesmæssig dynamik, som fremmer evnen til at gennemføre målrettede omstillingsinitiativer

* sikre at ledelsessystemet kommer til at fungere som et team, hvor ledelsesopgaverne løses inden for rammerne af fælles værdier for, hvad god ledelse er.

Konkret bør ledelsesudviklingsprogrammet indeholde følgende ledelsesfaglige emner:

* ledelsesfunktioner og roller
* organisationsforståelse og analyseværktøjer
* kvalitets- og økonomistyring
* personaleledelse og -udvikling
* etik og værdier i ledelsesarbejdet - hvad er god ledelse

Vi anbefaler, at ledelsesudviklingsprogrammet baseres på et action learning koncept, som sikrer en tæt sammenkobling af teoretiske og praktiske elementer i programmet. Programmet skal således baseres på en tæt sammenhæng mellem kursusaktiviteter og den daglige arbejdssituation. Det er på denne baggrund, vi anbefaler, at lederne gennemfører kursusaktiviteter, praktiske omstillingsprojekter, jobudvikling og praktisk anvendelse af teoretiske indfaldsvinkler og modeller i forhold det daglige ledelsesarbejde.

Centerstrukturen kan gøres fælles for alle sygehuse

Centerstrukturen kan etableres på Landssygehuset alene. Det kan efterfølgende overvejses at gøre centerstrukturen tværgående i forhold til det færøske sygehusvæsen. Det betyder, at centrenes aktiviteter kunne omfatter samtlige funktioner på Landssygehuset og de to lokalsygehuse i Klaksvig og Suderø. Det ville betyde, at fx centerchefen for det kirurgiske center leder de kirurgiske funktioner på samtlige tre sygehuse.

Der er vor vurdering, at der vil være faglige, kvalitetsmæssige og ressourcemæssige fordele forbundet med at etablere en fælles centerstruktur for de 3 sygehuse. Samtidig vil en fælles centerstruktur indebære, at der kan ske forenklinger i ledelsessystemet. I konsekvens af centerstrukturen kunne stillingerne som inspektør, forstanderinde, og viceforstanderinde nedlægges på samtlige sygehuse.

Det er ikke afgørende, på hvilke af sygehusene centerledelsen fysisk er placeret.

dios
Gl. Kongevej 91A
DK-1850 Frederiksberg C
Telefon 31 21 17 06
Telefax 31 24 12 06
Giro 1 33 68 78

Projektoplæg

Undersøgelse af organisationsstrukturen på Landssygehuset i Tórshavn

Frederiksberg, den 29. april 1996

dios a.s. reg. nr. 194196
DANSK INSTITUT FOR ORGANISATIONS STUDIER

Projektoplæg vedrørende undersøgelse af organisationsstrukturen på Landssygehuset i Tórshavn.

I det følgende præsenteres vort forslag til, hvorledes en undersøgelse af organisationsstrukturen på Landssygehuset hensigtsmæssigt kan varetages.

Forudsætningerne for at udarbejde oplægget er den mundtlige præsentation af problemstillingen på vort møde på dios søndag den 20. april 1996, kopi af Landsstyrets svarskrivelse på afdelingssygeplejeskernes skrivelse af 15. februar 1996 til lagmanden samt det modtage rapportmateriale fra en gennemført undersøgelse af sygehusvæsenet på Færøerne i 1993.

Formålet med undersøgelsen er at kortlægge og vurdere den eksisterende organisationsstruktur på de kliniske afdelinger samt serviceafdelingerne på Landssygehuset i Tórshavn. Vi har hæftet os ved, at der ønskes en særlig fokus på ledelsesstrukturen, samt at man fra Færøernes Landsstyres side ønsker udarbejdet konkrete forslag til en ny struktur.

Vi har endvidere hæftet os ved, at man ønsker udredningsarbejdet foretaget i et tæt samspil mellem konsulentfirmaet og Landssygehusets samarbejdudvalg.

Endelig har vi bemærket, at Landsstyret p.t. dels arbejder med en revision af sygehusloven dels med organisatoriske ændringer indenfor den offentlige administration.

