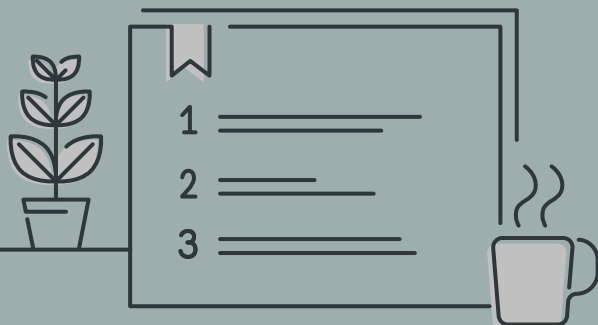


RETTE KOMPETENCER TIL RETTE OPGAVER

INDHOLDS- FORTEGNELSE



| AFSNIT | SIDE |
|--|-----------|
| 1. RAMMESÆTNING | 3 |
| 1.1 Introduktion | 4 |
| 1.2 Begrebsafklaring og respondenter | 5 |
| 2. UDFORDRINGSBILLEDET | 6 |
| 2.1 Introduktion | 7 |
| 2.2 Arbejdspres | 8 |
| 2.3 Involvering | 10 |
| 2.4 Brug af kompetencer | 12 |
| 2.5 Tilknytning og ansvar | 13 |
| 2.6 Forventninger fra patienter | 14 |
| 2.7 Forventninger til arbejdslivet | 15 |
| 3. NYE VEJE | 16 |
| 3.1 Introduktion til erfaringsopsamlingen | 17 |
| 3.2 Ny opgavefordeling | 18 |
| 3.3 Teamorganisering rundt om patienten | 20 |
| 3.4 Fælles ansvar og indflydelse | 22 |
| 3.5 Håndtering af høje følelsesmæssige krav | 24 |
| 3.6 Tid og rammer for arbejdet | 26 |
| 3.7 Styrket indblik i medarbejdernes trivsel | 28 |
| 4. BILAG | 29 |
| Bilag 1: Metode og datagrundlag | 30 |
| Bilag 2: Interviewguide | 31 |

1. RAMMESÆTNING

1.1 Introduktion

Introduktion

Det danske sygehusvæsen står i disse år overfor et væsentligt pres, som forventeligt vil tage til i styrke over de kommende år i takt med demografi- og sygdomsudviklingen. Det skaber et behov for at finde nye måder at løse opgaverne på, som er holdbare for patienter, medarbejdere og ledere.

Det er velkendt, at grundlæggende omstillinger i og af sygehusvæsenet er komplekse, blandt andet på grund af formelle og uformelle bindinger og barrierer i lovgivning, retningslinjer, fagidentiteter, ledelsespraksisser, organiseringer, m.v.

Omstillingsbehovene er store, og omstillingsmulighederne er svære at eksekvere hurtigt nok på. Denne analyse viser, i tråd med øvrige undersøgelser og analyser, et billede af et sygehusvæsen under stort pres; et pres som har konsekvenser for sygehusene som arbejdsplads og for medarbejderne.

Der arbejdes både lokalt, regionalt og nationalt med en række lovende svar på de aktuelle og fremtidige udfordringer. Det kan dog – på trods af dette - samtidig konstateres, at der aktuelt er udfordringer med trivsel, arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse på tværs af en række faggrupper på sygehusene. Det er derfor et væsentligt spørgsmål hvordan sygehusvæsenet kan eksekvere hurtigt og gennemgribende nok på de nødvendige omstillinger til at imødekomme det fremtidige pres.

Som led i dette arbejde har Danske Regioner og de faglige organisationer på sygehusområdet etableret partnerskabet "*Rette kompetencer til rette opgaver – mod og idéer til nytænkning på sygehusområdet*", som søger at bidrage til sygehusenes arbejde med trivsel, arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse.*

Formål og afgrænsning

Partnerskabssamarbejdet har fået gennemført en analyse, der skal tegnet udfordringsbilledet ift. trivsel, arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse på sygehusene, samt indsamle gode erfaringer med arbejdet inden for disse områder. Analysen er gennemført af Implement.

Analysen søger at:

- **Beskrive de væsentligste udfordringer** med trivsel, arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse på sygehusene i dag. Udfordringerne beskrives ud fra et ledelses- og medarbejderperspektiv.**
- **Indsamle erfaringer**, som rummer potentiale for at imødekomme de afdækkede udfordringer. Dette inkluderer overordnede beskrivelser af erfaringerne og herunder forudsætninger og barrierer, som skal imødekommes og overkommes for at sikre, at implementering kan finde sted.

Følgende forhold om opgavens scope er væsentlige:

- Analysen dækker udfordringer på det somatiske område på sygehusene. Selvom analysen ikke direkte afdækker udfordringer og erfaringer i psykiatrien, er det forventningen, at de væsentlige dele af de identificerede udfordringer og erfaringer også vil gøre sig gældende i psykiatrien
- Fokus for analysen er trivsel, arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse, og analysen afgrænser sig derfor fra udfordringer og erfaringer som alene går på patient(oplevet) kvalitet.

* De faglige organisationer på sygehusområdet består af Sundhedskartellet, OAO, FOA og AC-organisationerne.

** Der trækkes i denne forbindelse endvidere på en nylig analyse, Implement udarbejdede for Robusthedskommissionen, hvor 37 ledere – primært topledere – i regionerne og på sygehusene blev interviewet om emner, som er delvist overlappende med denne analyse.

1.2 Begrebsafklaring og respondenter

Begrebsafklaring

Det er et af hovedmålene med denne analyse at beskrive et udfordringsbillede og en erfaringsindsamling, som tilsammen skal fungere som afsæt for projektets udviklingsfase. Særligt begreberne "udfordringer" og "barrierer" kan i den forbindelse forstås på forskellige niveauer, som kan give anledning til misforståelser.

Vi arbejder i denne rapport med nedenstående begrebsramme:

Afsæt og udviklings-tendenser

Demografi- og sygdomsudviklingen samt de mere generelle udviklingstendenser i vores forventninger til arbejdslivet og sundhedsvæsenet, er (som det defineres i denne analyse) ikke i sig selv udfordringer. De er "blot" den virkelighed, som sundhedsvæsenet skal navigere i.

Udfordringer

Når udviklingstendenser, jf. oven for, "rammer" sygehusvæsenet med de strukturer, praksisser, kompetencer, ressourcer, m.v., som er gældende i dag, giver det anledning til en række udfordringer for trivsel, arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse. "Udfordringsbilledet", som beskrives i denne analyse, knytter sig til dette niveau.

Indsatser og tiltag

Som svar på udfordringerne bliver der på sygehusene iværksat forskellige indsatser og tiltag, som skal skabe bedre trivsel, arbejdsmiljø, rekruttering- og fastholdelsesmuligheder. "Erfaringsindsamlingen" knytter sig til dette niveau.

Barrierer

De indsatser og tiltag, som iværksættes som svar på udfordringerne, kan – af mange forskellige grunde – være svære at implementere. De grunde, som gør det svært at implementere og få fuld effekt af indsatserne, beskrives i denne analyse som "barrierer".

Respondenter

Analysen beror på et omfattende interviewprogram omfattende 61 interviews med i alt 75 respondenter. Respondenterne dækker samlet set over 13 faggrupper, og består af en kombination af ledere og medarbejdere (jf. bilag 1). Herudover er enkelte repræsentanter fra faglige organisationer interviewet samt en repræsentant for Danske Patienter.

Respondenterne blev udvalgt i samarbejde mellem partnerskabet og Implement, hvor partnerskabet har "peget på" udvalgte respondenter, mens de resterende er identificeret ved direkte henvendelser til sygehusene. Herudover er nogle respondenter identificeret ved, at de respondenter som er blevet interviewet indledningsvist, har henvist til øvrige respondenter, som vurderedes at have særligt indblik i enten udfordringer eller gode erfaringer.

Medarbejderne der har deltaget i interviewprogrammet har i overvejende grad været "basisedarbejdere", som er en del af den daglige opgaveløsning ude på sygehusene. De har bidraget med konkrete erfaringer om, hvordan de oplever udfordringerne og deres betydning for deres arbejdsmiljø. Enkelte medarbejdere har haft særlige funktioner som f.eks. uddannelsesansvarlige. I interviewprogrammet har tillidsrepræsentanter og i mindre grad udviklingskonsulenter været omfattet. De har bidraget med et mere generelt billede af udfordringerne på tværs af det sygehus de arbejder på, og en forståelse af omfanget.

Lederne som har deltaget i interviewprogrammet har i overvejende grad været "ledere af medarbejdere", som har bidraget med praksisnære ledelsesperspektiver på udfordringerne på sygehusene. Enkelte ledere i interviewprogrammet har været på topledelsesniveau, som bygger videre oven på et videns- og datagrundlag fra *'Analyse af kompetencerne i sundhedsvæsenet'* udarbejdet af Implement i vinteren 2022-2023 for Robusthedskommissionen.

2. UDFORDRINGSBILLEDET

2.1 Der er identificeret 6 udfordringstemaer

Introduktion til udfordringsbilledet

I det følgende beskrives det udfordringsbillede, som er italesat af både ledere og medarbejdere gennem analysens interviewprogram. Udfordringsbilledet er opdelt i seks temaer.

Det skal – i loyalitet over for respondenterne – nævnes, at oplevelsen af at være for dårligt lønnet har været et væsentligt tema, særligt blandt de interviewede sygeplejersker, når der er spurgt åbent ind til de største udfordringer ift. trivsel, arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse. Analysen er afgrænset fra spørgsmål om løn, og der er derfor ikke brugt tid i interviewene på at dykke ned i dette. På samme måde, om end mindre udtalt, har flere respondenter nævnt dokumentationsbyrden i IT-systemerne som en væsentlig udfordring. Dette tema er analysen ligeledes afgrænset fra, og temaet udfoldes derfor ikke yderligere, og fremgår derfor ikke af oversigten til højre.

Der er en konklusion, at der generelt har været stor overensstemmelse mellem de udfordringer, som er italesat af medarbejdere og ledere til denne analyse, og af ledere til den analyse, som Implement udarbejdede i vinteren 2022-2023 for Sundhedsministeriet og Robusthedskommissionen. De få steder, hvor der har været væsentlige afvigelser, beskrives dette eksplicit.

Det er ligeledes en konklusion, at der på tværs af faggrupperne har været betydelig overensstemmelse i oplevelsen af de væsentligste udfordringer, dog med nogle forskelle og nuancer. De steder hvor der har været afdækket væsentlige forskelle i faggruppeperspektiverne, er det ligeledes beskrevet eksplicit.

Udfordringerne udfoldes på de kommende sider med:

- **Beskrivelse af udfordringen**, herunder eventuelle væsentlige faggruppespecifikke afvigelser fra det generelle billede af udfordringen.
- **Kvalitativ vurdering af omfanget af udfordringen** alene baseret på dette interviewprogram. Der er i kraft af det kvalitative grundlag naturlige begrænsninger og dermed forbehold, der skal tages ved disse vurderinger.
- **Illustrative eksempler**, som er italesat gennem interviewprogrammet.

Udfordringstemaer

ARBEJDSPRES

... at der i dag opleves at være væsentligt mere travlt end for blot få år siden

INVOLVERING

... ikke at blive involveret i udvikling, håndteringen af kapacitetsudfordringer og vagtplanlægning

BRUG AF KOMPETENCER

... oplevelsen af, at kunne bidrage med mere, end man "får lov til"

TILKNYTNING OG ANSVAR

... at være på "kanten" af afdelingerne og ikke føle sig ansvarlig for alle ens opgaver og funktioner

FORVENTNINGER FRA PATIENTEN

... et stadigt sværere møde med patienter grundet øget indsigt i egen sygdom og "bristede forventninger" til servicen

FORVENTNINGER TIL ARBEJDSLIVET

... at yngre medarbejders forventninger til arbejdet, ledelsesstilen og fleksibiliteten i arbejdet er svære at honorere

2.2 Arbejdspres

Introduktion

Et højt arbejdspres har været et gennemgående tema i interviewprogrammet. De fleste respondenter taler om en udvikling i arbejdspreset, som har taget fart de senere år – nogle med lokale oplevelser af, at det værste er overstået, andre med oplevelser af at stå midt i orkanens øje.

