



Trivsel blandt sundhedsprofessionelle i et forandringsperspektiv

Masterprojekt ved Master of Public Governance studiet, Aalborg Universitet, efteråret 2017.

Af Klinikchef Lars Burmester, Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn, Regionshospital Nordjylland.

Indholdsfortegnelse

Indledning	side 3
Teori	side 7
Præsentation af casen	side 13
Empiri og metode	side 16
Analyse og diskussion	side 19
Konklusion	side 32
Perspektivering	side 33
Litteraturliste	side 34
Bilagsliste	side 40

Indledning

Forord

I 2016 omlagde vi ledelsesstrukturen i Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn, Regionshospital Nordjylland, således at antallet af medarbejdere per leder blev øget, et øget ledelsesspænd. Dette masterprojekt beskriver ændringen i ledelsesstrukturen, og betydningen af dette for arbejdsmiljøet. Som klinikchef i Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn forestod jeg denne ændring. Gennem min masteruddannelse har jeg i flere moduler arbejdet med strukturelle ændringers indvirkning på arbejdsforhold, og denne viden brugte jeg i planlægningen og gennemførelsen af ledelsesstrukturændringen. Forud for implementeringen, udarbejdede vi i klinikledelsen en hvidbog, for at informere alle medarbejdere om ændringen og for at imødegå de udfordringer, en omstrukturering kunne medføre. Vi fulgte denne handleplan med små justeringer undervejs. Vi besluttede at foretage halvårlig trivselsmålinger i klinikken, for at kunne identificere negativ indvirkning på trivslen i klinikken. I dette projekt præsenteres baggrundslitteraturen samt resultaterne af trivselsmålingerne.

Personalet i Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn takkes for opbakning til gennemførelsen af undersøgelsen af trivsel på deres arbejdsplads, ligesom klinikkens MED-udvalg takkes for medvirken i projektet. Tak til studielektor Karsten Niss, Medicinsk Informatik, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, som med vid og fast hånd har vejledt undertegnede. Tak til Cand. Scient. Adm. Sofie Witte for hendes medvirken til undersøgelsesernes tilbliven og tak til læge, ph.d. Kirstine Sneider for inspirerende kommentering.

Summery in English

The research question to be answered in this master project is; how does an increase in span of control affect the well-being of professionals in a hospital unit? I study the wellbeing of nurses in my clinic before and after an increase in span of control. The impact on wellbeing is related to the theoretical expectation and wellbeing among nurses in a unit with unchanged span of control. The theory section reviews theories and research results on span of control. The literature on span of control and wellbeing among professionals, in most cases nurses, and the current knowledge about the influence of span of control on well-being, is referred and debated. A Danish study with a maximum of 40 employees per manager, others demonstrating negative effects by span of control on more than 30 - 40 employees. The negative effects in the studies have been shown to be reduced well-being, due to less contact with and communication with the nearest manager, decrease in employee involvement, increased numbers of employees, leaving their job. Some studies show

declining patient satisfaction with increased span of control and a single study shows decreasing care-quality. There are no studies showing positive effects on increased span and control, but there are theoretical consideration about the positive effect of increased self-determination due to increased span of control (empowerment theory).

Wellbeing in the workplace as a concept is defined in the theory section, based on 1) the meaning of the work and the relation to the employee's education and abilities 2) the person herself (self-esteem, personality, competences and relationships) and 3) the workplace. Some that studies show that changes in well-being lead to changes in efficiency, quality, retention, recruitment, stress and sickness leave.

Theoretical review of change management follows, dealing with the theorists Lewin, Rogers and Kotter. Lewin's theory of change process as a 3-step Model of Change, is introduced, and leads to Roger's theories about adoptability of changes. Finally, Kotter's 8-point theory of change management and his significant focus on the human aspect as the basis of success for any change process.

A single-case study is being carried out in a clinic in a smaller Danish hospital, with 400 employees. Around 200 of the employees have an increased in span of control after the summer of 2016, typically increased from approx. 40 to approx. 60 employees per manager. A questionnaire survey is conducted before and after the change, and an interview survey on two major unit is performed. The results are presented in this master project. Questionnaire survey is also conducted on three units whit unchanged span of control, with approx. 100 employees all three together. Partial conclusions are made on both forms of study.

The results of the studies are analyzed and discussed, considering the theoretical presentation, and the used methods for surveys are critically examined.

The conclusion is, that there is no association between span of control and well-being and that an increased management span, as presented in this case, does not statistically affect the well-being among nurses in this hospital unit, even with a tendency to improve whit enlarged span of control. Statistically unchanged well-being is observed on unchanged units, with a tendency to decline during the same period. These findings are supported and elaborated in the interview survey. Finally, the study is seen in the perspective of possible generalization, and my own learning generating this master project is considered.

Problemfelt

Som en konsekvens af udviklingen bort fra velfærdsstat mod konkurrencestat over de seneste årtier (Petersen, 2011), må der konstant nytænkes og skabes forandring i den offentlige sektor. Den offentlige sektor bliver udsat for konkurrence fra private aktører, for eksempel privathospitaler, og kravene om høj kvalitet og produktivitet skærpedes, samtidigt med krav om økonomiske besparelser (Hornstrup og Madsen, 2015:8).

De seneste årtier er effektiviseringen søgt gennemført gennem anvendelse af ledelsesprincipper fra det private erhvervsliv, såkaldt New Public Management (NPM). NPM er en fællesbetegnelse for en række forskellige organisationsmåder og styringsmetoder, baseret på rationel nyttemaksimering. (Dalsgaard og Jørgensen, 2010:9). Der er det seneste tiår kommet stadig stærkere kritik af denne ledelsesform. Kritikken begyndte med et indlæg i Politiken i 2007; ("Tilgiv os, vi vidste ikke hvad vi gjorde" Politiken, 2007), skrevet af nogle af de embedsmænd i finansministeriet, som startede NPM-bølgen i Danmark. Kritikken kulminerede med Socialdemokratiets udmelding om NPMs afskaffelse (Information, 23. sept. 2016), baseret på formodningen om, at kontrol og dokumentation har taget overhånd. En konklusion som Christopher Wood, af mange betegnet som NPMs fader, selv kom frem til i en analyse, som beskrev det offentlige som både dårligere og dyrere efter årtier med NPM (Hood og Dixon, 2015:267).

På trods af kritikken anvendes NPM-ideerne stadigvæk i det offentlige i stor udstrækning, således ikke nogen undtagelse i sundhedsvæsenet. Her har 2 % effektivisering per år været gennemført de seneste 20 år (Danske Regioner, 2016). Samtidige højere krav fra patienter og pårørende om bedre og nyeste behandling nødvendiggør organisatorisk forandring (Thyssen, 2002). En af mulighederne har været at øge antallet af medarbejdere per leder, ledelsesspændet eller Span of Control. I Region Midt er denne model gennemført og beskrevet i rapporten Projekt Store Hospitalsafdelinger (Holm-Petersen, 2011). Når ledelsesspændet øges, udfordres opgaveløsningen, og dermed den fagprofessionelles trivsel. (Holm-Petersen og Rieper, 2013, Holm-Petersen og Vyberg, 2011). Sammenligneligheden mellem sundhedssektoren og mindre komplekse brancher, typisk private produktionsvirksomheder, kan dog betvivles. (Topp og Desjardin, 2011). I lyset af dette, skal de ledelsesmæssige forandringer, som projektet her omhandler, ses og forstås.