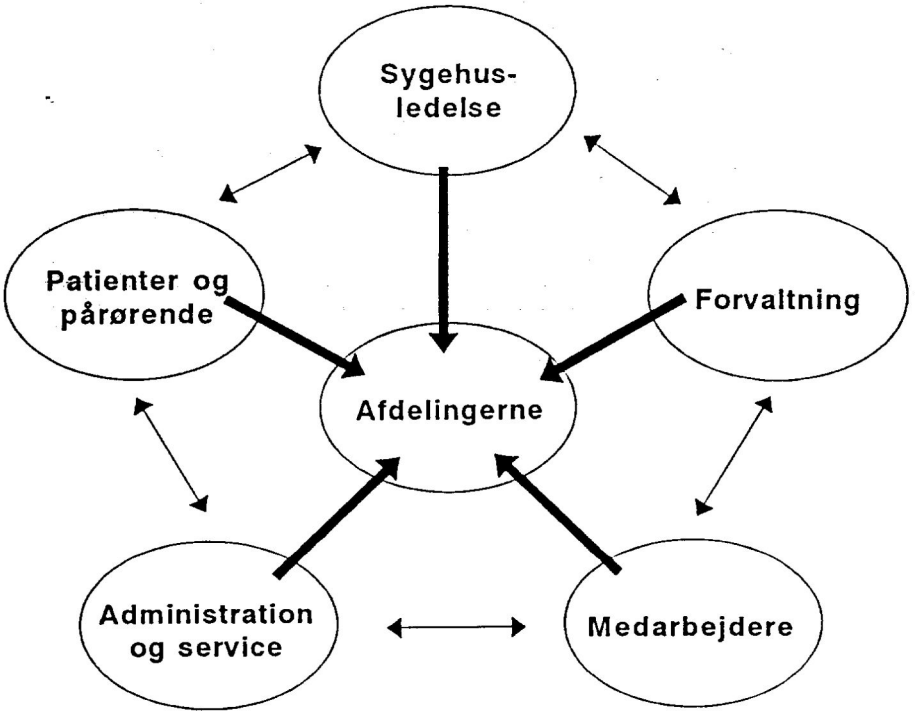
1. Vor opfattelse af problemstillingen

Generelt kan man inden for sygehusehussektoren se en udvikling i retning af, at kravene og forventningerne til opgavevaretagelsen på både det administrative og det kliniske område øges. Det hænger bl.a. sammen med ændringer i sygehusenes ledelsesstruktur, ændringer i styringsfilosofi og -principper for økonomi og aktiviteter m.v. samt et øget krav om effektivitet og kvalitet i opgavevaretagelsen.

Som følge heraf foregår der løbende en decentralisering, hvor beslutningskompetence på

bl.a. det økonomi- og personaleadministrative område delegeres til afdelingsledelsesniveau. Denne udvikling indebærer, at såvel ledelsessystemet på de kliniske afdelinger som sygehusadministrationen skal vænne sig til at varetage nye funktioner og roller. Linieledelsen på de kliniske afdelinger får en anerledes opgavesnitflade i forhold til den centrale sygehusadministration, som i højere grad får en rådgivende, vejledende og servicerende funktion i forhold til afdelingsledelserne.

De ændrede ledelsesroller og decentralisering af beslutningsansvaret på en række områder øger samtidig betydningen af, at administrationen har den fornødne analytiske kompetence til at kunne gennemføre udredningsopgaver, produktivitets- og effektivitetsanalyser, kvalitetsudvikling m.m. Der kan iagttages en tendens til, at den overordnede sygehusledelse i mindre omfang koncentrerer sig om sagsbehandlende funktioner, og i øget omfang fokuserer opmærksomheden omkring strategiske udviklingsopgaver som følge af øgede omstillingskrav.



2. Undersøgelsens metode og indhold

Det forudsættes, at undersøgelsen kan gennemføres som *én* undersøgelse. Det vil sige uden man vælger at opdele undersøgelsesforløbet i en forundersøgelse og en hovedundersøgelse. Det anbefales, at dataindsamlingen tilrettelægges som en kombination af følgende metoder:

- kvalitative interview
- arbejdsgruppeaktiviteter
- gennemgang af dokumentarisk materiale.

Kvalitative interview er erfaringsmæssigt relevante, når der skal foretages en pejling af problemfelter på et relativt bredt og komplekst undersøgelsesområde. Kvalitative interview med ledelsen, medarbejdere og udvalgte brugere (hvoraf nogle vil kunne gennemføres som gruppeinterview) vil således være en central faktor i undersøgelsens problemsøgning og -identifikation.