Der er naturligvis variationer på tværs af geografi, afdelinger, specialer og faggrupper. Der har således været respondenter fra stort set alle de omfattede faggrupper for hvem der ikke var et udtalt arbejdspres. Det samlede billede er dog, at der er en bred italesættelse af et væsentligt større arbejdspres end for blot få år siden.

Problemerne med det høje arbejdspres knyttes både til direkte og indirekte konsekvenser af arbejdspreset:

- **Højt arbejdspres som problem i sig selv (direkte effekter):** Et højt arbejdspres italesættes i sig selv som en kilde til dårligt arbejdsmiljø særligt de steder, hvor det har nået et så højt niveau, at medarbejderne oplever, at det er svært at få arbejdsdagen til at hænge sammen. Det viser sig på flere måder: Det høje arbejdspres betyder, at medarbejderne oplever, at de ikke kan nå at løse deres opgaver tilstrækkeligt godt, at muligheden for at holde frokostpauser eller sågar gå på toilettet i løbet af arbejdsdagen reduceres, at "tonen" på afdelingen bliver dårligere, at der sker en polarisering i medarbejdergrupperne, m.v.
- **Højt arbejdspres som kilde til andre problemer (indirekte effekter):** Mange respondenter beskriver, at én af grundene til, at arbejdspreset fylder så meget, som det gør, er at det under voldsomt arbejdspres bliver vanskeligt at skabe en velfungerende afdeling på en række andre parametre, som også har betydning for trivsel og arbejdsmiljø. Her nævnes forhold som:
 - *Øget vagtbyrde* når afdelingen generelt er underbemandet, med de konsekvenser det har for fleksibiliteten og muligheden for at tilgodese medarbejdernes ønsker til vagtplanen.
 - *Onboarding og oplæring af nye medarbejdere udfordres*, når arbejdsmiljøet i forvejen er presset. Det skaber dårligere forudsætninger for at sikre medarbejderne en god start på afdelingen og kan bidrage til praksischocket for nyuddannede.
 - *Udfordringer med at prioritere og drive udviklingsarbejdet* på afdelingerne, hvor det ender med at blive en 'ond cirkel', som er svær at bryde på trods af, at udviklingsarbejdet skal og kan være med til at afhjælpe det høje arbejdspres.

**NOGET AF DET DER
UDFORDRER OS ER, AT
MEGET KOMMER TIL AT
HANDLE OM DRIFT. DET
GØR DET SVÆRT FOR OS
AT FÅ KIGGET
ORDENTLIGT PÅ HVAD VI
KAN GØRE ANDERLEDES**

Leder



2.2 Arbejdspres

Vurdering af udfordringens omfang

Det høje arbejdspres er den enkeltstående faktor, som gennem interviewprogrammet - og på tværs af faggrupper - har været italesat som den væsentligste udfordring for trivsel og arbejdsmiljø.

Følgende observationer omkring omfanget af udfordringen og faggruppespecifikke variationer er relevante:

- Rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer har været udtalte på tværs af geografi og faggrupper. Det største arbejdspres der i interviewprogrammet har været afdækket, hænger sammen med særlige situationer med rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer, som gør, at man over en længere periode har været underbemandet ift. normeringen. Disse situationer har i dette interviewprogram særligt knyttet sig til plejeområdet. Blandt øvrige faggrupper har det mere generelt været italesat, at arbejdspreset hovedsageligt er en konsekvens af en generel stigning i antallet af opgaver og mere undtagelsesvist af særlige rekrutteringsmæssige udfordringer.
- Det kvalitative grundlag bekræfter et billede af, at rekrutteringsudfordringerne er størst på sengeafdelingerne og akutområdet, hvor vagtbyrden traditionelt set er størst. Dette billede harmonerer med det billede, der blev tegnet i analysen for Sundhedsministeriet og Robusthedskommissionen. For særligt plejepersonalet kan det genkendes, at det også er på disse områder at arbejdspreset har været italesat som værende størst som konsekvens af rekrutteringsudfordringer. For lægegruppen har der været eksempler på, både i interviewprogrammet for denne analyse og i analysen for Sundhedsministeriet og Robusthedskommissionen, at arbejdspreset på sengeafdelingerne opleves at være mindre udtalt i konkrete situationer hvor der er lukket sengepladser pga. mangel på plejepersonale og der samtidig ikke er vakancer blandt lægerne. Det er et begrænset antal observationer der knytter sig til netop disse forhold og det er pba. heraf vanskeligt at vurdere det generelle billede. Der er dog i forlængelse heraf, et potentielt tema til fremadrettet drøftelse om mulighederne og forudsætningerne for at udjævne arbejdspreset, når særlige situationer giver en ujævn byrde på tværs af faggrupper.
- Det høje arbejdspres på akutafdelingerne har, ifølge lægerne, været drevet af en stor stigning i antallet af patienter og særligt patienter, som fagligt ikke burde være visiteret til akutmodtagelserne, men i stedet burde være håndteret i almen praksis.
- Der er anekdotiske eksempler på, at der er en tendens til, at det værste pres i kølvandet på covid-19 og sygeplejestrøjen er overstået (for nu). Dette er baseret på, at medarbejdere fra flere forskellige sygehuse fortæller, hvordan de er et bedre sted i dag end for et år siden, og ledere fra forskellige sygehuse bekræfter billedet. Enkelte respondenter kan dog "slet ikke genkende billedet". Billedet er således ikke helt entydigt.

JEG SYNES VI HAR TRAVLT. MEN VI HAR EN LEDER SOM HAR HJULPET MED AT ORGANISERE DET PÅ EN MÅDE SÅ DET ER TIL AT OVERKOMME

Lægeseekretær



Illustrativt eksempel på udfordringen:

En sygeplejerske fortæller, at de på akutområdet alene var bemandet af sygeplejersker med mere end 2 års erfaring. De er aktuelt underbemandet og samtidig udgør nyuddannede (med under 2 års erfaring) over 20 pct. af personalegruppen. Det gør både, at der er ekstra travlhed på vagterne, og at vagtbyrden hos de erfarne sygeplejersker bliver større, fordi visse kompetencer og funktioner som kun de erfarne kollegaer kan dække, skal være tilstede i ydertimerne.

Illustrativt eksempel på udfordringen:

En bioanalytiker fortæller, at et generelt øget arbejdspres på de kliniske afdelinger betyder, at "alt bliver akut". Fx oplever bioanalytikeren at afdelingerne i højere grad bestiller "hasteopgaver", uagtet om prøvetagningen reelt er presserende. Samtidig er koordinationen og dialogen mellem bioanalytikere og afdelingerne ringe, hvilket udfordrer bioanalytikernes mulighed for prioritering af, hvilke opgaver der reelt er akutte.

2.3 Involvering

Introduktion

Et gennemgående tema, særligt i medarbejderinterviews, har været en oplevelse af manglende medindflydelse og – inddragelse på en række væsentlige processer og beslutninger, som påvirker medarbejdernes arbejde. Temaet er italesat både i sammenhæng med og som konsekvens af situationer med særligt højt arbejdspress og som et selvstændigt tema uafhængigt af arbejdspresset.

Der er i interviewprogrammet særligt italesat tre områder, hvor begrænset involvering opleves at have en negativ påvirkning på trivsel og arbejdsmiljø:

- **Håndtering af kapacitetsudfordringer:** En af de primære forskelle mellem ledelses- og medarbejderperspektivet, som er fremkommet gennem det samlede erfaringsgrundlag for denne rapport, knytter sig til den situation, hvor der er behov for fleksibel kapacitetsudnyttelse på tværs af afsnit og afdelinger. Flere ledere har italesat en oplevelse af, at aftaler og overenskomster er en barriere for fleksibel og effektiv udnyttelse af kapaciteten, mens andre ledere fremhæver at det ikke er selve aftalerne og overenskomsterne men fortolkningen af dem der er barrieren. Fælles er en relativt gennemgående oplevelse af, at aftalerne og overenskomsterne er svære at navigere i. Til samme typer af situationer er der blandt medarbejderne en oplevelse, som – lidt karikeret - knytter sig til at blive behandlet som "brikker", som bliver flyttet rundt uden tilstrækkelig inddragelse i at finde de gode løsninger på kapacitetsudfordringerne (jf. citat til højre).
- **Udviklingsopgaver:** Flere medarbejdere, både med og uden en særlig udviklingsfunktion, italesætter en oplevelse af, at udviklingskraften på afdelingerne er centreret på for få medarbejdere. Konsekvensen er todelt; for det første reducerer det udviklingskraften i organisationerne, fordi de organisatoriske kompetencer, som skal til for at drive udviklings- og forandringsarbejdet, ikke opdyrkes og opretholdes bredt. For det andet, og mere direkte i relation til trivsel og arbejdsmiljø, bidrager det til en oplevelse af ikke at være med i udviklingen af arbejdspladsen, ligesom det mindsker muligheden for en mere varieret opgaveportefølje og udviklingsvej.
- **Vagtplanlægning:** Udfordringerne med at få vagtkabalen til at gå op - med vagtbyrden og de stigende krav til fleksibilitet i arbejdslivet - er et velkendt tema, som også har været bredt italesat gennem interviewprogrammet. Meget fokus har deraf været rettet på selve vagtplanlægningsopgaven. Det er med afsæt i interviewprogrammet for denne analyse nogle – om end ikke mange – førstehåndserfaringer med manglende (oplevet) indflydelse på vagtplanen. De fleste respondenter italesætter dog en oplevelse af, at der på deres egen afdeling er stort fokus på at honorere medarbejdernes ønsker til vagtplanen, og at de derfor ikke personligt oplever de store udfordringer – udover i situationer med kraftig mangel på personale, hvor ledelsen bredt set betragtes som prisgivet i arbejdet med at få alle ønsker til at gå op i en højere enhed. Den situation forstås bedre som en udfordring med tilstrækkelig bemanning (med de rette kompetencer), snarere end en udfordring med selve vagtplanlægningsopgaven.

**JEG FORSTÅR GODT
BEHOVET FOR, AT VI I
PERIODER BIDRAGER
ANDRE STEDER, HVIS
BELASTNINGEN ER
STOR. JEG FORSTÅR
BARE IKKE, HVORFOR VI
IKKE BLIVER
INDDRAGET I AT FINDE
EN LØSNING, ALLE KAN
VÆRE I**

Sygeplejerske



2.3 Involvering

Vurdering af udfordringens omfang

Det er en umiddelbar vurdering på baggrund af det kvalitative grundlag for denne analyse, at manglende medindflydelse og -inddragelse er blandt de største afdækkede udfordringer for trivsel og arbejdsmiljø for medarbejderne bredt set. Udfordringen italesattes dog ikke helt på niveau med det høje arbejdspress, som har været italesat som den væsentligste udfordring.

Følgende observationer omkring omfanget af udfordringen og faggruppespecifikke variationer er relevante:

- Der tegner sig et billede af, at inddragelsen af medarbejdere i både de organisatoriske udviklingsopgaver og i håndteringen af kapacitetsudfordringerne opleves utilstrækkelig. Udfordringen knytter i særlig grad til håndtering af kapacitetsudfordringer og organisatorisk udvikling og i mindre omfang til vagtplanlægningsopgaven.
- Den afdækkede udfordring relateret til vagtplanlægning er – ikke overraskende - størst inden for de faggrupper og funktioner med betydelig vagtbyrde, herunder særligt inden for plejeområdet. Der har således været meget begrænset italesættelse af udfordringen hos fx portører og serviceassistenter, som i interviewprogrammet generelt har henvist til, at der er stor forudsigelighed og gode muligheder for at bytte vagter internt. Blandt andre faggrupper, herunder særligt lægesekretærerne, er der ikke italesat udfordringer med indflydelse på vagtplanen blandt de interviewede respondenter.