Problemformulering

Hvordan indvirker en forøgelse af ledelsesspændet på trivsel hos fagprofessionelle?

Besvarelsen af denne problemformulering baseres på litteraturen om ledelsesspænd og trivsel blandt fagprofessionelle og den foreliggende viden om ledelsesspændets påvirkning af trivsel. Jeg

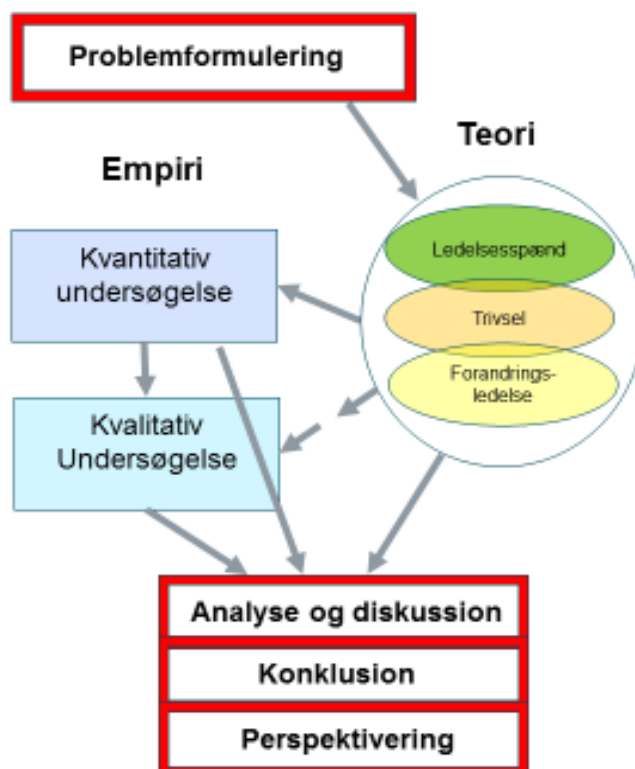
undersøger trivslen hos fagprofessionelle i min klinik før og efter en forøgelse af ledelsesspændet. Indvirkningen på trivslen relateres til den teoretisk forventede og til trivsel i uændrede afsnit i samme klinik. I konklusionen besvares problemformuleringen og perspektiveres.

Dette masterprojekt

Masterprojektet er opbygget af en teori-del hvor baggrundslitteraturen gennemgås, dernæst et empiri- og metodeafsnit med en beskrivelse af den organisatoriske kontekst og de anvendte undersøgelsesmetoder. Derefter følger analyse- og diskussionsafsnit med analyse af resultaterne af undersøgelse, samt diskussion af disse resultater. Herefter følger konklusion på den indledende problemformulering og endelig perspektivering af undersøgelsen og projektet.

Projektets opbygning

Figur 1 illustrerer forholdet mellem teori og empiri i masterprojektet. Teoridelen er grundlaget for valg af en deduktiv analyseform. Problemformuleringen leder frem til valg af teori. Teorier om ledelsesspænd, trivsel og forandringsledelse bruges til at belyse problemformuleringens nøglebegreber, og teorier og videnskabelige undersøgelser er valgt efter deres anvendelighed og robusthed. De er valgt ved litteratursøgning indenfor emnerne trivsel, ledelsesspænd og forandringsledelse. På baggrund af teorier om undersøgelsesdesign valgtes single-case-studiet som design.



Figur 1. Projektets opbygning.

I analyse og diskussionsdelen fremlægges og diskuteres undersøgelser om trivsel i min klinik. På baggrund af undersøgelsesresultater, og diskussionen af disse, konkluderes og perspektiveres der om forandringens indvirkning på trivsel

Teori

På baggrund af problemformuleringen beskrives i dette afsnit teorier om og undersøgelser af tre emner: Ledelsesspænd, trivsel og forandringsledelse. Hvert enkelt emne opsummeres og endeligt uddybes brugen af dem videre i projektet.

Ledelsesspænd

Ledelsesspænd (Span of Control) defineres i 1920'erne af Lynall Urwick og Luther Gutlick (Urwick, 1956) og de argumenterede for, at en organisations opbygning havde betydning for dens produktivitet, herunder – med positiv effekt - entydig ledelse og et begrænset ledelsesspænd (Meier og Bothe, 2000)

Størrelsen af ledelsesspændet og dets betydning for kommunikation og produktivitet har længe været genstand for forskning. Tidligt fastsættes optimalt 5-6 medarbejdere per leder, flere ved simple opgaver (Urwick, 1956). Senere teori opererer med flere medarbejdere per leder, men med stigende kompleksitet i opgaver og struktur, færre konkrete bud på et antal. (Cathcart, 2004). Ifølge Cathcart har tre variabler afgørende indflydelse på det optimale ledelsesspænd: arbejdskompleksiteten, medarbejder-leder-kontakter og lederens og medarbejderes evner. Jo større kompleksitet og behov for medarbejder-leder-kontakt, jo mindre ledelsesspænd muligt. Og omvendt jo bedre evner (kapabilitet i jobbet) jo større spænd muligt. (Cathcart, 2004)

Ledelsesspænd blandt fagprofessionelle

En fagprofessionel er defineret som en person der udfører et særligt arbejde – oftest med andre mennesker som objekt – baseret på faglig kunnen og viden og vilje. Arbejdet udføres under tildelt jurisdiktion, ofte statslig autorisation (Abbott, 1988). De fagprofessionelle er organiserede, og ofte autonome, når de først er organiserede. Organiseringen er baseret på centrale begreber som autenticitet og legitimitet (Larson, 1977, Evetts, 2007).

Langt den meste forskning om ledelsesspænd blandt fagprofessionelle er vedrørende sygeplejerskers arbejdsforhold. I en rapport om store hospitalsafsnits betydning for ledelse og psykisk arbejdsmiljø fra 2011 (Holm-Petersen, 2011) omtales en amerikansk undersøgelse af Alexander, Weismann og Chase. I undersøgelsen fastslås, at arbejdstilfredshed falder med øget ledelsesspænd grundet manglende eller mangelfuld kommunikation. I et studier fra USA og Canada er der ligeledes påvist negativ indflydelse på engagementet blandt sygeplejersker ved øget ledelsesspænd (Cathcart et al.), 2004, (Doran et al., 2004). En dansk undersøgelse viste en sammenhæng mellem arbejdsglæde og at arbejde på et mindre hospital (Holm-Petersen, 2011). Professor ved Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitet, Erik Elgård Sørensen, beskriver den øgede administrative belastning for lederen ved større ledelsesspænd, og dermed nedsat adgang til direkte personlig ledelse, som negativ for trivslen (Sørensen, 2006). Effekten af dette indtræder angiveligt ved 30 – 40 medarbejdere (Andersen og Sonne, 2007).

Med hensyn til påvirkning af kvaliteten i plejen af et øget ledelsesspænd, findes en enkelt undersøgelse. Den viser en negativ sammenhæng til øget ledelsesspænd og det antages at skyldes sygeplejerskens mangel på direkte ledelsesmæssig og faglig ressource tilgang (Lucas, Lashinger og Wong, 2008). Gittell skriver positivt om et mindre ledelsesspænd i forhold til effektive relationer mellem medarbejder og leder (Gittell, 2001).