Arbejdsgruppeaktiviteternes primære funktion vil være kortlægning og beskrivelse af ledelsesopgaverne på de forskellige afdelinger på Landssygehuset. Arbejdsgrupperne skal være med til at diskutere forskellige forslag til struktur for at identificere barrierer og muligheder i forskellige strukturløsninger.

Metoden er afprøvet i forbindelse med vore undersøgelser på de fem hospitaler (i det tidligere Københavns Sundhedsvæsen), Rigshospitalet samt 3 udvalgte hospitaler i Århus Amt. Endvidere er metoden afprøvet på andre fagområder eksempelvis Det Kongelige danske Musikkonservatorium, De Gamles By i Københavns kommune m.m.

Arbejdsgrupperne vil også få til opgave at identificere centrale arbejdsgange i den kliniske og administrative opgavevaretagelse. Der vil typisk være tale om opgaver, der er tværgående i forhold til forskellige serviceafdelinger og i forhold til de kliniske afdelinger og sygehusforvaltningen. Formålet med at kortlægge og vurdere centrale arbejdsgange er bl.a. at identificere dobbeltadministration, særlige "tidsrøvende" procedurer, teknologianvendelsens hensigtsmæssighed, samt hvorvidt opgaverne har en

hensigtsmæssig organisatorisk placering.

Samarbejdet med arbejdsgrupperne vil indebære, at der skal udpeges ledelsesrepræsentanter og medarbejdere, som kan og vil indgå konstruktivt i samarbejdet.

Det anbefales, at der nedsættes arbejdsgrupper indenfor 3 opgaveområder:

- Kliniske områder (kliniske afdelinger samt kliniske serviceafdelinger)

- Administrative område (økonomi, løn, patientregistrering, bogholderi m.v.)

- Drifts- og teknikområde (teknik, indkøb, portør/kørsel, rengøring, vaskeri, medicindepot, medicoteknik samt sterilcentral og sengecentral)

Det anbefales, at hver arbejdsgruppe kommer til at bestå af 4-6 personer.

Undersøgelsens delanalyser i stikord

1. Analyse af ledelsesopgaver	• Opgavetyper • Opgavemængder • Muligheder for planlægning • "Spidsbelastninger"
2. Struktur og arbejdsdeling	• Ledelsesstruktur • Organisationsstruktur (administrationen som helhed, den enkelte afdeling, job) • Mødestruktur/kommunikation • Opgavesnitflade i f.t. sygehusledelsen, afdelingerne, forvaltningen etc.
3. Arbejdsgange og teknologianvendelse	• Arbejdsgange (centrale arbejdsgange, internt på afdelingerne, mellem afdelinger/administration/sygehusledelse; mellem sygehus og forvaltning) • Procedurer til kvalitetssikring • Teknologianvendelse • "Flaskehalse"
5. Ledelse og organisationskultur	• Lederadfærd • "Vaner" og "værdier" af betydning for opgavevaretagelsen • Kvalitetsnormer og bevidsthed • Arbejdsglæde og motivation • Samarbejde mellem faggrupper • Omstillingsbehov og -parathed

3. Projektets faser og organisering:

Projektetablering:
Gennemgang af dokumentarisk materiale, kontraktskrivning, nedsættelse af arbejdsgrupper, præsentation og fastlæggelse af undersøgelsesmetode

Medio maj

Dataindsamling:
Gennemførelse af interview med medarbejdere, ledelse, brugere og interessenter herunder repræsentanter for Landsstyret.

Arbejdsgruppeaktiviteter inden for de 3 områder.

Ultimo maj til ultimo juni

Analyse og rapportskrivning

primo juni til ultimo juni

Det forventes, at den endelige rapport med undersøgelsens hovedresultater og anbefalinger foreligger færdigredigeret senest 15. juli 1996.

Projektorganisering:
Det anbefales, at Landssygehusets samarbejdsudvalg fungerer som styregruppe for projektet. Styregruppen har til opgave at følge undersøgelsens fremdrift samt sikre, at undersøgelsen og afrapportering lever op til oplæggets krav og forudsætninger. Undersøgelsens hovedresultater og anbefalinger drøftes med styregruppen mhp. at afklare unøjagtigheder og sikre forståelighed inden rapporten færdigredigeres.