**JEG SYNES FAKTISK
VORES LEDER GØR HVAD
HUN KAN FOR AT VI FÅR
VORES ØNSKER OPFYLDT.
DET KAN SELVFØLGELIG
IKKE ALTID LADE SIG
GØRE, MEN JEG SYNES
HUN GØR HVAD HUN KAN**

Social- og sundhedsassistent



Illustrativt eksempel på udfordringen:

En bioanalytiker fortæller, at de kun kender deres vagtplan fire uger frem, og giver eksempler på hvor umulig langsigtet planlægning af fx deltagelse i særlige events kan være. Samtidig er afdelingen præget af mange sygdommeldinger og medarbejdere i samme livssituation, hvorfor der sker så regelmæssige ændringer i vagtplanen, at det reelt føles som om, man er uden indflydelse.

2.4 Brug af kompetencer

Introduktion

En oplevelse, som har været udtalt på tværs af en række faggrupper – dog med undtagelse af sygeplejersker og læger – er ikke at kunne, at "få lov til" eller have mulighed for at bringe sine kompetencer i spil. Det er et samlet indtryk fra såvel denne analyse som fra analysen for Sundhedsministeriet og Robusthedskommissionen, at der står en række faggrupper og kigger ind på sygeplejerskekrise med en oplevelse af at have kompetencer til at bidrage og med en uforståenhed over for, at deres kompetencer ikke bringes mere i spil. Dette er ikke en analytisk konklusion om, hvad der skal gøres, men blot en fremhævelse af et udtalt tema blandt en stor andel af de interviewede faggrupper, herunder social- og sundhedsassistenter, ergo- og fysioterapeuter, diætister, serviceassistenter, portører, lægesekretærer og tandplejere. Det skal her nævnes, at flere sygeplejersker også har udtalt ønske om, at flere faggrupper bringes mere i spil, men også oplever at det kan være svært at få til at fungere i praksis, fordi opgaverne i sidste ende ofte falder tilbage på sygeplejerskerne fordi de oplever at stå med ansvaret når der sker noget uforudset.

Der er i interviewprogrammet særligt italesat måder hvorpå oplevelsen af ikke at kunne bringe sine kompetencer i spil, er en kilde til forringet trivsel og dårligt arbejdsmiljø:

- **Ikke føle sig forstået i sin faglighed:** Flere medarbejdere blandt ovenstående faggrupper italesætter en oplevelse af, at der generelt er manglende kendskab til deres faglighed og kompetencer. Flere peger på, hvordan den manglende forståelse kan udmønte sig i en usikkerhed hos andre om kvaliteten af deres opgaveløsning. Det beskrives endvidere som en kilde til frustration hos nogle at blive ledet af en leder fra en anden faggruppe end deres egen med en oplevelse af, at forståelsen for fagligheden mangler.
- **At kunne bidrage, men ikke få lov eller mulighed:** Flere medarbejdere italesætter det som en selvstændig kilde til frustration at opleve, at man kan bidrage til at løse nogle af de aktuelle udfordringer, men ikke "får lov" eller mulighed. Det tager flere former; fra social- og sundhedsassistenter, som ikke må løse diverse opgaver (uden dog at kunne pege på, hvor reglerne stammer fra), til serviceassistenter og lægesekretærer, som gerne vil bidrage mere til at aflaste sygeplejerskerne, til diætisterne og tandplejerne, som mener at have kompetencer, som både kan forbedre patientforløbene og aflaste sygeplejerskerne, men som ikke føler sig bredt indtænkt og inkluderet i opgaveløsningen.
- **Ikke at føle sig værdsat:** Faggrupper, der understøtter patientnære opgaver i samarbejde med sygeplejerskerne, oplever til tider, at de primært involveres grundet sygeplejerskemangel. Det medfører en følelse af ikke at blive fagligt værdsat, men derimod at indgå i mangel på bedre. I forlængelse heraf, men fra den anden vinkel, italesætter enkelte sygeplejersker, at de foretrækker at anvende sygeplejersker til plejeopgaverne, mens andre faggruppers kompetencer primært anses som nødvendige ved sygeplejerskemangel.
- **Ensformige arbejdsopgaver:** Enkelte, særligt inden for faggrupperne farmakonom, bioanalytiker og radiografer, oplever ofte at udføre ensformige arbejdsopgaver, med en oplevelse af, ikke at bringe den fulde palette af kompetencer i spil.

Illustrativt eksempel på udfordringen:

En lægesekretær fortæller, at en uheldig stor andel af deres tid bliver benyttet på at booke og ombooke patienter. Det skyldes bl.a., at arbejdsgangene ikke tager højde for, hvornår patienterne har mulighed for at møde ind til konsultation. Hun vurderer, at de kan frigive mellem 30-50% af deres tid, hvis patienterne selv havde mulighed for at booke deres tider i et bookingsystem, hvorved deres kompetencer i højere grad kunne bringes i spil i andre opgaver.

Illustrativt eksempel på udfordringen:

Social- og sundhedsassistenter fortæller, at der er stor variation mellem afdelingerne på sygehuset ift., hvilke opgaver de varetager, og at denne variation primært bunder i manglende kendskab til deres kompetencer samt forskellige tolkninger af lovgivningsmæssige beføjelser.

DET ER FINT NOK, AT VI NOGLE GANGE BRUGES SOM HÆNDER I MEDICINRUMMET. MEN VI HAR ALTSÅ OGSÅ BRUG FOR AT BRUGE HOVEDET, OG DER SYNES JEG IKKE, AFDELINGERNE BRUGER VORES KOMPETENCER GODT NOK

Farmakonom



2.5 Tilknytning og ansvar

Introduktion

I interviewprogrammet har det fyldt meget blandt visse faggrupper, hvordan medarbejdernes tilknytning til afdelingerne udfordres af manglende fagligt tilhørsforhold. Dertil fremhæves det, hvordan manglende tilknytning til afdelingen får betydning for medarbejdernes (oplevede) ansvar for opgaverne.

Medarbejderne peger på følgende tre områder, som har særlig betydning for deres oplevelse af tilhørsforhold samt ansvar for den fælles opgaveløsning;

- **Sporadisk tilknytning til afdelingerne:** Flere medarbejdere forankret uden for afdelingerne, og som varetager opgaver på afdelingerne, oplever, at de ofte kan være "usynlige" for afdelingens øvrige personale. Det er vanskeligt for dem at skabe de nødvendige relationer til medarbejderne på afdelingerne, som danner grundlag for et godt samarbejde, og som samtidig sikrer, at de bliver indtænkt i arbejdsgangene. Det gør det svært at flage, hvis der er udfordringer, fx uhensigtsmæssige arbejds gange, uholdbar travlhed på dagen eller for ensformigt arbejde. Det kræver mod at række hånden i vejret, når der ved sporadisk tilknytning til afdelingerne ikke opleves at være et trygt rum, hvor udfordringer og bekymringer frit kan deles. Det udfordres yderligere af, at de faggrupperne ansat "uden for" afdelinger ofte ikke er repræsenteret i afdelingernes ledelse, hvilket kan give en oplevelse af manglende forståelse for faggruppenspecifikke kompetencer og forstærke oplevelsen af at stå uden for afdelingerne.
- **Ansvar for opgaver:** Medarbejdere på sengeafdelingerne – særligt sygeplejersker – fremhæver, at når medarbejdere bliver sporadisk (og evt. konsulentbaseret) tilknyttet afdelingerne, giver det en tendens til, at ansvaret for opgaverne ofte falder tilbage på det faste personale på afdelingerne ved uforudsete problemer, herunder fx at patienterne ikke er i stand til at modtage behandling til den tiltænke tid. For medarbejderne på sengeafdelingerne betyder det øget arbejds pres og en følelse af ikke at kunne vide sig sikker på, hvilke opgaver der kan forventes udført.
- **Arbejdsdeling mellem akut- og stamafdelinger:** Der har blandt de interviewede været italesat udfordringer med at være tilknyttet mere end én afdeling. Det kommer særligt til udtryk blandt læger, der varetager funktioner i akutmodtagelserne, men med primær funktion på en stamafdeling. Samtidig giver det anledning til utilfredshed blandt de læger, der er blevet pålagt vagter i akutmodtagelsen, men egentlig hellere så deres daglige virke på andre afdelinger – i særdeleshed blandt yngre læger, der pålægges vagter i akutmodtagelsen, selvom de har ønske om anden specialisering.

TILKNYTNINGEN TIL AFDELINGEN UDFORDRES AF, AT VI OFTE ER USYNLIGE FOR DEM - BÅDE SOCIALT, MEN OGSÅ FAGLIGT. VI INDTÆNKES IKKE I PATIENTENS BEHANDLING. DET ER FRUSTRERENDE AT SE, AT ENS TID MED PATIENTEN KUNNE VÆRE ANVENDT BEDRE

Fysioterapeut



Illustrativt eksempel på udfordringen:

En repræsentant for diætister beretter, at faggruppen oplever at være "alene" på afdelingerne, da de oftest ikke er tilknyttet faste afdelinger. Det er ofte tilfældet, at de må transportere sig rundt mellem afdelinger med computeren i rygsækken, uden at have egentlige arbejdsstationer nogle steder. Det bidrager til en oplevelse af hverken at indgå i fællesskabet på afdelingerne eller blandt andre diætister.

2.6 Forventninger fra patienterne

Introduktion

Et tema, som har fyldt meget i interviewprogrammet, er en oplevelse af, at patienternes forventninger til mødet med sundhedsvæsenet er i udvikling. Nogle af de forventninger patienterne har til det sundhedsfaglige personale, opleves af personale til tider som værende svære at leve op til dem – ikke fordi forventningerne nødvendigvis er urimelige, men fordi rammerne for håndtering af dem ikke altid er tilstede.

En af forskellene mellem ledelses- og medarbejderperspektivet er, at medarbejderne italesætter, at forventningerne fra patienterne kan opleves som et pres der kan have betydning for arbejdsmiljøet, mens (særligt top)lederne italesætter det forventningsmæssige pres fra politikerne (udrednings- og behandlingsgaranti mv.) som en væsentlig kilde til det pres sundhedsvæsenet står i.

Der italesættes blandt medarbejderne altså en udvikling hvor mødet med patienten er sværere end tidligere. Medarbejderne peger på to årsager til dette, som har særlig betydning;

- **”Bristede forventninger”**: Flere medarbejdere, særligt plejepersonale på sengeafdelinger og læger på akutmodtagelser, har italesat, at de oplever, at det kan være svært at imødekomme patienternes (berettigede) forventninger. Det skyldes især et generelt lavere serviceniveau i perioder med væsentligt arbejdspress. Særligt på akutområdet fremhæves regelmæssige situationer hvor patienter henvises fra almen praksis til akutmodtagelserne med håb om, at kunne blive set af en speciallæge, men møder en yngre læge, der må give patienten besked om, at de skal bestille tid hos egen læge og få en henvisning. Medarbejderne i frontlinjen bliver modtagere af den frustration det naturligt medfører blandt patienterne. Flere fortæller om patienter, som til tider bliver meget vrede, hvilket kan være svært at tackle og påvirker medarbejdernes trivsel – også selvom det ikke er dagligdag at støde på de situationer.
- **Øget indsigt i egen sygdom**: Der ses en øget tendens til patienter, der i stigende grad har indsigt i eget helbreds- og sygdomsbillede, hvilket blandt andet skyldes en øget digitalisering og adgang til sundhedsinformation på internettet. Patienternes øgede sundhedsforståelse kan føre til større krav og forventninger til både personale samt den behandling, som patienterne oplever, de burde modtage. Det kan stille det sundhedsfaglige personale i svære situationer, når patienterne reagerer negativt på, at medarbejderne enten ikke kan svare eller skal fortælle patienten, at de ikke kan modtage den ønskede behandling.