Antallet af medarbejdere, der søger væk fra afsnittet, stiger ved øget ledelsesspænd (Doran, 2004, Sellgren, 2007). Doran påviser i et enkelt studie faldende patienttilfredshed ved øget

ledelsesspænd (Doran, 2004). Der er små og divergerende undersøgelser af ledelsesspændets indvirkning på produktiviteten (Dalton, 1980).

Der findes ved litteraturgennemgang ingen undersøgelser med positiv effekt af øget ledelsesspænd. Enkelte teoretikere beskriver positiv indflydelse på medarbejderen ved forøgelse af ledelsesspænd. (Kramer og Schmalenberg, 1991). I empowerment-tankegangen ses det som en mulighed for ledelsesmæssigt at udvise tillid og uddelegere ansvar, beslutningskompetence og handlemuligheder med anbefaling af ledelsesspænd op til 75 medarbejdere (Kramer og Schmalenberg, 1991) (Scott et al., 1999).

Sammenfattende viser litteraturen en lang række negative effekter på medarbejdertrivsel ved et stort ledelsesspænd. Hvad "stort" er, afhænger af en lang række faktorer som arbejdets karakter og medarbejderen og lederes arbejdsforhold. Der angives derfor så godt som aldrig en øvre (eller nedre) grænse for ledelsesspænd.

Trivsel

I dette afsnit afklares begrebet trivsel og derefter gennemgås undersøgelser af forskellige faktorer betydning for trivslen på arbejdspladsen. Begreberne trivsel på arbejdspladsen, arbejdsglæde og arbejdstilfredshed, sidestiller jeg i dette masterprojekt. Begrebet trivsel baseres på den enkelte medarbejders baggrund (sociologisk, psykologisk og uddannelsesmæssigt) relateret til karakteristika ved jobbet og organisationen. Organisationens karakteristika består blandt andet af ledelsesspændet (Weissman, Alexander og Chase, 1980).

Et dansk studie viser, at arbejdsglæde består af de fysiske rammer, ledelsesrelationer og social anerkendelse og selvværd. Disse tre elementer ses i et gensidigt afhængigt samspil og danner grundlaget for arbejdsglæden (Rerup, 1995). I et amerikansk studie om sygeplejerskers arbejdsglæde fandt man at arbejdets meningsfuldhed var det væsentligste for trivslen, men også personen selv (selvværd, holdninger, kompetencer) var af stor betydning. Der er påvist faktorer som påvirker trivslen negativt. Specifikt er påvist negative kolleger, dårlig ledelse og manglende ressourcer (Manion, 2005). En større international undersøgelse viser, at trivslen forringes ved manglende ledelsesmæssig støtte (Bjerregård, 2005). Ledelsens lydhørhed er en væsentlig faktor for trivsel (Holm-Petersen og Vyberg, 2011), og tillid til nærmeste ledelse øger engagement i og trivsel på arbejdspladsen (Olesen et al., 2008).

Dårlig trivsel hos fagprofessionelle giver øget stressniveau (SST, 2007) og sygefravær (SST, 2007). Modsat giver god trivsel bedre kvalitet og effektivitet på arbejdspladsen. (Milsted, 2008, Zachariae, 2008), og endelig sammenkædes trivsel på arbejdspladsen med fastholdelse og rekruttering. (LO, 1994, Københavns Kommune, 2008)

En sammenfatning om trivsel på arbejdspladsen er således, at begrebet er skabt af (og ved undersøgelser vist at være påvirkeligt af);

- 1) Arbejdet (meningsfuldhed, svarer til medarbejderes uddannelse og evner)
- 2) Personen selv (selvværd, personlighed, kompetencer, relationer (kolleger og leder))
- 3) Arbejdspladsen (fysiske rammer)

Undersøgelser viser desuden, at med ændringer i trivsel følger parallelle ændringer i følgende faktorer;

- 1) Effektivitet
- 2) Kvalitet
- 3) Fastholdelse
- 4) Rekruttering
- 5) Stress
- 6) Sygefravær

Disse sammenhænge synes indlysende, ikke mindst definitionen af trivsel taget i betragtning. Arbejde med trivslen på en arbejdsplads giver derfor mulighed for at påvirke de nævnte faktorer, og omvendt vil udslag i de enkelte faktorer påvirke trivslen. Derfor bruges undersøgelse af trivsel til at følge udviklingen efter sammenlægningen i Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn, fremfor undersøgelse af enkelte af de nævnte faktorer.

Forandringsledelse

I det følgende beskrives tre afgørende teorier i forandringsledelse, opsat i historisk rækkefølge, og deres indbyrdes relation.

Med udgangspunkt i, at der arbejdes bedst under stabile faste rammer, beskriver Lewin (Lewin, 1947), at forandring kan gennemføres, når en organisation går fra en stabil tilstand - "frozen" - til en ustabil - "unfrozen" - forandringsperiode. Når forandringen er gennemført, nås en ny stabil - "frozen"- periode. I denne tretrins forandringsproces beskrives tre forhold, som fastholder den stabile periode; struktur, kultur og rutiner. Inden forandringen skal de medarbejdere, som forandringen berører, forberedes på forandringen indenfor alle tre områder.

En nærmere analyse af forandringens hastighed kommer med Rogers (Rogers, 1962), hvor han med udgangspunkt i indførelsen af ny teknologi, beskriver en normalfordelingskurve over medarbejdernes accept af forandringen. Denne accept er nødvendig for at kunne gennemføre forandringen. Han inddeler medarbejdergruppen i fem kategorier efter deres evne og vilje til forandring, hvor de forandringsvillige er en første mindre gruppe, de tre næste grupper udgør

størsteparten af medarbejderne, som over tid godtager forandringen. Endelig en lille restgrupper, som efter lang tid accepterer forandringen. Det væsentlige i teorien er, at medarbejdernes accept eller modstand er afgørende for forandringens gennemførlighed og at den gennemføres over tid.

Rogers (Rogers, 1995) beskriver følgende fem trin i forandringsprocessen, en uddybning af indholdet i Lewins omtalte "unfreezing"-proces;

- 1) Viden – medarbejderen bliver bevidst om forandringen og får viden herom
- 2) Overtalelse – medarbejderen får et fordelagtigt forhold til forandringen (eller afstandtagen)
- 3) Beslutning – medarbejderen engagerer sig i forandringen for at vælge forandringen til (eller fra)
- 4) Implementering – medarbejderen anvender forandringen
- 5) Bekræftelse – medarbejderen evaluerer resultaterne af forandringen.

Rogers (Rogers, 1995) beskriver desuden følgende fem faktorer, som har indflydelse på forandringens hastighed;

- 1) At der er relative fordele ved det nye sammenlignet med gængs praksis.
- 2) At det nye er forenelig med almindelige / herskende værdier blandt adoptanterne.
- 3) At det nye er simpelt, fleksibelt og let at bruge. Hvor stor en forandring er der tale om?
- 4) Opfattet risiko ved at adopterer det nye. Hvilken god grund ser den enkelte til at adopterer det nye?
- 5) Synlighed. Kan resultatet ses?