Konsulenterne deltager i møder med arbejdsgrupper og i styregruppens møder.

4. Deltagende konsulenter

Direktør Kim Pedersen (Projektleder)
Direktør Torben Barnholdt-Jensen (Projektleder)
Chefkonsulent Søren Stuhr
Chefkonsulent Anette Forsner-Hansen

5. Budget

Projektetablering og styregruppemøder 3 konsulentdage a kr. 8.800,00	kr. 26.400,00
Interview: 19 afdelinger i alt (10 kliniske og 9 service). Der foretages i gennemsnit 2 interview pr. afdeling i alt 38 interview a kr. 2.800,00	kr. 106.400,00
Interview med interessenter og brugere (politikere, forvaltningen, øvrige sygehuse) i alt 10 interview a kr. 2.800,00	kr. 28.000,00
Arbejdsgruppeaktiviteter: 3 arbejdsgrupper med 4 møder. 2 konsulenter deltager. I alt 6 konsulentdage a kr. 8.800,00 kr.	kr. 52.800,00
Analyse og rapportskrivning: 12 konsulentdage a kr. 8.800,00	kr. 105.600,00
I alt	kr. 319.200,00

Priserne er excl. moms.

Der er afregnes særskilt for konsulenternes udgifter til transport og ophold.

6. Referencer

Gentofte Sygehus, undersøgelse og ændringsprojekt vedr. sygehusadministrationen, 1995/1996

Rigshospitalet, Effektivitetsanalyse af Center for Billeddiagnostik og Medikoteknik incl. nøgletalssammenligning med udenlandske hospitaler 1995/1996

Danmarks Radio, Analyse af behovene for ledelsesudvikling i Radioen, 1995

Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen, Evaluering af ny arbejdsstruktur i fængsler og arresthuse, 1995

Handelshøjskolen i København, Projektledelse af udvilklingsprojekt om etablering af et HD-dagstudium i Organisation og Ledelse, 1995

Sundhedsstyrelsen, Foranalyse til trivselsundersøgelse, 1995

Finansministeriet, Evaluering af 47 statslige omstillingsprojekter samt udvikling af vejledningen "Bedre omstilling i staten", 1994/1995

Social- og Sundhedsforvaltningen, Københavns kommune, Ledelsesudviklingsprogram for direktion, kontorchefer i direktoratet, socialcenterchefer og -souschefer samt afsnitsledere på 16 socialcentre (ca. 300 deltagere), 1995/1996

Social- og Sundhedsforvaltningen, Københavns kommune, Udvikling og sammensætning af økonomi- og kvalitetsstyringskoncept, 1995

Bibliotekerne i Roskilde Amt, Målstyring og kvalitetsmål som ledelses- og prioriterings-værktøj, 1995

Teamledelse for Socialcentret Ryvang, Københavns kommune, 1995

Erhvervs- og selskabsstyrelsen, Udarbejdelse af strategisk udviklingsplan, 1994

Boligministeriet, turnusgennemgang m.h.p. effektivisering af opgavevaretagelsen i Departementet og Bygge- og Boligstyrelsen, 1994/1995

Danmarks Radio, undersøgelse af de økonomiske konsekvenser af overenskomstaftalen 1993-1995, 1994

Social og -sundhedsforvaltningen, Undersøgelse af behovet for supplerende chef/lederuddannelse på socialcentrene, Magistratens 3. afdeling, Københavns kommune, 1994

Sundhedsdirektoratet, Københavns kommune, Undersøgelse af administrationen på Bispebjerg Hospital, Hvidovre Hospital, Kommunehospitalet, Sct. Hans Hospital, Sundby Hospital samt i Sundhedsdirektoratet, 1993/1994

Kort- og Matrikelstyrelsen, ledelsesudviklingsprogram for direktion og kontorchefer, i alt 30 deltagere, samt trivselsundersøgelse, 1993/1994

Teamledelse for Sundby Hospital, 1993

Finansministeriet, Undersøgelse af sygefraværet i staten, 1992

Kulturministeriet, Organisationsundersøgelse på Det Kgl. Danske Musikkonservatorium, 1992

Sundhedsdirektoratet, Københavns kommune, Produktivitets- og effektivitetsundersøgelse på de 5 hospitalers driftsområder (portør-, teknik-, håndværk-, gartnerområdet m.v.), 1992