Samlet set er der en oplevelse af, at ovenstående tendenser medfører større følelsesmæssige krav hos medarbejderne. Udfordringerne har, naturligt nok, været særligt italesat på tværs af faggrupper med direkte patientkontakt.

**SÅ HAR PATIENTEN LÆST
ET ELLER ANDET PÅ
NETTET OG BEGYNDER AT
SPØRGE, OM DE IKKE
OGSÅ SKAL DET. JEG
ANER IKKE, HVAD JEG
SKAL SVARE.**

Social- og sundhedsassistent



Illustrativt eksempel på udfordringen:

En jordemoder fortæller, at de høje følelsesmæssige krav i stigende grad gør sig gældende i det daglige virke ved ”ikke komplicerede” fødsler. Hun beskriver, hvordan fødende kvinder har stigende behov for og forventning til tæt inddragelse af jordemoderen under hele fødslen, bl.a. ved at skulle deltage i samtlige åndedrætsøvelser, og hvordan de krav til jordemoderens tilstedeværelse kan være både fysisk og psykisk udmattende.

Illustrativt eksempel på udfordringen:

En social- og sundhedsassistent har oplevet episoder med enkelte patienter, der bliver aggressive og udadreagerende på det sundhedsfaglige personale grundet patientens høje grad af indsigt i egen sygdom og deraf forventninger til specifikke behandlingsforløb.

2.7 Forventninger til arbejdslivet

Introduktion

Et gennemgående tema på tværs af faggrupperne knytter sig til ændrede forventninger til arbejdslivet blandt særligt de yngre generationer på arbejdsmarkedet. Det er et velkendt tema også fra litteraturen, som kan give anledning til gnidninger mellem yngre og ældre generationer på arbejdspladsen, samt ikke mindst give behov for at bedrive ledelse på nye måder. Følgende elementer har været fremhævet som værende kendetegnende for nye krav til arbejdslivet særligt blandt yngre medarbejdere;

- **Work-life-balance og fleksibilitet:** Flere fremhæver, at især yngre generationer stiller krav om et mere fleksibelt arbejdsliv end tidligere, hvor der i forbindelse med fx vagtplanlægningen skal tages flere private hensyn. Flere fremhæver, at en del af forklaringen på dette sandsynligvis skyldes, at arbejdet har en anden status og prioritet for mange unge i dag, end det havde tidligere, hvor arbejde og identitet var tættere forbundet. Samtidig italesætter flere ældre medarbejdere og ledere, at der blandt flere faggrupper er en anden sårbarhed blandt både studerende/elever og nyuddannede end tidligere, hvilket stiller større krav om, at der værnes om yngre medarbejdere med særlige hensyn. Hvorvidt – eller i hvilket omfang - dette er korrekt, har ikke været formålet at undersøge, men oplevelsen og italesættelsen blandt flere respondenter og på tværs af faggrupper har været tydelig.
- **Forventninger til ledelsesstil:** De yngre generationer er vokset op i en anden tid end mange af de nuværende ledere i sundhedsvæsenet. En af de måder, det giver udslag på er, at der blandt mange yngre medarbejdere er en større forventning om flade strukturer og medbestemmelse med væsentlig mindre accept af de klassiske ledelseshierarkier og –former, som dominerer i sundhedsvæsenet. Enkelte respondenter har samtidig påpeget, at tendensen også kan gå den anden vej; altså at nogle yngre ledere kan have svært ved at navigere i de forventninger, som ældre medarbejdere har til en leder, fx det at "skære igennem" i stedet for at bruge længere tid i inddragende processer.
- **Prestige:** Flere respondenter fremhæver, hvordan de oplever, at der er faldende interesse for deres fagprofession, fordi der i samfundet er øget fokus på prestigen i ens arbejde. Det opleves at give rekrutteringsudfordringer, hvor det særligt er svært at tiltrække yngre generationer til uddannelserne. Udfordringerne med – og bekymringen for – at kunne skabe interesse for faget blandt yngre generationer gør sig i særdeleshed gældende blandt professioner med kortere uddannelse og mere begrænsede karrieremuligheder på sygehusene, som de ser ud i dag.

DET KAN GODT VÆRE AT DER ALTID HAR VÆRET GENERATIONSFORSKELLE. DET KAN OGSÅ GODT VÆRE AT VI IKKE ER GODE NOK TIL AT INDRETTE OS EFTER DE NYE GENERATIONERS ØNSKER. JEG VED DET IKKE. MEN VI BØVLER I HVERT FALD MED DET.

Sygeplejerske



Illustrativt eksempel på udfordringen:

En bioanalytiker fortæller, at det især er afdelingens yngre medarbejdere, der er ved at stifte familie, der oplever udfordringer med at forene arbejds- og familielivet ved weekend- og døgnbemanding. Det tilskrives bioanalytikeren dels et ønske om en skarp adskillelse af arbejds- og privatliv med mere tid til familien samt manglende fleksibilitet i vagtplanlægning.

Illustrativt eksempel på udfordringen:

En leder for rengøringsassistenter fortæller, at de oplever store udfordringer med at rekruttere tilstrækkeligt personale både hvad angår antal og kvalitet. Heraf er en væsentlig årsag manglende oplevet prestige i faget som rengøringsassistent, hvor et faldende antal går ind i faget, da yngre generationer ikke ser professionen som en faglig disciplin.

3. NYE VEJE

3.1 Introduktion til udviklingsperspektiver

Der er i forbindelse med indsamlingen af gode erfaringer afdækket en række eksempler på tiltag og indsatser, der kan have en positiv betydning for trivsel, arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse. Erfaringerne er afdækket kvalitativt som led i interviewprogrammet ud fra følgende "inklusionskriterier":

- Der er dokumenterede eller oplevede **positive resultater** på trivsel, arbejdsmiljø, rekruttering- og/eller fastholdelsesmuligheder
- Der er et **væsentligt potentiale** for sygehusvæsenet som helhed ved bred implementering
- Indsatsen er **i drift** (må ikke blot være en idé)
- Indsatsen har som udgangspunkt en **positiv betydning for patientkvaliteten** – eller som minimum ikke en negativ betydning

Erfaringerne er kategoriseret i seks overordnede temaer, hvor ét af temaerne mest oplagt tænkes som en understøttende indsats for de øvrige indsatser, jf. figuren til højre. Der er samlet set tale om relativt velkendte temaer, som der i forskellige afskygninger har været talt om eller arbejdet med over årene. Samtidig må det dog konstateres, at selvom temaerne måske er velkendte, er de ikke bredt implementeret, og indsatsernes potentiale er ikke fuldt indfriet.

Der er af samme grund et væsentligt fokus i det videre forløb på at arbejde systematisk med implementeringsopgaven.

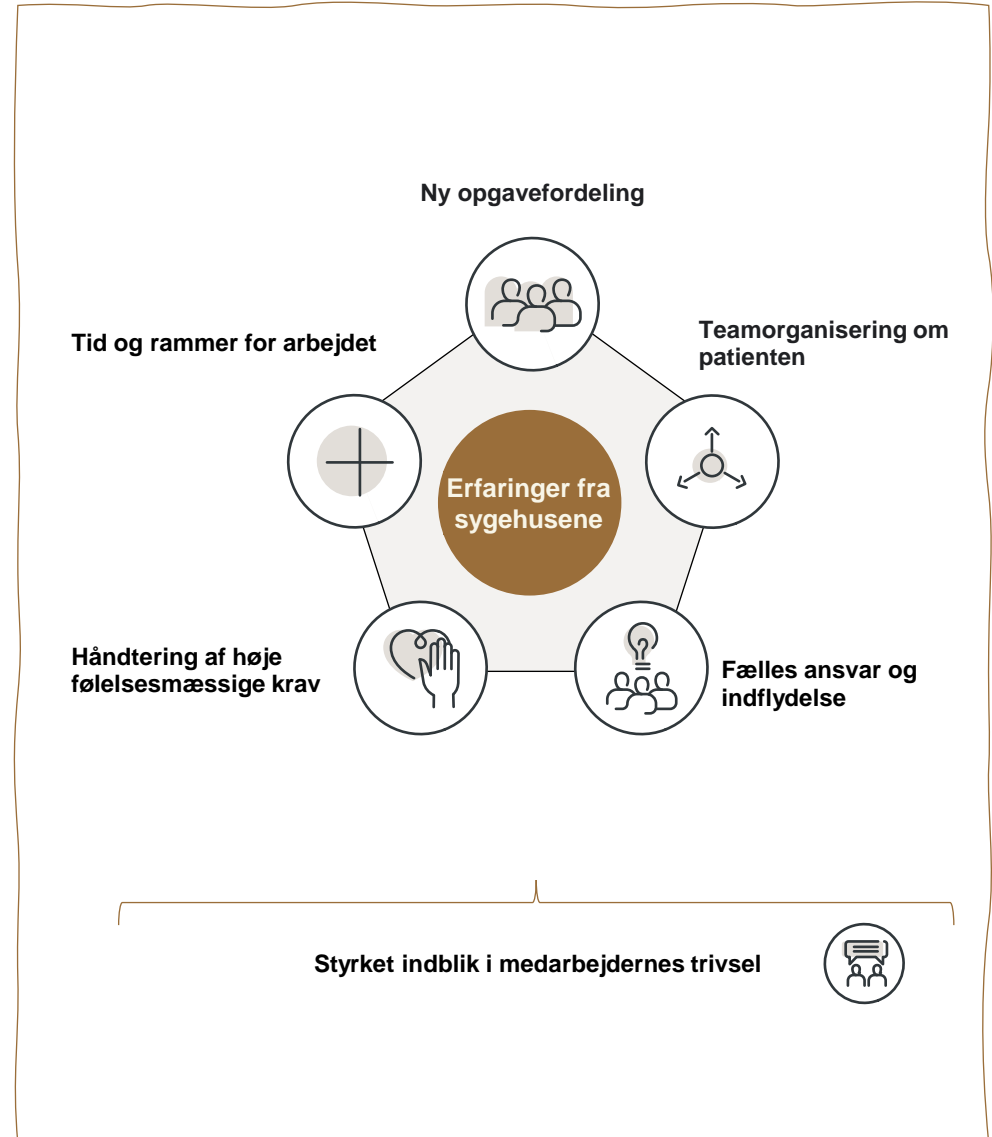
De fem temaer udfoldes på de næste sider med:

- En **kort introduktion** til de identificerede tiltag og indsatser inden for hvert tema
- En beskrivelse af de væsentligste **barrierer og implementeringsforudsætninger**, der er nødvendige at have for øje i arbejdet med tiltagene
- En vurdering af, hvilke udfordringer erfaringerne "svarer på" samt den eller de **virkningsmekanismer**, som gør, at tiltagene har en positiv betydning for trivsel, arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse.

Erfaringerne er bevidst beskrevet kortfattet og overordnet. Det skyldes først og fremmest, at det primære formål med erfaringsindsamlingen er at etablere et godt afsæt for udviklingsfasen i efteråret 2023. Afprøvningsresultaterne skal forankres på sygehusene, og der vil derfor være behov for, at de konkrete indsatser, som skal afprøves, tilpasses lokale forhold og det strategiske arbejde, som allerede er i fokus på det pågældende sygehus.

Erfaringsopsamlingen skal derfor først og fremmest læses som et forsøg på at skabe overblik over væsentlige temaer som afsæt for dialog med lokale aktører.