John Kotter beskriver i 1995 en otte-trins proces til forandringsledelse (Kotter, John, 1995), som bygger dels på Lewins tretrins proces, dels på egne erfaringer. Processens otte trin bygger på Kotters analyse af forandringsprocesser, som mislykkedes. Heraf vendes fiaskoerne til grundlaget for forandringsledelsessucces i følgende otte punkter;

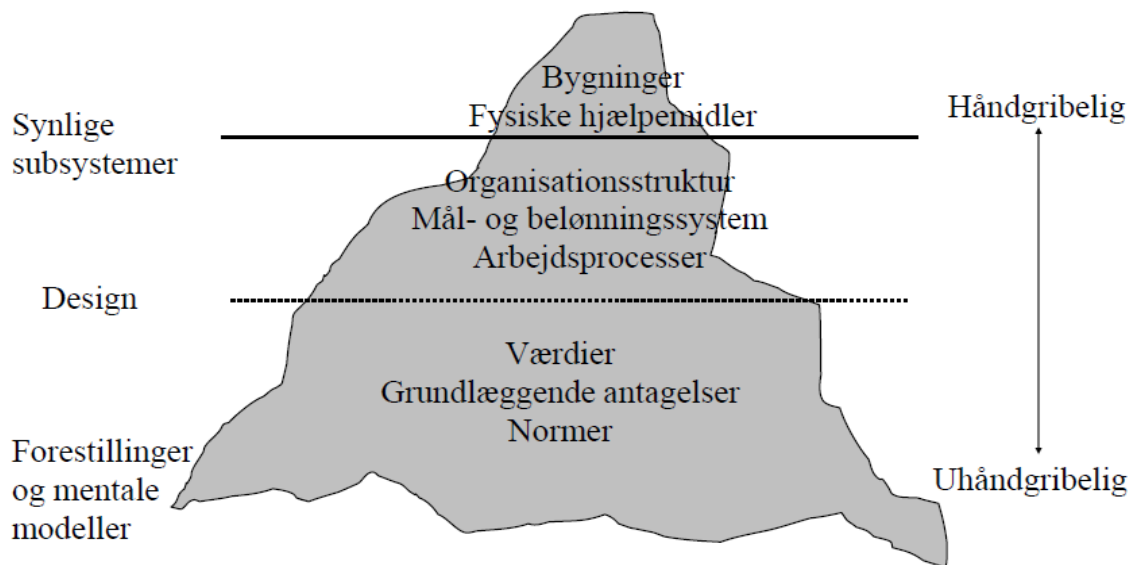
- 1) Skab forståelse for behovet for forandring
- 2) Skab en styrende "koalition", en gruppe medarbejdere, som går forrest
- 3) Skab en vision, og en strategi for at nå denne
- 4) Kommuniker visionen til medarbejderne
- 5) Fjern barrierer for arbejdet med visionen
- 6) Skab kortsigtede sejre og fejr dem
- 7) Konsolider forandringen og brug den som løftestang for ny forandring

8) Forankr forandringen i organisationskulturen.

Kotters første punkt skærpes af Daryl Connor med begrebet "den brændende platform" (Connor, 1993), hvor en brand på en børeplatform bruges som billede på en situation, hvor passivitet er livstruende

Kotters otte-punkts proces for forandringsledelse omtales ofte som banebrydende, og følges op af en nærmere beskrivelse af essensen af forandring, der lykkes (Kotter og Cohen, 2002); hvert enkelt trins aspekter analyseres, men helt overordnet, det centrale, er mennesker adfærdændring, langt vigtigere end strategi, struktur, kultur og systemer. Forandringens dybde, hvor gennemgribende en ændring der er tale om, har betydning for dens succes. Nedenstående figur 2 illustrerer "håndgribeligheden" af forandringen i forhold til hvilke områder, der forandres på. Jo dybere forandringen går i organisationen som beskrevet nedenfor, jo sværere er det at gennemføre forandringen succesfyldt.

Figur 2: Forandringens dybde.



Kilde: *Forandringsledelse*, Steen Hildebrandt og Søren Brandt (Børsens Forlag 2006)

Sammenfattende ses en logisk kontinuitet og sammenhæng i de tre teorier. Lewins model for forandringsprocessen forudsætter, at der findes organisationer, kendetegnet af total stabilitet. Parallelt forløbende forandringer, som kan påvirke en nok så velforberedt forandringsproces, inddrages ikke. Styrken i teorien er dens enkelhed, genkendelighed og generaliserbarhed. Rogers uddyber Lewins teori i relation til medarbejdernes evne og vilje til forandringen. En tidsmæssig perspektivering af forandringen på baggrund af forandringens fordele, lethed og acceptabilitet,

argumenteres. Kotters otte-trins proces kombinerer og udbygger Lewins og Rogers teorier om forandringsledelse, og med sin seneste tilføjelse af analyse af forandringens natur relateret til organisationens karakteristika og denne relations påvirkning af forandringens gennemførlighed, sluttes en logisk viderebygning på de to førstnævnte teoretikere. Alle tre teorier med deres overlap og i hinandens umiddelbare forlængelse bruges videre i masterprojektet.

Teoriene om ledelsesspænd, trivsel og forandringsledelse bruges dels til at irammesætte analysedelen, dels til at kvalificere diskussions- og konklusionsafsnittene.

Præsentation af casen

Casestudiet er en empirisk analyse, der tager udgangspunkt i et fænomen i den sociale kontekst (Yin, 1994). Grundet kompleksiteten i denne case og dens kontekst, vælges denne analyseform (Antoft og Salomonsen, 2007). Der er i litteraturen argumenteret for generaliserbarhed fra casestudiet, under strenge forudsætninger om sammenlignelige forhold og kritisk indstilling til eventuelle forskelle. (Yin, 2003). I dette afsnit præsenteres casen, Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn, og den forandring som foretages her.

Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn

I 2013 indførtes i hospitalsvæsenet i Region Nordjylland en ny ledelsesorganisering, Forløbsorienteret Ledelses Organisering kaldet FLO (FLO, 2012). Den bygger på tre grundpiller: Ny klinikstruktur, ny klinikledelse med patientforløb i fokus og teamarbejde omkring og med patienten. Klinikstrukturen blev bygget op omkring patientforløbet, således at logisk sammenhængende specialer kom i samme klinik, for at imødegå tiltagende specialeopdeling. Denne såkaldte silo-organisering, hvor det blev til stadighed sværere for at patienten at komme fra den ene silo (læs speciale) til den anden, skulle reorganiseres, for at forenkle og smidiggøre patientforløbet på tværs af lægelige specialer.

Klinikchefer erstattede de tidligere centerchefer, og viceklinikchefer overtog oversygeplejerskernes arbejdsområde. Viceklinikchefen for forløb, en helt ny figur i det nordjyske sygehusvæsen, skulle facilitere det nye fokus på patientforløbet i ledelsen, mens HR-viceklinikchefen overtog HR-delen fra oversygeplejerskerne, som helt gled ud af strukturen. Endelig skulle patientens team bestå af patienten selv og repræsentanter for alle de specialer, som involveredes i patientens forløb. Begrebet Span of Control på afsnitsniveau omtales kun én gang i FLO, med en anbefaling på 20 – 40 medarbejdere per leder. Her blev primært det mindste antal

brugt til justeringer i året efter FLO's start, mens de afsnit som allerede havde op mod eller flere end 40 medarbejdere per leder fik lov at bestå. (Seemann, FLO-rapport)

På Sygehus Vendsyssel blev den afdeling, hvor jeg var ledende overlæge, Gynækologisk – Obstetrisk afdeling, lagt sammen med Pædiatrisk afdeling i forbindelse med FLO, samlet Klinik Kvinde – Barn. Dette ud fra logikken om, at sikre overgangen fra fødegangen til kuvøseafsnittet, som er stort set eneste berøringsflade de oprindelige afdelinger imellem. Jeg blev klinikchef, og de oprindelige oversygeplejersker blev henholdsvis viceklinikchef for HR og viceklinikchef for forløb. Der blev ikke ændret i afsnittenes størrelser eller i antallet af mellemledere.