Bilag 3: dokumentarisk materiale

Materiale fra arbejdsgruppen vedrørende administration

1) Beskrivelse af opgaverne for den interne revisor/controller

2) Opgavebeskrivelse for omstillingen

3) Opgavebeskrivelse for personaleafdelingen

4) Opgavebeskrivelse for administration- og personaleafdelingen

5) Opgavebeskrivelse for økonomiafdelingen

5a) Opgavebeskrivelse for ekspedition og kasse

5b) Opgavebeskrivelse for lønafdeling

5c) Opgavebeskrivelse for bogholderiet

6) Opgavebeskrivelse for Piccoline-tjenesten

7) Opgavebeskrivelse for modtagelse/information

8) Opgavebeskrivelse for journal-arkiv og bibliotek

9) Kort beskrivelse af normering for 2 administrativ/ledelses/afd.sekretær.

Materiale fra arbejdsgruppen vedrørende drift og teknik

1) Organisationsdiagram

2) Opgavebeskrivelse for rengøringsafdelingen

3) Beskrivelse af ambulancetjenesten (organisering, funktion og opgaver)

3a) oplevede problemer og uhensigtsmæssige arbejdsgang fra portør/ambulance

4) Beskrivelse af opgaverne i kvartermesterfunktionen

5) Beskrivelse af opgaverne i vaskeriet

6) Beskrivelse af teknisk afdeling

7) Beskrivelse af køkkenet

8) Kortfattet beskrivelse af medicoteknisk afdeling

9) Oversigt over centraldepotets arbejdsopgaver

Øvrigt baggrundsmateriale

1) Oversættelse af afsnittet om social- og sundhedsområdet i gennemgangen af forslaget til strukturomlægning.

2) Materiale fra Finn Norman Christensen vedrørende påtænkte organisationsændringer, med kommentarer fra sygehusdirektøren

3) Oversigt over lønbudgettets fordeling på områder
oversigt over bestyrelsens og direktionens sammensætning

4) Oversættelse af redegørelse samt bemærkninger til skrivelse fra afdelingssygeplejersker til lagmand

5) Notat: Fortolkning af reglement i henhold til uenighed på operationsgangen (7/9-94)

6) Afdelingssygeplejerskernes egen oversættelse af deres eget brev til lagmanden

7) Rapport: Analyse af den nuværende organisation, dens virkemåde og begrundelser for forslaget til ændret struktur (1996) (2 bind)

8) Rapport om det færøske sundhedsvæsen, oktober 1993
lavet af rådgivningsgruppen vedr. sundhedsvæsnet på Færøerne

9) Personaleoversigt
alt personale fordelt på afdelinger, tjenestetid, ansættelsesdato

10) Personlige notater og overvejelser som har været medbragt i forbindelse med interview eller som efterfølgende er tilsendt dios.

Materiale fra arbejdsgruppen vedrørende de kliniske områder

1) Organisationsdiagram (fra 1974)

2) Lægerådets modskrivelse til afd.sygeplejerskernes brev til lagmanden

3) Beskrivelse af normeringen og fordeling af lægesekretærer samt opgavebeskrivelse.

4) Beskrivelse af psykiatrisk afdeling

5) diverse organisationsdiagrammer for det kliniske område

6) Stillingsbetegnelser for
- forstanderinde
- viceforstanderinde
- oversygeplejerske (psykiatrisk afd.)
- aften/natsygeplejerske
- afdelingssygeplejerske
- 1. assistenter

7) Bestemmelse vedr. driftlederfunktionen på operationsgangen

8) Mål for sygeplejen på Landssygehuset

9) Beskrivelse af opgaver i forskellige enheder i sygeplejen

10) Uhensigtsmæssige arbejdsgange udtalt af afd.sygeplejersker

11) Problemstillinger beskrevet af sygeplejeledelsen

12) Beskrivelse af den økonomiske arbejdsgang vedr. sygeplejens efterudd.

13) Afd.sygeplejerskernes beskrivelse af uhensigtsmæssige arbejdsgange

14) Rapport fra den akutte psykiatriske modtagelsesafdeling (D2)

15) Beskrivelse af uhensigtsmæssige arbejdsgange fra sygeplejersker på operationsgangen

16) Adm. overlæge fra OP beskrivelse af fysik, lægebemanding og aktiviteter på OP.