Overblik over erfaringsopsamlingen fordelt i temaer



3.2 Ny opgavefordeling (1 af 2)

En af de store aktuelle indsatser er bevægelsen mod en ny opgavefordeling, hvor flere faggrupper bringes i spil i opgaveløsningen. Afsættet er, at mange afdelinger over en årrække har skåret en række faggrupper fra, så afdelingerne i dag i vid udstrækning er bemandet af sygeplejersker, som dækker langt de fleste opgaver.

Det er velafdækket – og også bekræftet i denne analyse - at én af konsekvenserne af dette er, at sygeplejerskerne ikke alene bruger en større del af deres tid på administrative og praktiske opgaver, men også på kliniske opgaver som også ligger inden for andre faggruppers kompetencefelt. En fortælling om behovet for en ny opgavefordeling er således, at den er et nødvendigt svar på den aktuelle og fremtidige mangel på sygeplejersker. En anden og mere positiv fortælling går på det selvstændige faglige og arbejdsmiljømæssige rationale for bringe flere faggrupper i spil. På strukturelt niveau og på lang sigt er begge fortællinger sandsynligvis rigtige, mens der på lokalt niveau er set eksempler på, at indsatsen har været pauseret i perioder uden mangel på sygeplejersker. Det kan illustrere risikoen ved, at narrativet alene bygges op om manglen på sygeplejersker.

Ny opgavefordeling mellem faggrupper

Der er på de fleste afdelinger en veletableret arbejdsdeling mellem faggrupperne, som over tid bliver rodfæstet i afdelingens rutiner og kultur. Der har naturligvis altid været "bevægelser" i opgavedelingen over tid, men meget tyder på, at disse bevægelser har taget væsentligt mere fart de seneste år, og at stadig flere afdelinger eksperimenterer med nye måder at fordele opgaverne på.

Det kan enten være ved at fordele opgaver mellem de faggrupper, som allerede er tilstede på afdelingen, eller det kan være ved at inddrage faggrupper, der ikke tidligere har været tradition for at have på afdelingen. Nogle af de eksempler, der ifm. interviewprogrammet har været nævnt, er:

- Farmakonomer, som kan bidrage til opgaver vedr. medicin
- Ergo- og fysioterapeuter, som bl.a. kan bidrage med mobilisering af patienter ifm. plejen
- Diætister, som kan bidrage til ernæringsindsatsen
- Tandplejere, som kan bidrage til arbejdet med svækkede patienters tandsundhed
- Portører, som på nogle sygehuse er opkvalificeret til at kunne indgå i dele af plejen
- Lægeseekretærer, som kan varetage en række administrative opgaver relateret til plejen
- Ufaglærte, som kan varetage en række praktiske opgaver

... og mange flere konkrete eksempler. Der vil altid være en række lokale forhold både ift. patientgrundlag og eksisterende kompetencer og kultur, som vil være afgørende for, hvad der giver bedst mening for den enkelte afdeling. Det væsentligste spørgsmål er derfor ikke, hvordan opgavefordelingen optimalt set burde tilrettelægges, men hvordan man kan skabe organisationer, som har nysgerrigheden og evnen til løbende at være afsøgende på nye måder at fordele opgaverne på.

VI MANGLER JO UDDANNET ARBEJDSKRAFT. HVIS VI SKAL LYKKE, HANDLER DET OGSÅ OM, AT ALLE SKAL BIDRAGE MED DET DE ER BEDST TIL. JEG TROR VI KUNNE LØSE OPGAVERNE MEGET MERE I FÆLLESSKAB.

Sygeplejerske



3.2 Ny opgavefordeling (2 af 2)

Forudsætninger og barrierer

Der er en underliggende forudsætning, som knytter sig til nysgerrigheden og evnen til løbende at være afsøgende på mulighederne for at bruge faggruppernes kompetencer mere optimalt ved at kigge på fordelingen af opgaverne.

Når denne underliggende nysgerrighed er tilstede, er de væsentlige forudsætninger:

● Kompetencer og fagidentitet

- Rigide faggruppegrænser: Flere nævner, at traditionsbundne – snarere end fagligt begrundede – opgavedelinger, er en væsentlig barriere. Tilrettelæggelsen af en inddragende proces med dialog om, hvad der er fagligt begrundet, og hvad der tradition/vane/kultur, er derfor en nødvendighed.

● Ledelse og forandring

- Faglig tryghed: Når der skal arbejdes med en ny opgavefordeling, er der nogen der skal "stoppe med" at løse en opgave og andre der skal "starte med" at løse opgaven. Der er normalt stort fokus de kompetencemæssige forudsætninger hos dem der skal starte med at løse opgaven. Flere påpeger, at en mindst lige så vigtig forudsætning er, at der skabes tryghed hos dem som ikke længere skal løse opgaven ved, at opgaveløsningen kan udføres på et tilstrækkeligt fagligt niveau. Flere steder beretter i forlængelse af dette om oplevelser med at de første skridt mod nye opgavefordelinger blev mødt af skepsis, men eftersom der over tid kom større kendskab til hinandens kompetencer kom der også større tryghed ved at "gå endnu længere" i nye måder af fordele opgaverne på.

Inspirationskilder

Afdeling for organkirurgi og transplantation og afdeling for blodsygdomme, Rigshospitalet

På Afdeling for Organkirurgi og Transplantation samt Afdeling for Blodsygdomme på Rigshospitalet har de haft gode erfaringer med bruge både diætister og farmakonomer i afdelingens kliniske og patientnære opgaver. Afsættet for bevægelsen mod fler- og tværfaglig opgaveløsning har været et samtidigt ønske om at frigøre tid for plejepersonalet i lyset af svære rekrutteringsmuligheder, samt højne kvaliteten af patientforløbene ved at bringe farmakonomer og diætister i spil til opgaver inden for medicin og ernæring som de har særlige kompetencemæssige forudsætninger for at kunne løse. Oplevelsen er, at sygeplejerskernes tid i mindre grad bliver bundet i instrumentelle opgaver, og at forudsætningerne for den omsorgsorienterede patientkontakt dermed er forbedret.

Afdelingerne oplever selv, at arbejdet med at bringe flere faggrupper ind på afdelingerne har været frugtbar, men også svært. Der har været oplevelser blandt personalet af til tider at miste overblikket fordi den samlede indsats fordeles på flere medarbejdere, samtidig med en risiko for, at indsatsen bliver fragmenteret hvis den ikke koordineres og planlægges tilstrækkeligt. Men fordi behovet og rationale i omstillingen har været tydeligt, er oplevelsen at det med vedholdenhed og kontinuerlige justeringer alligevel er lykkedes at komme langt og med positive konsekvenser for både personale og patienter.

Begge afdelinger vurderer, at et naturligt næste skridt i udviklingen mod større fler- og tværfaglighed, vil være en yderligere udbygning af samarbejdet med fys- og ergoterapeuterne.

3.3 Teamorganisering om patienten (1 af 2)

Med teamorganisering forstås her et koordineret samarbejde mellem en gruppe medarbejdere med fælles ansvar for en gruppe patienter, hvor alle i teamet har klare roller og ansvarsområder, og hver især bidrager med) deres særlige (evt. faggruppespecifikke) viden om hvordan indsatsen over for patienten skal tilrettelægges. Det er særligt den tværfaglige teamorganisering der i denne afdækning er beskrevet gode erfaringer med. Der er et klinisk såvel som et arbejdsmiljømæssigt rationale i et velfungerende (tværfagligt) teamsamarbejde.

Teamorganisering om patienten ligger som indsats i naturlig forlængelse af indsatsen med ny opgavefordeling. Det vil sige, når opgavefordelingen mellem faggrupperne ændres væsentligt, og særligt når den bliver reelt fler- og tværfaglig, giver det også behov for at organisere opgaveløsningen på nye måder. Det vil være en naturlig konsekvens af, at der kommer flere forskellige faggrupper ind over det samme patientforløb. Teamorganisering om patienten kan på den måde være en forudsætning for, at få mest mulig værdi ud af indsatsen med at fordele opgaverne mellem faggrupper på nye måder.

Teamorganisering om patienten

Tværfaglig teamorganisering om patienten betyder, at et tværfagligt team i fællesskab har ansvar for og koordinerer den samlede indsats over for patienter.

I forhold til en mere monofaglig opgaveløsning, vil en tværfaglig teamorganisering for sygeplejerskerne betyde, at de skal dække over en større patientgruppe, end de ville gøre, hvis de selv varetog en større del af den samlede indsats alene. Derfor bliver sygeplejerskernes opgave i højere grad at koordinere den samlede (ikke-lægefaglige) indsats, herunder at identificere og prioritere mellem patienternes behov og at mobilisere de relevante kompetencer i teamet.

Det er væsentligt for en sådan indsats, at sygeplejersken ikke dekobles den regelmæssige og tætte kontakt med patienten, så han eller hun mister forudsætningerne for at bære kontinuiteten i forløbet. Der er derfor en konstant balance mellem på den ene side at inddrage forskellige faggrupper mhp. at matche patientens behov og teamets kompetencer og på den anden side at sikre, at indsatsen og forløbet ikke bliver fragmenteret.

De fleste respondenter italesætter et behov for, at hvis en sådan teamorganisering skal fungere, skal de involverede faggrupper integreres i afdelingen, så de ikke alene bidrager til afgrænsede opgaver på "konsulentbasis".

De fleste vurderer endvidere, at det alene er sygeplejerskerne, der har de kompetencemæssige forudsætninger for at koordinere den samlede tværfaglige indsats i komplekse patientforløb, (mens ukomplicerede forløb evt. kan koordineres af andre faggrupper). Der er samtidig blandt flere respondenter leget med tanken om, at ergoterapeuter også ville kunne løfte opgaven fx inden for udvalgte geriatriske forløb.

JEG TROR VI SKAL PASSE PÅ MED AT GØRE DET SVÆRERE END DET ER. DET ER KLART DER ER NOGET TILVÆNNING I DET HVIS MAN HAR ARBEJDET PÅ EN ANDEN MÅDE I LANG TID. MEN SELVFØLGELIG KAN DET LADE SIG GØRE. MEGET AF DET ER GAMLE DYDER.

Leder



3.3 Teamorganisering om patienten (2 af 2)

Forudsætninger og barrierer

For at skabe en reel mulighed for at etablere en teamorganisering rundt om patienten, forudsætter det, at der koordineres i langt højere grad end tidligere, og der træffes organisatoriske valg, som understøtter det tværfaglige samarbejde. Følgende forudsætninger er fremhævet som særlig væsentlige:

○ Kompetencer og fagidentitet

- Kompetencer til at løfte det koordinerende ansvar: At varetage en "ny" rolle, man ikke er vant til, kræver oplæring og rutine. Hvis dette ikke dyrkes tilstrækkeligt, vil der være en væsentlig risiko for, at medarbejderne "falder tilbage" i de kendte roller.

○ Organisering og ressourcer

- Integration på afdelingen: Hvis samarbejdet mellem faggrupperne reelt skal være tværfagligt, kræver det tæt, løbende koordinering. Samarbejdet skal samtidig være så tæt og med fælles ansvar for patientforløbet, at alle parter kan være fuldt ud trygge ved, at opgaverne bliver løst – og ikke blot "falder tilbage" på sygeplejersken eller falder "mellem flere stole", hvis der sker noget uforudset.
- Fordeling af vagtbyrden: Flere – ikke kun sygeplejersker – fremhæver, at hvis der reelt er en fælles mission om at skabe mere tværfaglig opgaveløsning, må der også være en ambition om, at alle faggrupper tager del i vagtbyrden i det omfang, det giver fagligt mening. Det er samtidig en forudsætning, at faggrupperne har samme mødetider, og hjælper hinanden med at løse opgaverne sammen – også om aftenen.

○ Ledelse og forandring

- Komplexiteten i vagtplanlægningsopgaven: Det er en sværere opgave at vagtplanlægge for en tværfaglig opgaveløsning på en afdeling end for en monofaglig opgaveløsning. De ledelsesmæssige og planlægningsmæssige evner og prioritering heraf er kritiske forudsætninger.