Sygehus Vendsyssel blev januar 2016 fusioneret med Sygehus Thy-Mors og Regionshospitalet Nordjylland blev til. Allerede medio 2015 blev sygehusledelsen, siden kaldet hospitalsledelsen, fælles, og efter fusionen opstod en række nye og færre klinikker, hvor man fortsat respekterede FLO-strukturen. I Hjørring og Frederikshavn fusioneredes Klinik Kvinde – Barn og Klinik Kirurgi, som indeholdt specialerne abdominalkirurgi og urologi. (RHNordjylland). Denne sammenlægning af to stort set lige store klinikker, havde ikke sit direkte udspring i fusionen af de to sygehuse, men blev begrundet med økonomiske hensyn. Umiddelbart blev der sparet en klinikledelse, og allerede i det første år, 2016, var der krav om besparelser på mellemlederniveau svarende til 1,35 millioner kroner.

Forøgelse af ledelsesspænd

Som klinikchef for den nydannede Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn indledte jeg samtaler med mine kolleger i klinikledelsen, mellemledergruppen og klinikkens MED-udvalg, for at klarlægge mulighederne for reduktion i mellemlederlaget. Fra undervisningen og litteraturen på MPG-studiet kendte jeg til debatten og dele af de her i projektet anvendte undersøgelser vedrørende ledelsesspænd. Jeg udfærdigede en hvidbog (se bilag 1), som arbejdsredskab for gennemførelsen af reduktion i mellemlederlaget. Reduktionen medførte en forøgelse i ledelsesspændet svarende til tabel 1. Umiddelbart sammenlagdes de to klinikkers sekretariater til et, mens sammenlægningen af øvrige afsnit skete i sommeren 2016. De nye lederstillinger blev opslået internt blandt de oprindelige afsnitsledere på de afsnit, der berørtes af sammenlægningen og kunne søges uafhængigt af tidligere ledelsesområde. Fire nye store afsnit skabtes og tre afsnit forblev uændrede som det fremgår af tabel 1.

Tabel 1, Udvikling i ledelsesspænd fordelt på afsnit før og efter sammenlægningen i

Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn

Oprindeligt afsnit	Antal medarbejdere	Nyt stort afsnit	Antal medarbejdere
AK1, OP, Frederikshavn 1 afsnitsleder	42	Kirurgisk afsnit, Frederikshavn 1 afsnitsleder	54
UK2, Frederikshavn 1 afsnitsleder	12		
Sekretariatet, Klinik Kirurgi. 1 leder	18	Sekretariat 1 afsnitsleder	42
Sekretariatet, Klinik Kvinde-Barn. 1 leder	24		
Gynækologisk. Operationsgang 1 afsnitsleder	38	Gynækologisk – Obstetrisk afsnit 1 afsnitsleder	65
Afsnit 105 + Diætist 1 afsnitsleder	27		
Sengeafsnit 106B 1 afsnitsleder	26	Kirurgisk Sengeafsnit 106 1 afsnitsleder	67
Sengeafsnit 106A 1 afsnitsleder	41		
Jordemoderområdet 1 afsnitsleder	33	Uændret	
Kirurgisk operationsgang+ Sterilcentralen Hjørring. 1 afsnitsleder	40		
Børn og Unge afsnit 1 afsnitsleder	34		

Kilde: Udarbejdet på baggrund af oversigt over antal ansatte fra HR-Viceklinikkchef, Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn, Birgit Boe Larsen.

I forbindelse med dannelsen af de nye store afsnit oprettedes i en række nye funktioner, såkaldte hjælpefunktioner. Den tidligere souschef-stilling forsvandt med FLO (FLO, 2016), hvorfor der indledtes forhandlinger med Dansk Sygeplejeråd om fire nye støttefunktioner til lederen, dækkende områderne: uddannelse, udvikling, undervisning og drift (Sygeplejerskelønaftale, RHN, 2015). Sygeplejersken med medansvar for uddannelse står for uddannelsesfunktionerne i afsnittet, medansvar for udvikling vedrører indførelsen af nye instrukser, apparatur og procedurer, uddannelsesmedansvar vedrører efter- og videreuddannelse af fast personale og endelig er driftsmedansvarlig typisk skemalægger. Grundet langtrukne forhandlinger kom disse funktioner først på plads ultimo 2016.

Hvidbog

Hvidbogen (Bilag 1) beskriver dels hændelsesforløbet omkring sammenlægningen af Klinik Kvinde – Barn og Klinik Kirurgi og dels sammenlægningen af afsnit. Der forsøgte at tage højde for de udfordringer, der ifølge litteraturen kunne være ved skabelsen af afsnit med stort ledelsesspænd. Forandringens årsag og besparelsen på mellemliderniveau præsenteres. Den forestående forandring beskrives i hvidbogen, og de mulige udfordringer, mindre trivsel, mere sygefravær, adresseres. Hvidbogen præsenteres for og debatteres og tiltrædes af MED-udvalget i klinikken. "Visionen", besparelsen, kommunikeres således ud, og muligheden for andre besparelser diskuteres. Mindre strukturdetaljer ændres, hovedlinjerne fastholdes. Hvidbogen ligger på P-net, personalenettet, og er godkendt i såvel lederkredsen, Udvidet Klinik Ledelse, som i MED-udvalget.

Empiri og metode

I dette afsnit gennemgås anvendte metoder, spørgeskemaundersøgelse og interviewundersøgelse, og de heraf fremkomne resultater. Indledningsvist er metodernes validitet og reliabilitet belyst.

Validitet

Trivselsundersøgelsen, som gentagen spørgeskemaundersøgelse, er valideret af Region Nordjylland, i henhold til principper herfor (KL, 2013, KREVI 2012). Dette er gennemført løbende, dels ved tilbagerapportering vedrørende enkelte spørgsmål, dels ved sammenligning de enkelte spørgsmål imellem. Herved er antallet af spørgsmål reduceret og enkelte spørgsmål ændret i formulering i årene 2009 – 2016.

Fokusinterview er valgt, for at udbygge forståelsen de statistisk påviste ændringer, i de fagprofessionelles trivsel efter forøgelsen af ledelsesspændet. Dette anvendes på et casestudie i en lokal specifik enhed, hvorved metoden afspejler det fænomen, der ønskes undersøgt (Kvale og Brinkmann, 2009: 270 – 273), og derved opnås viden om individuelle erfaringer omkring casen (Kvale og Brinkmann, 2009: 272 – 275).

Reliabilitet

Reliabiliteten i en undersøgelse som denne, er udfordret af kontekstens foranderlighed (Bryman, 2008: 372). Ved at repetere Trivselsundersøgelse 2016 halvårligt, efter samme procedure, og databehandle ens, øges reliabiliteten i den kvantitative del af undersøgelsen. Svarprocenterne for de enkelte afsnit er ikke væsensforskellige og udlignes ved signifikansberegninger. Frafaldsanalyse er ikke mulig grundet anonymitetskrav, og et systematisk frafald kan således ikke udelukkes. I den anvendte form for totalundersøgelse ses sjældent 100 % besvarelse, men

usikkerheden synes mere afhængig af, konklusionerne der drages, end den statistiske usikkerhed. Der argumenteres for at besvarelsesprocent over 30, er reliabiliteten bevaret (KL, 2014).