3.4 Fælles ansvar og indflydelse (1 af 2)

Ansvar og beslutningskompetence er på sygehusene ofte og i vid udstrækning bundet ind i et relativt stærkt hierarkisk system, hvor medarbejdernes handlerum ofte er eller opleves som begrænset. Flere steder arbejdes der på at skabe større handlerum for medarbejderne til at kunne tage større ansvar for drift og udvikling.

En af bevæggrundene er, at der er trivselsmæssige konsekvenser af at opleve udfordringer "tæt på kroppen", men uden at have reelle muligheder for at handle på dem og tage ansvar for deres håndtering. Fællesnævneren for indsatserne er således, at de forsøger at distribuere og kollektivisere ansvar og kompetence, som tidligere var forankret mere snævert i organisationen. Det bygger på en grundlæggende idé om, at medarbejderne vokser til og med de opgaver og det ansvar, de stilles og får. Det er samtidig et opgør med en lang tradition for, hvilke opgaver der løses af hvem og hvordan, herunder særligt ledelsens og udvalgte funktioners roller ifm. fx udviklingsarbejdet. Arbejdet med at skabe fælles ansvar og indflydelse handler derfor også om at skabe organisationer og ledelse, som giver medarbejderne platformen, mandatet og kompetencen til at initiere og drive meningsfulde opgaver og udviklinger, de sammen finder motivation ved.

Der er identificeret to typer af tiltag, som hver især eller i kombination med hinanden kan danne grundlag for egentlige prøvehandlinger. Disse beskrives neden for.

Medarbejderdrevet vagtplanlægning

De fleste steder er det en ledelsesopgave at lægge vagtplanen. Der er i disse modeller forskellige konstruktioner af, hvordan medarbejdernes ønsker kan blive tilkendegivet og imødekommet. Fælles er dog, at det er lederen, som har ansvaret for at træffe de nødvendige beslutninger, der skal til for, at "kabalens" i sidste ende går op.

En af de interessante indsatser, der arbejdes med, går på i videst muligt omfang at give medarbejdere både mulighed, kompetence og ansvar for selv at lægge vagtplanen ud fra den tanke, at det giver de bedste forudsætninger for at få fleksibilitet og særlige hensyn til at gå op i en højere enhed med fremmødebehovet. Det indebærer ultimativt, at det er medarbejderne i fællesskab, som skal finde løsninger på, hvordan "kabalens" kan gå op, når der er tilsyneladende modstrid mellem ønsker og behov for fremmøde.

Det er altså et forsøg på at kollektivisere en typisk ledelsesopgave. Det kan i praksis være, at medarbejderne vælger at uddelegere dele af den praktiske gennemførelse, så udvalgte medarbejdere – eller for den sags skyld ledere – har en særlig funktion i vagtplanlægningsarbejdet. Væsentligt er dog, at der, uagtet delegering af den praktiske opgave, fortsat er et kollektivt ansvar for at finde løsningerne – også når det bliver svært.

Nogle steder udtrykkes der bekymring for den byrde, det også er at pålægge medarbejderne det ansvar – ofte ud fra en tanke om, at det også er en måde at hjælpe eller beskytte medarbejderne på, at ansvaret er uddelegeret til nogen, der kan skære igennem. Indsatsen bygger på en anden tilgang, som søger at give maksimal autonomi til medarbejderne. Det er i den forstand den ultimative ansvarliggørelse af medarbejderne i vagtplanlægningsopgaven.

Fælles ansvar for udviklingsarbejdet

Når der laves udviklingsprojekter på sygehusene, er der en udpræget tendens til, at det er lederne og udviklingsmedarbejdere, som har ansvaret for at drive arbejdet – måske med forskellige grader af involvering af de øvrige medarbejdere i konkrete aktiviteter.

På nogle afdelinger arbejdes der intensivt med at forankre udviklingsansvaret og -kompetencerne langt bredere i medarbejdergrupperne.

Et sådan arbejde skal ses som et opgør med idéen om, at udviklingslysten og –trangen er stillingsbestemt. Det bygger i stedet på en idé om, at den individuelle motivation, som alle medarbejdere kan have i forskellige perioder og til forskellige projekter, bør være den drivende faktor for hvem, der aktiveres til hvilke udviklingsopgaver – dette ud fra den forskningsunderstøttede overbevisning, at forudsætningen for engagerede og motiverede medarbejdere er, at medarbejderne har muligheden for at udvikle både sig selv og den organisation, de er en del af. Det følger heraf, at udviklingskompetencerne kan og skal opdyrkes bredt så længe motivationen og mulighederne findes og et reelt ansvar kan tilvejebringes.

Det handler om at skabe en arbejdsplads, hvor muligheden og ansvaret for at udvikle den i en meningsfuld retning er "demokratiseret", ofte i team-organiseringer hvor alle medarbejdere, fra sekretæren til overlægen, deltager på lige vilkår. Det er således også et opgør med den bevægelse, der har været - i forsøget på at skabe karriereveje for fx sygeplejersker - hvor nogle medarbejdere er fuldstændigt orienteret mod driftsopgaven, mens andre medarbejdere er fuldstændigt orienteret mod udviklingsopgaven.

Fælles ansvar og indflydelse (2 af 2)

Forudsætninger og barrierer

At skabe en reel bevægelse mod medarbejderdrevet vagtplanlægnings- og/eller udviklingsarbejde er en fundamental forandring i måden at fordele og løse opgaverne på. Der vil af den grund være en række forudsætninger, der skal skabes, for at omstillingen kan lykkes. De væsentligste forudsætninger indebærer:

◉ Kompetencer og fagidentitet

- "Nye" kompetencer: De organisatoriske og procesmæssige kompetencer som er nødvendige for, at medarbejdere kan tage en mere aktiv del i fx vagtplanlægnings- eller særligt udviklingsarbejdet, er væsensforskellige fra de kliniske kompetencer. Det kræver derfor en opdyrkning og vedligeholdelse af kompetencerne til at kunne løfte disse opgaver.

◉ Organisering og ressourcer

- Prioritering: Der er ikke gratis at allokere medarbejdernes tid til ikke-kliniske opgaver. Det kræver derfor en ledelse, der kan og vil prioritere det ud fra en oprigtig overbevisning om, at det også i ressourcemæssig forstand er en god investering, som over tid bærer sig selv hjem i kraft af sparede udgifter fx medarbejderomsætning, mere udvikling og direkte produktivitetsforbedringer samt øget kvalitet gennem øget arbejdsglæde og motivation hos medarbejderne.

◉ Ledelse og forandring

- Ledelsesmæssige kompetencer: En forudsætning for en reel medarbejderdrevet opgaveløsning er, at lederne formår at påtage sig en rolle, som understøtter de nye måder at arbejde på. Det indebærer blandt andet at kunne facilitere opdyrkning af kompetencer i medarbejdergruppen, rammesætte udviklingsarbejdet og teamdannelsen om det, sikre ligeværdigt samarbejde på tværs af det formelle hierarki og – ikke mindst – at kunne agere sparringspartner snarere end beslutningstager.

Inspirationskilder

Portører, Glostrup Hospital

På Glostrup Hospital er der blandt portørerne indført selvkørende teams, hvor de internt tilrettelægger vagtplanlægningen og arbejdsfordelingen med minimal inddragelse af ledelsen, som primært inddrages ved beslutninger med væsentlig økonomisk konsekvens. De selvkørende teams består foruden portørerne af kliniske vejledere og fælles tillidsrepræsentanter, der står til rådighed ved behov for sparring.

Portørerne varetager samtidig en bredere palette af opgaver, og de kan ved behov indtræde på hospitalsafdelingerne og varetage patientnære opgaver som diverse vitale målinger, give sondemad mv. Portørerne har i tæt dialog med deres ledelse og de enkelte afdelinger fået tilrettelagt kurser for at kunne varetage og understøtte opgaver alt afhængigt af aflastningsbehovene ude på afdelingerne.

Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler, Regionshospital Horsens

I afdelingen for Kvindesygdomme og Fødsler på Regionshospital Horsens har man over en årrække arbejdet systematisk med udviklingskulturen. Afsættet for arbejdet har været en overbevisning om, at både afdelingens og den individuelle udvikling forudsætter, at medarbejderne kan tage del i organisationsudvikling – en forudsætning som ofte udfordres af de gængse hierarkiske strukturer i sundhedsvæsenet. Som led i arbejdet med udviklingskulturen er udviklingsansvaret og -opgaven derfor forankret bredt på afdelingen, så udviklingsarbejdet ikke længere er "forbeholdt" ledere og særlige medarbejdere, men hos alle dem som har motivation til at bidrage. Som konsekvens er der i dag ca. 75-80 ansatte involveret i udviklingsarbejde mod ca. 15 ansatte tidligere.

Der arbejdes på afdelingen nu systematisk med en række virkemidler som forankrer og understøtter den medarbejderdrevende udviklingskultur, herunder "camps", udviklingsteams, arbejdsgange der understøtter læring og psykologisk sikkerhed i hverdagen, feedback-kultur, m.v.

3.5 Håndtering af høje følelsesmæssige krav (1 af 2)

Der er afdækket en række udfordringer, som på forskellige måder bidrager til at skabe et psykologisk usikkert miljø. Det er kendt fra forskningen, at psykologisk usikkerhed kan have både individuelle og organisatoriske konsekvenser; for den enkelte medarbejder i form af dårlig trivsel bl.a. udtrykt ved øget stress og udbrændthed, og for organisationen i form af dårligere læring, koordinering, samarbejde, mv.

Som svar herpå er der afdækket en række indsatser, som søger at arbejde målrettet med at skabe psykologisk tryghed. Med psykologisk tryghed menes et arbejdsmiljø, hvor medarbejderne føler sig trygge ved at udtrykke deres idéer, deltage i åben dialog og tage risici (dog ikke på patienternes vegne) uden frygt for negative konsekvenser. Det indebærer en tillidsfuld kultur, der fremmes af åbenhed, feedback og fælles læring.

Der er identificeret tre typer af indsatser, som på forskellige måder søger at skabe større psykologisk tryghed. Disse beskrives neden for. To af disse – introduktionsprogrammer til nye medarbejdere samt håndtering af svære situationer – er særdeles velkendte temaer. At de er omfattet her skal ses i lyset af, at der i interviewprogrammet er italesat både udfordringer og gode erfaringer med områderne.

Introduktion af nye medarbejdere

Det "gode introduktionsforløb" for nye medarbejdere er noget mange fortsat oplever at mangle, men som i lyset af manglen på arbejdskraft – og måske også en stigende sårbarhed blandt yngre medarbejdere – har fået tiltagende fokus over de seneste år. Mange steder er man således allerede i gang med at genbesøge styrken og relevansen af introduktionsprogrammet.

Der har i interviewprogrammet været peget på nogle af de væsentlige elementer, en ambitiøs tilgang til introduktion af nye medarbejdere bør omfatte:

- **Modtagelse og introduktion** til arbejdsrutiner, politikker, arbejdskultur, forventninger, mv.
- **Synlighed** om, at medarbejderen er ny, og at kollegaer derfor ikke skal forvente, at medarbejderen kan og ved det samme som "alle andre".
- **Mentor- og vejledersamarbejde:** Tilknytning af mentor og/eller en erfaren kollega som vejleder, herunder fx "følgevagter" i den første periode.
- **Prioriteret opfølgning**, hvor nye medarbejdere får mulighed for at reflektere over deres oplevelser og udfordringer.

Håndtering af traumatiske hændelser

At medarbejdere på sygehusene til tider er udsat for særligt belastende oplevelser, er – og har altid været – et vilkår i arbejdet. Ikke desto mindre kan det konstateres, at der nogle steder er en oplevelse af ikke at have de nødvendige processer og værktøjer til at håndtere disse situationer – måske som konsekvens af, at disse praksisser kan glide i baggrunden, når arbejdspresset bliver for stort.

Et mere systematisk arbejde med "defusing" og "debriefing" kan være en af vejene at gå på de afdelinger, hvor dette ikke allerede er veletablerede praksisser. Der er i den forbindelse udtrykt gode erfaringer med, at et sådan arbejde omfatter:

- Brug af **specialiserede** facilitatorer med stærke kompetencer inden for krisehåndtering, fx en psykolog.
- At defusing og debriefing bliver en **integreret del af kulturen** og arbejdsrutiner, fx ved ledelsesmæssig insisteren på den rutinemæssige tilgængelighed og prioritering af praksisserne.

Hverdagstræning i psykologisk tryghed

Der er stærke formelle og uformelle hierarkier på sygehusene. Samtidig er der ofte skiftende samarbejdskonstellationer, hvor medarbejdere samarbejder med kollegaer, de har ingen eller meget begrænset kendskab til.

Der er gode erfaringer med – med stærk inspiration fra litteraturen om psykologisk tryghed - at indarbejde faste strukturer i hverdagen, som giver medarbejderne en tryk platform til at komme i tale og lytte til alle, herunder også dem der ikke har "naturlig taletid" i de formelle og uformelle hierarkier.

Nogle af de elementer, der er afdækket i interviewprogrammet, omfatter:

- **Feedback-kultur:** Det at være gensidigt nysgerrige og systematiske i både efterspørgsel efter og dialogen om feedback.
- **"Team-talks":** Korte snakke efter konkrete samarbejder, hvor der samles op på, hvad der er gået godt, og hvad der kan forbedres. Der er tydeligt fokus på, at alle bidrager, og at alle stemmer og input er ligeværdige.
- **Check ind, check ud:** Praksis for, at alle ifm. samarbejder "stempler ind" med navn og rolle, opmærksomhedspunkter, m.v.

3.5 Håndtering af høje følelsesmæssige krav (2 af 2)

Forudsætninger og barrierer

For at skabe en arbejdsplads, hvor det er muligt at håndtere høje følelsesmæssige krav, er det nødvendigt, at der udvikles og skabes rammer for et tillidsfuldt arbejdsmiljø, som fremmer medarbejdernes trivsel. De væsentligste forudsætninger for systematisk arbejde med håndtering af høje følelsesmæssige krav indebærer:

● Kompetencer og fagidentitet

- Nye kompetencer: For at skabe og opretholde håndtering af høje følelsesmæssige krav kan det være nødvendigt at dyrke medarbejdernes kompetencer til at facilitere og indgå i åbne dialoger, herunder fx træning i lyttefærdigheder og feedbackteknikker.

● Organisering og ressourcer

- Ressourcer: Arbejdet med indsatser, der bidrager til at håndtere høje følelsesmæssige krav, er – som med alle andre indsatser – ressourcekrævende. Der er derfor en nødvendighed i, at der allokeres tilstrækkelig tid og ressourcer til fx medarbejdertræning, udviklingsprogrammer eller –initiativer mv. Som med temaet ”Fælles ansvar og indflydelse” er forudsætningen for denne prioritering sandsynligvis en oprigtig tro på ”business casen” i arbejdet.

● Ledelse og forandring

- Ledelsens engagement: Ledelsens bevidsthed om driverne for høje følelsesmæssige krav samt villighed og evne til at investere tid, ressourcer og energi i at opbygge og vedligeholde en læringskultur, hvor alle – uafhængigt af placering i hierarkiet – kan ytre sit frit uden frygt for konsekvenserne, italesættes af flere som værende den første og vigtigste forudsætning. Dette omfatter ligeledes ledelsens egen rolle som ”rollemodel” – og dermed også øget opmærksomhed på at gå forrest i reelt at skabe ligeværdige dialoger og fora i medarbejdergrupperne.

Inspirationskilder

Intensiv afdeling, Sydvestjysk Sygehus

På Intensiv Afdeling på Sydvestjysk Sygehus har de udviklet et introduktionsforløb for nye medarbejdere, herunder studerende, nyuddannede og medarbejdere, der kommer fra andre specialer. Konkret har de udarbejdet et mentorsystem, hvor nye medarbejdere ved opstart tilknyttes 2-3 oplæringssygeplejersker, der har til opgave at følge den nye mhp. at sikre trivsel og eventuelle faglige udfordringer. En af oplæringssygeplejerskerne bliver efterfølgende udvalgt som mentor for den nye medarbejder under deres første år på afdelingen. Der tilknyttes endvidere en udviklingssygeplejerske under oplæringsperioden og efterfølgende til gruppesamtaler og supervision, som er i løbende dialog med de nye medarbejdere og deres oplæringssygeplejersker.

Mentorordningen er prioriteret og finansieret fra afdelingens eget budget.

Intensiv Afdeling, Sydvestjysk Sygehus

På Intensiv Afdeling på Sydvestjysk Sygehus oplever sygeplejerskerne høje følelsesmæssige krav grundet arbejdet med kritisk syge patienter og deres pårørende samt et generelt højt arbejdspress, som til tider kan være udfordrende for den enkelte medarbejder at håndtere. Der er på sygehuset ansat en psykolog i enkelte afdelinger (børne- og palliative afdelinger), men der er ikke på tværs af sygehuset tilknyttet en psykolog eller lignende medarbejder til at hjælpe medarbejderne med at håndtere svære situationer.

Da ledelsen på intensiv afdeling så et stigende behov for at have en sådan ordning, besluttede de at videreudanne deres udviklingssygeplejerske i psykologisk håndtering af høje arbejdskrav. Sygeplejersken står til rådighed for afdelingens øvrige medarbejdere, hvis de har behov for at tale hændelser igennem. Derudover har vedkommende kompetencerne til at sende medarbejderne videre til rette hjælpeinstanser, hvis det vurderes relevant. Udviklingssygeplejerskens stilling er primært administrativt, dog kan vedkommende indgå i det kliniske arbejde ved behov.

3.6 Tid og rammer for arbejdet (1 af 2)

En af udfordringerne, afdækket i interviewprogrammet, knytter sig – fra et ledelsesperspektiv - til fleksibilitet i brugen af den samlede kapacitet. Fra et ledelsesperspektiv er den manglende fleksibilitet ofte italesat som en konsekvens af et væld af aftaler og bindinger, som begrænser mulighederne for at anvende kapaciteten, når og hvor behovet er størst, mens det fra et medarbejderperspektiv i højere grad hænger sammen med behovet for fleksibilitet, en oplevelse af manglende inddragelse samt en faglig utryghed ved at gå på tværs af afdelinger.

Den manglende fleksibilitet har afledte negative effekter på arbejdsmiljø og trivsel blandt andet grundet udfordringer med arbejdspress og bemanning af vagter – særligt i ydertimerne. En række initiativer søger derfor at arbejde med at skabe tid og rammer for arbejdet, som er mere fleksible og som også fra et medarbejderperspektiv opleves som værende værdifuldt. En del af effekten af tiltagene går på, at øge puljen af medarbejdere, der kan bringes i spil mere fleksibelt henover døgn og uge.

Der er identificeret tre indsatsområder inden for temaet, som alene eller i kombination kan være grundlag for egentlige prøvehandling. Disse beskrives neden for.

Seniorer vælger selv vagtplan

Overgangen fra arbejdslivet til pensionisttilværelsen er for mange unødvendig og uforståelig abrupt. Med de nuværende rekrutteringsudfordringer kan en attraktiv vej at gå for at fastholde erfarent og kompetent personale, være at tilbyde ekstraordinær fleksibilitet til seniormedarbejdere, som overvejer at udskyde pensionstidspunktet.

Der er fx afdækket et eksempel på, at seniorerne selv vælger antallet af timer, de vil arbejde, samt hvilke typer af vagter de vil dække. Derudover er valgene fleksible over tid, hvilket betyder, at der kan være perioder, hvor de ønsker at arbejde flere timer end normalt, mens de i andre perioder kan holde helt fri.

Tilgangen er at være nysgerrig på, hvad der skal til for at seniormedarbejderne vil blive på afdelingen – og strække sig langt for at få det til at lykkes.

Erfaringen er, at det ikke udmønter sig i, at seniormedarbejderne alene tager de gode vagter i hverdags- og dagstider. Derfor er konsekvensen også, at seniormedarbejdernes kompetencer og ressourcer fortsat kan bidrage til at mindske arbejdspresset på afdelingerne, bl.a. ved at brede vagtbyrden ud på flere medarbejdere.

4-dages arbejdsuge

4-dages arbejdsuge kan indgå som et greb til at mindske medarbejdernes oplevelse af det høje arbejdspress. Ved at medarbejderne får mulighed for at skære i antallet af dage, de er på arbejde, kan de (eller nogle) også få en oplevelse af mere tid til privatlivet.

Ved at tilbyde medarbejderne en sådan ordning, kan de opleve en arbejdsplads, som drager omsorg om dem, og giver dem mulighed for at have mere tid til deres privatliv. Samtidig får de mulighed for at restituere ovenpå det høje arbejdspress og følelsesmæssige krav, som arbejdet stiller.

Ordningen medfører, at medarbejdernes vagter i gennemsnit er 9 timer, men følger de traditionelle vagter. Det betyder, at der i forbindelse med vagtskifte kan være et overlap, som giver mulighed for, at medarbejderne afslutter deres patienter. Et eksempel på dette viser, at det har mindsket overarbejdet, og betydet mindre uforudsigelighed for, hvornår en vagt (reelt) slutter

Det er en ordning, som ikke behøves implementeres i hele afdelingen, men kan fungere som en tilvalgsordning for dem, som ønsker det. Det er med til at tilbyde medarbejderne den fleksibilitet, som nogle efterspørger.

Fordeling af vagtbyrden

Rekrutteringsudfordringerne er – i grove træk – størst der, hvor vagtbyrden er størst. Flere steder arbejdes der derfor med at sprede vagtbyrden ud på flere medarbejdere ud fra den logik, at jo flere der deles om byrden, desto mindre tung vil den være for den enkelte. Det er således en måde at skabe en mere robust organisering på. Der er samtidig et fagligt og meningsskabende perspektiv i, at erfarne medarbejdere (fra ambulatorierne) bliver koblet tættere på sengeafsnittet som ofte er bemanded af yngre kollegaer.

Der er én udgave af dette arbejde, som går på at fordele vagtbyrden mere ligeligt *inden for* nogle af de faggrupper, hvor der i dag er en ulige fordeling, herunder særligt inden for plejeområdet.

En anden udgave af dette arbejde handler om at fordele (dele af) vagtbyrden mere ligeligt på tværs af faggrupper. Det kunne fx være ved, at lægesekretærer, ergo- og fysioterapeuter, farmakonomer, diætister, mv. tager større del i aften- og weekendarbejdet.

Det er et væsentligt opmærksomhedspunkt, at hvis skalaen i indsatsen bliver for lille, kan der – alt andet lige – være en risiko for, at nogle medarbejdere søger til andre afdelinger uden vagtbyrde. Det kan skabe uhensigtsmæssig "konkurrence" om at tilbyde mindst mulig vagtbyrde for at tiltrække erfarne medarbejdere.