Sammenfattende skal der således tages forbehold ved konklusioner af de foretagne undersøgelser, som det fremgår af delkonklusioner og perspektivering, ligesom applicering på andre institutioner kun kan foretages med en række forbehold.

Regional trivselsundersøgelse

Region Nordjylland laver løbende spørgeskemaundersøgelser af trivslen blandt alle ansatte i regionen (Trivsel, 2016). Spørgeskemaet består af 31 spørgsmål fordelt på fem temaer;

- 1) Tilfredshed.
- 2) Arbejdets organisering og indhold.
- 3) Samarbejde og ledelse.
- 4) Tillid og retfærdighed.
- 5) Helbred, velbefindende og mobning.

Trivselsundersøgelsen fra Region Nordjylland er inspireret af et arbejde fra Det Nationale Forskningscenter for arbejdsmiljø (NFA, 2014) og foretages hvert andet år. Alle medarbejdere får tilsendt spørgeskemaet på deres arbejdsmail, hvor der også bliver fremsendt rykkermails. Besvarelsen er ligeledes elektronisk. Spørgeskemaet er valideret.

Trivselsundersøgelsen i forbindelse med forøgelse af ledelsesspænd

Regionen Nordjyllands trivselsundersøgelse fra foråret 2016 blev brugt som første målepunkt i en serie målinger af trivslen i Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn. Herefter gennemførte vi undersøgelsen igen i efteråret 2016 og foråret 2017, således at der i alt er tre målepunkter. Resultaterne fra foråret 2016 fra de afsnit som blev sammenlagt i sommeren 2016, er sammenlagt i denne undersøgelse. Herved sikres sammenligneligheden før og efter sammenlægningen af afsnit medførende en forøgelse af ledelsesspændet.

Ved alle undersøgelserne tilgik resultaterne de respektive afsnit, og blev gennemgået i mini-MED (afsnittets lokale MED-organ, bestående af afsnittets tillidsrepræsentant, arbejdsmiljørepræsentant og den lokale leder), og hvis mini-MED udtrykte ønske herom, gennemgik jeg afsnittets resultat ved et personalemøde.

Spørgeskemaundersøgelsen er udført for alle ansatte i Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn. I dette masterprojekt præsenteres to af de nye store afsnit, Gynækologisk Obstetrisk afsnit og Kirurgisk

afsnit, Frederikshavn, da den kvalitative del dækker samme afsnit. Desuden præsenteres klinikkens uændrede afsnit samlet, kaldet Uændrede afsnit, for at muliggøre sammenligning.

Beregningerne på de indsamlede data er foretaget i henhold til normalt anvendte principper for spørgeskemaundersøgelser (Clement og Ingemann, 2011). Data fremstilles grafisk til behandling i de enkelte afsnit med procentuelle fordelinger af de enkelte svar i de enkelte spørgsmål. Der er desuden en fremstilling af de fem hovedgrupper/temaer af spørgsmål, hvor svarene er summeret op i de enkelte afsnit. Den sidstnævnte fremstilling anvendes i analysedelen dette projekt.

Ved at følge op på forårets trivselsundersøgelse, som foretoges af Region Nordjylland og gentage denne undersøgelse halvårligt, ville vi kunne se en eventuel udvikling for trivslen i de berørte afsnit, og sammenligne med udviklingen i de ikke-berørte afsnit. Dette blev suppleret med en kvalitativ interviewundersøgelse af berørte medarbejdere og mellemledere i to af afsnittene.

Interviewundersøgelse

Med anvendelsen af det kvalitative interview afdækkes specifikke emner og problemstillinger (Dreyer og Sehested, 2003), hvor der skabes viden på baggrund af synspunkter, der skal bearbejdes, og ikke objektive data, der skal kvantificeres. (Kvale, 1997). Med udgangspunkt i de fem hovedtemaer fra spørgeskemaundersøgelsen, er der i to af de ændrede afsnit foretaget interviews af medarbejdere og leder. Herved uddybes forståelsen af svarene i spørgeskemaundersøgelsen (Kvale og Brinkmann, 2009).

På forhånd blev det valgt, at leder og to medarbejdere fra de to afsnit med henholdsvis den mest positive og mest negative udvikling skulle deltage i en interviewundersøgelse. Vi valgte tillidsrepræsentanten og arbejdsmiljørepræsentanten fra afsnittene til medarbejderinterviews. På grund af deres tillidshverv, har de relationer til mange kolleger og har kendskab til, hvad der debatteres og foregår kollegerne imellem.

Spørgeguiden til interviewundersøgelsen tager sit udgangspunkt i de fem hovedtemaer i spørgeskemaundersøgelsen, og spørgsmålene underbygger tendenser i besvarelserne i den kvantitative undersøgelse, hvor de interviewede kan kommentere og uddybe (Kvale og Brinkmann, 2009).

Interviewene blev foretaget af studerende på politik- og administrationsuddannelsen på Aalborg Universitet, Sofie Witte. Hun havde, som led i sin uddannelse, et års ophold i klinikken efteråret 16 og foråret 17. Vi valgte bevidst, at Sofie Witte interviewede, da min stilling som klinikchef kunne influere på svarerne, hvis jeg havde gennemført interviewene.

Ved transskriptionen er fyldord og småsnak udeladt, og der tidsangives i transskriberingen. Ved anvendelse af citater i analysen anføres tidsangivelse i kildeangivningen. Efter

transskriberingen er svarene inddelt i fem overordnede emner. Hvert emne gennemgås i analysedelen, og relateres til det statistiske materiale fra spørgeskemaundersøgelsen, og til teori. (Kvale og Brinkmann, 2009). Transskriptionerne findes i bilagsdelen.

Valget af metoderne spørgeskemaundersøgelse og interviewundersøgelse i kombination til belysning af problemformuleringen i denne case er hermed argumenteret og den fremkomne empiri præsenteret.

Analyse og diskussion

I dette afsnit gennemgås indsamlede data i spørgeskemaundersøgelsen i Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn. De fem hovedtemaer i spørgeskemaundersøgelsen præsenteres grafisk for to udvalgte nye store afsnit og de uændrede afsnit samlet. Kommentarer baseret på den præsenterede teori munder ud i en delkonklusion.

Herefter følger analysen af den kvalitative del af undersøgelsen, gennemgået under de i interviewene fremkomne hovedtemaer, og slutteligt delkonklusion herpå.

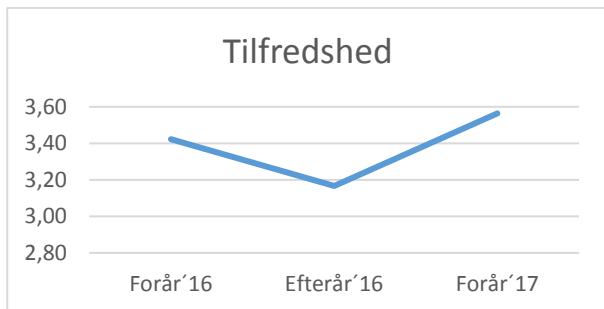
Spørgeskemaundersøgelsen

Første bearbejdning af svarene i spørgeskemaundersøgelsen er en opsætning i tabeller med procentuelle opgørelse af svarene på de enkelte spørgsmål i de enkelte afsnit. Den afsluttende databehandling, som anvendes direkte nedenfor, er en gennemsnitsscore for hvert af fem hovedtemaer, hvor de enkelte svarmuligheder gives nominelle værdier på en femtrins-skala, med 1 som det mest negative og 5 som det mest positive, og gennemsnittet udregnes.