Tid og rammer for arbejdet (2 af 2)

Forudsætninger og barrierer

At udvikle nye rammer for arbejdet kræver et opgør med systemet, som traditionelt er vant til at arbejde i faste vagtlag. For at understøtte nye rammer for arbejdet er de væsentligste forudsætninger:

Organisering og ressourcer

- Investering i ekstra medarbejderressourcer: Selvom fx flexmedarbejdere kan kræve ansættelse af flere årsværk, kan det potentielt tjene sig hjem ved at sikre en fleksibel arbejdsstyrke og derved reducere behovet for at anvende vikarer og overarbejdstimer.
- Skala (særligt for fordeling af vagtbyrden): Hvis vagtbyrden fordeles på flere medarbejdere, er der en risiko for, at medarbejdere med begrænset eller ingen vagtbyrde i dag søger hen mod andre steder med ingen eller begrænset vagtbyrde. Den risiko kan imødekommes ved, at der arbejdes med indsatsen i større skala, så mulighederne for at "flytte" til et naboafsnit uden vagtbyrde mindskes.
- Kompetencer og kendskab: At arbejde på fx akutmodtagelse eller sengeafsnit kræver noget andet end arbejdet i ambulatorierne (og omvendt). Hvis der skal være en reel fordeling af vagtbyrden, kræver det således, at medarbejderne ikke tilknyttes de vagtbærende afdelinger for sporadisk, da de i så fald hverken vil opdyrke kompetencer/rutinen i denne form for arbejde, ej heller opnå det nødvendige kendskab til afdelingens rutiner, kultur, mv.

Ledelse og forandring

- Individuelle løsninger: Ledelsen skal være villige til at designe individuelle løsninger for medarbejderne.

Inspirationskilder

Afdeling for Graviditet, Fødsler og Barsel, Rigshospitalet

Afdelingen for Graviditet, Fødsler og Barsel på Rigshospitalet har implementeret en seniorordning for jordemødre over 65 år, hvor jordemødrene får mulighed for at planlægge eget vagtskema helt fleksibelt efter egne ønsker. Der er ingen formelle krav til hvilke eller hvor mange vagter de skal tage, men erfaringen er, at de også tager vagter i både yder- og weekendtimer, så ordningen ikke øger vagtbyrden for de øvrige medarbejdere.

Afdelingen fortæller, at seniorordningen giver mulighed for at fastholde kompetente seniorjordemødre. Alternativet til seniorordningen – dvs. ikke at tilbyde jordemødrene muligheden for selv at vælge vagter – vurderes for de flestes vedkommende at være, at de i stedet ville gå på pension. På den måde bidrager ordningen til at der samlet set er flere jordemødre "at trække på" for at få vagtplanerne til at hænge sammen og skabe den efterspurgte fleksibilitet hos alle.

Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler, Regionshospitalet Gødstrup

På Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler på Regionshospitalet Gødstrup har de omstruktureret vagtdelingen, så afdelingens jordemødre har mulighed for at indgå i en fire-dages arbejdsuge. Som resultat arbejder afdelingens jordemødre i udgangspunkt 45 minutter længere per vagt for derimod at have en ekstra fridag om ugen. Omstruktureringen er bl.a. indført for i højere grad at imødekomme et behov blandt medarbejderne om større fleksibilitet mellem arbejds- og privatliv.

I forlængelse af indførelsen af en fire-dages arbejdsuge, har afdelingen opnormeret antallet af jordemødre, hvilket giver mulighed for overlap i antallet af medarbejdere ved vagtskifte, hvilket giver den enkelte jordemoder ledig tid til at afslutte dagens administrative opgaver (både egne og kollegaernes) inden, de afslutter deres vagt. Opnormeringen giver udslag i et mindre efterslæb på administrative opgaver og heraf mindsket behovet for overarbejde.

3.7 Styrket indblik i medarbejdernes trivsel (1 af 1)

Gennem interviewprogrammet er der peget på, at særligt det høje arbejdspress udfordrer arbejdsmiljøet og medarbejdernes trivsel. Med denne udvikling er det åbenbart, at MUS-samtaler som redskab til at få indblik i og følge op på medarbejdernes trivsel, ikke er tilstrækkeligt. Der er behov at komme nærmere medarbejdernes trivsel og skabe grobund for en tættere dialog mellem medarbejder og leder, som endvidere kan give muligheder for at skabe nye handlemuligheder på både individ- og organisatorisk niveau.

Som led i at styrke indblikket i medarbejdernes trivsel, kan der skabes en ny struktur for, hvordan trivsel drøftes på afdelingerne. Det kan gøres gennem systematiske samtaler, som giver mulighed for en struktureret og regelmæssig dialog mellem medarbejdere og ledere. På denne måde skabes der dybere indsigt i medarbejdernes trivsel samt hvilke mulige tiltag, der kan igangsættes for at understøtte et bedre arbejdsmiljø. Derudover er der identificeret et "indsatsområde" inden for temaet, som giver nye muligheder via datadreven indblik i medarbejdernes trivsel. Denne beskrives neden for.

Datadreven trivselsapp

Ved at anvende en trivselsapp er der mulighed for at styrke indblikket i medarbejdernes trivsel. En app giver mulighed for løbende dataindsamling og perspektiv på medarbejdernes og afdelingens trivsel. Medarbejderne besvarer anonymt en række spørgsmål via app'en, som vurderes ud fra en trivselsstandard. Derudover får medarbejderne mulighed for anonymt at stille spørgsmål til ledelsen, som ellers kan være svære at bringe op ansigt-til-ansigt.

App'en tilbyder både medarbejdere og ledere hjælp i form af viden, øvelser og værktøjer til at understøtte trivslen. Dette giver medarbejderne nye handlemuligheder, da de får en forståelse for egen trivsel og bedre kan identificere tegn på mistrivsel, der kræver handling. Ligeledes får ledere indsigt i trivsel på individ- og afdelingsniveau, hvilket giver dem nye handlemuligheder for at understøtte trivslen.

Trivselsappen kan også fungere som afsæt for en tættere dialog mellem medarbejdere og ledere om fx forbedring af arbejdsmiljø og trivsel. Den løbende dataindsamling giver mulighed for over tid at få en forståelse for, hvordan medarbejdernes trivsel ændrer sig, og kan anvendes til at igangsætte initiativer med fokus på øget trivsel. App'en kan på samme tid fungere som værktøj til at følge op på og tilpasse igangsatte initiativer løbende, så man mere effektivt forbedrer trivslen.

Inspirationskilde: Brug af trivselsapp med fokus på at forbedre medarbejdertrivsel på Kirurgisk Afdeling på Næstved-, Slagelse- og Ringsted Sygehus



4. BILAG

Bilag 1: Metode og datagrundlag

Metodiske overvejelser

Indeværende analyse er gennemført i perioden april til juni 2023.

Respondentoverblikket jf. boksen til højre er anonymiseret af hensyn til muligheden for at bruge illustrative citater og eksempler med faggruppebenævnelse uden at kunne udlede den konkrete respondent.

Der har inden for rammerne af oven for beskrevne "rekrutteringsstrategi" været forsøgt at sikre en vis repræsentativitet på tværs af geografi, faggrupper, afdelinger, specialer, type af sygehus og anciennitet, mhp. at kunne "opfange" eventuelle forskelle eller nuancer i de oplevede udfordringer på tværs af disse forhold. Enkelte regioner er, især pga. mere eller mindre praktiske/logistiske tilfældigheder, mindre "repræsenteret", om end der har været generel spredning på tværs af de ønskede dimensioner.

De kvalitative data er indsamlet primært som semistrukturerede enkeltinterviews og suppleret af færre fokusgruppeinterviews med flere respondenter inden for samme faggruppe. Formålet med interviewene har været, at afdække følgende temaer:

- Oplevede udfordringer og deres årsager
- Konkrete oplevelser og illustrative eksempler på udfordringer
- Konsekvenser af udfordringerne
- Gode erfaringer med at arbejde med udfordringerne samt og forudsætninger og barrierer herfor

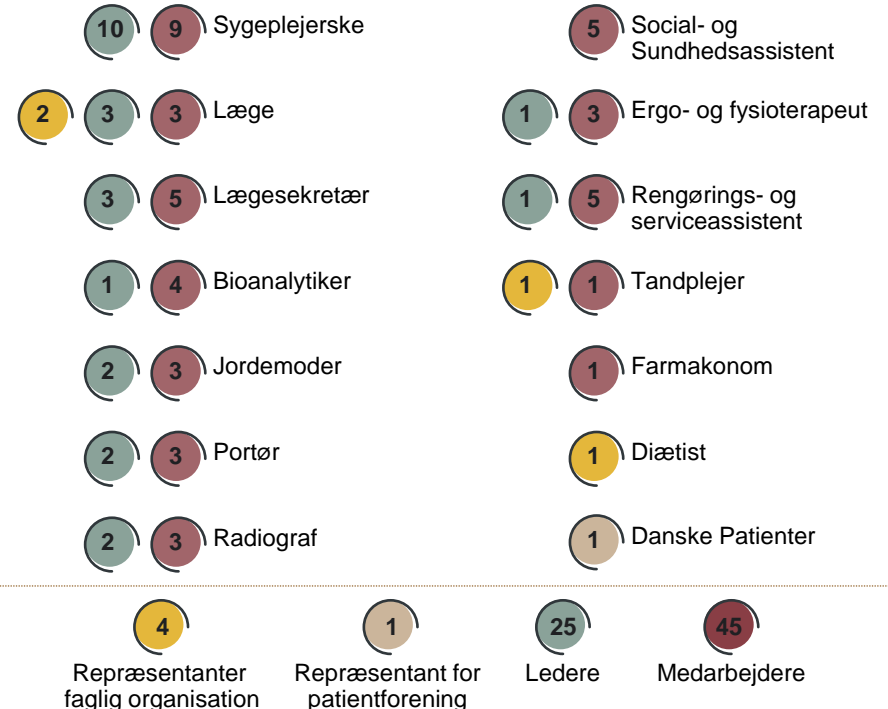
Den anvendte interviewguide findes i bilag 2.

61 interviews med 75 respondenter

Antal respondenter fordelt på region



Antal respondenter fordelt på faggrupper



Bilag 2: Interviewguide

INDFLYVNING

Partsprojektet "Rette Kompetencer til Rette Opgave" har fokus på at styrke arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse samt øge faglig og oplevet kvalitet.

Formålet med interviewet er at afdække, hvordan forskellige faggrupper oplever de centrale udfordringer på sygehusene og de potentielle konsekvenser, det kan have for arbejdsmiljø, faglig- og oplevet kvalitet, samt muligheden for at rekruttere og fastholde medarbejdere.

I interviewet vil vi undersøge:

- Hvilke udfordringer, der fra dit perspektiv er de største
- Hvilken betydning disse udfordringer har for arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse, samt faglig- og oplevet kvalitet
- Hvilke tiltag og initiativer, der allerede er afprøvet for at imødekomme udfordringerne
- Hvilke barrierer, der eksisterer for at understøtte tiltag og initiativer

De centrale udfordringer på sygehusene er bl.a. identificeret som:

- Større arbejdspress
- Manglende fleksibilitet
- Hierarkisk ledelse og organisering
- Høj grad af subspecialisering i både kompetencer og organisering
- Forventningsmæssigt pres fra politikere og patienter
- ...

Udfordringsbilledet

Hvad oplever du, er de største udfordringer? Hvorfor?

Hvordan oplever du udfordringerne konkret (kan du give et eksempel)?

Hvad er de konkrete konsekvenser af disse udfordringer?

(Afhængigt af hvilke udfordringer der nævnes) Vi har i andre sammenhænge hørt at **xx** er en udfordring for mange – er det noget, du kan genkende? Hvordan ser det i så fald ud for dig og din faggruppe?

Erfaringer

Hvilke tiltag har I iværksat for at imødekomme udfordringerne?

Hvordan så det ud konkret – og hvad er forudsætningerne for, at det kan lykkes?

Hvilke barrierer er I stødt på?

Hvis man skulle drømme lidt: Hvad ville være jeres bedste bud på, hvad der skulle til for at skabe markante forbedringer i trivsel og arbejdsmiljø for din faggruppe?

Hvis I har kendskab til andre hospitaler/afdelinger, som har gode erfaringer med at imødekomme udfordringerne, vi har snakket om, hvem vil I anbefale os at række ud til? Kan I hjælpe med at etablere kontakt?