For hvert afsnit præsenteres og kommenteres udviklingen indenfor de fem hovedtemaer, som spørgeskemaundersøgelsens 31 spørgsmål er inddelt i.

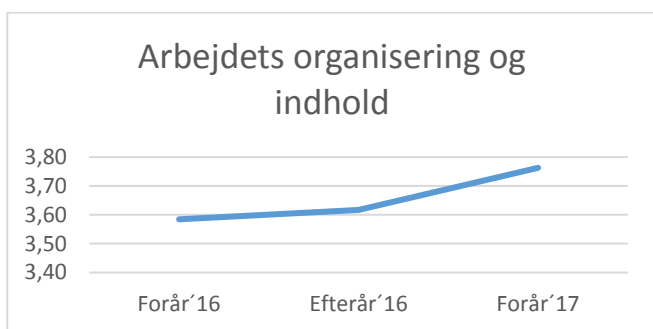
Gynækologisk Obstetrisk afsnit

I Gynækologisk Obstetrisk afsnit Antal er der ansat 65 medarbejdere, og svarprocenten var i foråret 2016 (F16) 73,8%, i efteråret 2016 (E16) 67,7% og i foråret 2017 (F17) 78,5%.



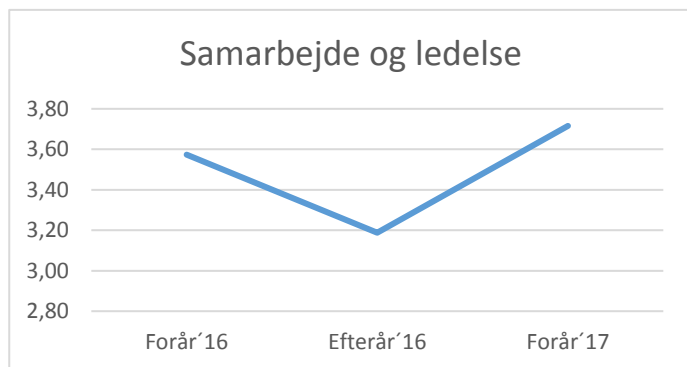
Figur 3: Samlet gennemsnitsscore for temaet Tilfredshed, Gynækologisk Obstetrisk afsnit (Bilag 2, Ændrede afsnit)

Figur 3 viser et fald i trivsel efter sammenlægningen af de to afsnit Gynækologisk obstetrisk afdeling 105 og Gynækologisk obstetrisk operationsafdeling sammenlignet med før sammenlægningen. Et halvt år efter sammenlægningen ses igen en stigning til en tilfredshed lidt højere end udgangspunktet. Spørgsmålene er meget generelle i dette indledende tema, men overraskende en stigning til højere end udgangspunktet. Kurven kan relateres til Lewins teori, om en periode i en forandring med mindre stabilitet.



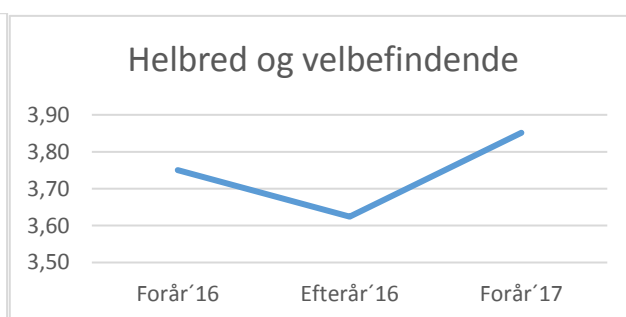
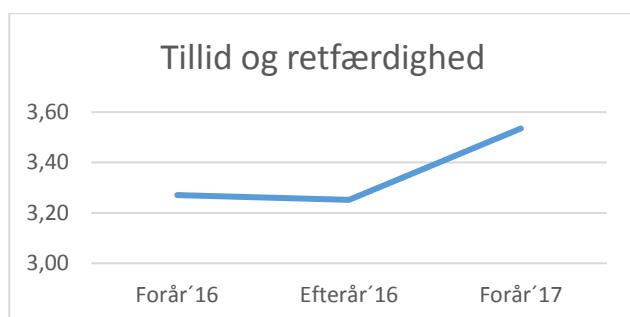
Figur 4: Samlet gennemsnitsscore for Arbejdets organisering og indhold, Gynækologisk Obstetrisk afsnit (Bilag 2, Ændrede afsnit)

I figur 4 vises udviklingen i spørgsmålene vedrørende Arbejdets organisering og indhold, hvor der ses en positiv udvikling over hele perioden. Den statistiske analyse viser ikke signifikans, men en negativ forventet udvikling, i henhold til teorien, er ikke tilfældet. Det daglige arbejdes indhold er relativt upåvirket af forandringen, hvorfor denne ikke sikkert kan tilskrives udviklingen.



Figur 5 Samlet gennemsnitsscore for temaet Samarbejde og ledelse, Gynækologisk Obstetrisk afsnit (Bilag 2, Ændrede afsnit)

Forholdet mellem nærmeste leder og den enkelte medarbejder vises i figur 5. To spørgsmål, "Hvor ofte er den nærmeste ledelse villig til at lytte til dine problemer med arbejdet?" og "Prioriterer den nærmeste ledelse trivslen på arbejdspladsen højt?", viser et signifikant fald fra F16 til E16, og dette kan tolkes som et udtryk for lederens mindre tid til den enkelte medarbejder efter sammenlægningen. Dette i overensstemmelse med interviewundersøgelsen (Fokusgruppe 1 + 2). Den efterfølgende stigning, til et niveau højere end udgangspunktet, kan skyldes fokus på området efter 1. undersøgelse, indførelsen af hjælpefunktioner på afsnittet, og eller simpel tilvænning til "tingenes tilstand".

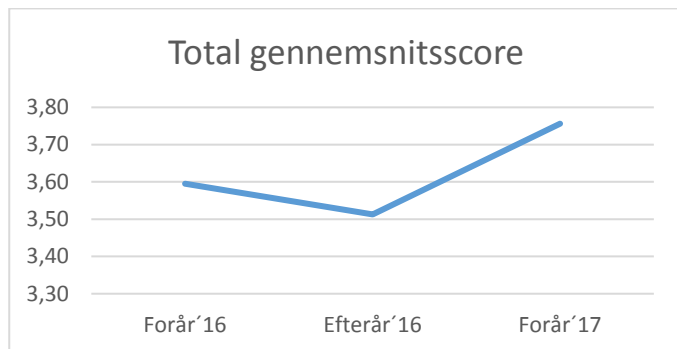


Figur 6: Samlet gennemsnitsscore for temaet Tillid og retfærdighed, Gynækologisk Obstetrisk afsnit. Figur 7: Samlet gennemsnitsscore for temaet Helbred og velbefindende, Gynækologisk Obstetrisk afsnit (Bilag 2, Ændrede afsnit).

Figur 6 viser temaet Tillid og retfærdighed med en positiv udvikling over tid. I teorien beskrives et muligt positivt udfald af øget ledelsesspænd, at tillidsbaseret ledelse med mindre direkte kontrol kan blive tilfældet (Meier og Bothe, 2000) hvilket resultatet her kan tolkes som.

Figur 7 Helbred og velbefindende viser et lille fald og derefter stigning, ikke signifikant for begge vedkommende. Som det fremgår af Hvidbogen, blev der over samme periode observeret på

sygefravær på alle afsnit, og heller ikke her fandtes ændringer over perioden i god overensstemmelse med denne undersøgelse

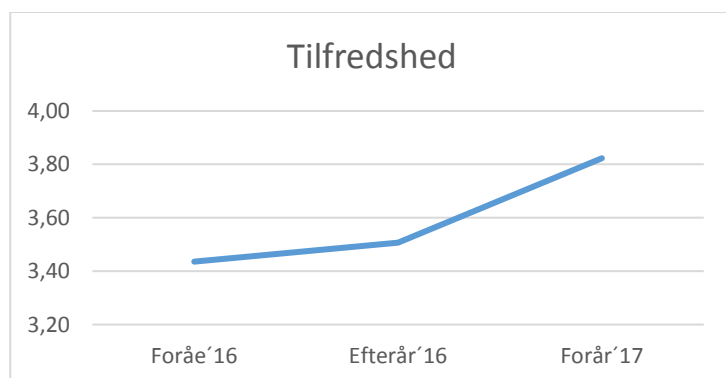


Figur 8: Samlet gennemsnitsscore for hele trivselsundersøgelsen, Gynækologisk Obstetrisk afsnit (Bilag 2, Ændrede afsnit)

Figur 8 viser den samlede gennemsnitsscore for alle spørgsmål. Relevansen af en sådan opgørelse er diskutabel, da modsatrettede effekter ophæver hinanden. Accepteres præmisserne for opgørelsen viser udviklingen en samlet positiv udvikling i trivselen på Gynækologisk Obstetrisk Afsnit, med et forventet fald efter sammenlægningen, men med en positiv udvikling herefter.

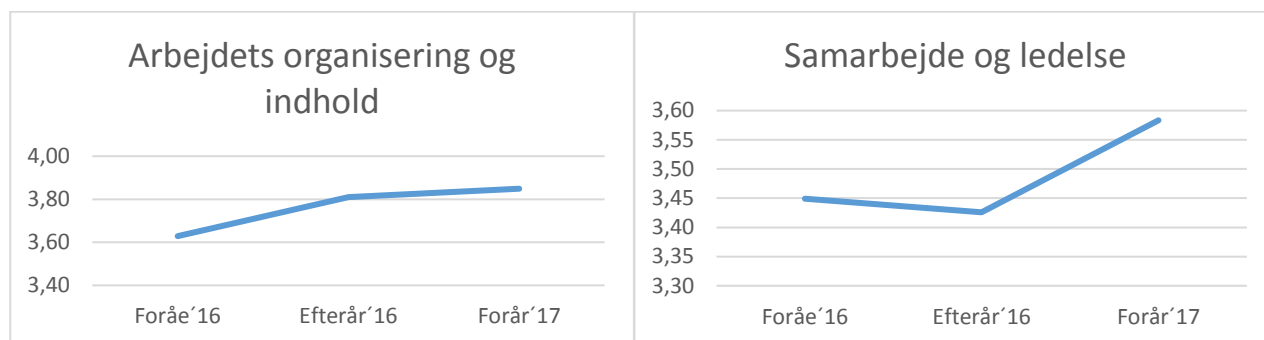
Kirurgisk Afsnit, Frederikshavn

Denne del af analysen viser svar på spørgeskemaundersøgelsen i Kirurgisk afsnit i Frederikshavn med 54 ansatte. Der opgøres for de fem hovedtemaer i undersøgelsen og svarprocenten var F16 90,7%, E16 90,7% og F17 44,4%



Figur 9: Samlet gennemsnitsscore for temaet Tilfredshed, Kirurgisk afsnit, Frederikshavn (Bilag 2, Ændrede afsnit)

Ovenstående Figur 9 viser en positiv udvikling i Tilfredshed i Kirurgisk afsnit, Frederikshavn såvel umiddelbart efter sammenlægningen af afsnittene, som ved opfølgningen et halvt år senere. Der er således en overordnet tendens til at den generelle tilfredshed ikke er påvirket i negativ retning efter sammenlægningen af de to afsnit i Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn i Frederikshavn til et stort afsnit.

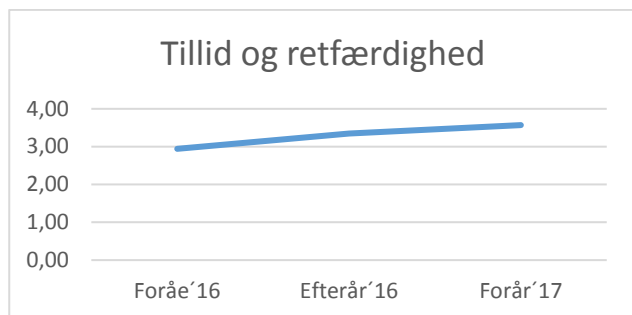


Figur 10: Samlet gennemsnitsscore for temaet Arbejdets organisering og indhold, Kirurgisk afsnit, Frederikshavn. Figur 11: Samlet gennemsnitsscore for temaet Samarbejde og ledelse (Bilag 2, Ændrede afsnit), Kirurgisk afsnit, Frederikshavn

Arbejdets organisering og indhold (figur 10) viser en stigende værdi i den undersøgte periode. Ved øget ledelsesspænd kan dette indvirke negativt på lederens mulighed for støtte til den enkelte medarbejder. (Lucas, Lashinger og Wong, 2008). I modsætning til teorien er der her en positiv effekt af ny leder, primært på organiseringen af arbejdet, hvor der videreudvikledes et tavlemødekoncept i perioden. Arbejdets indhold er uændret i perioden.

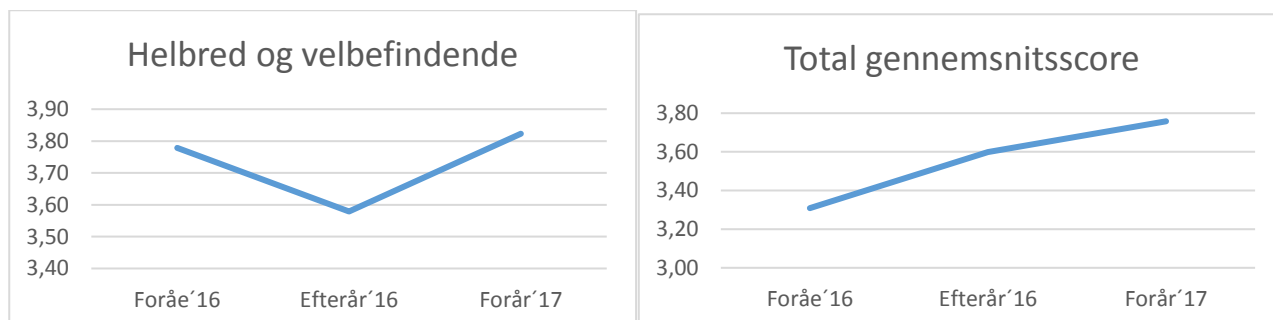
Figur 11 viser en samlet positiv udvikling på området Samarbejde og ledelse, på trods af det større ledelsesspænd. Medarbejdertilfredsheden med samarbejdet med ledelse kan skyldes de tidligere omtalte lokale tiltag. Et enkelt spørgsmål indenfor dette tema, "Hvor ofte er den nærmeste ledelse villig til at lytte til dine problemer"? udviser et signifikant fald fra F16 til E16. Dette i overensstemmelse med den kvalitative undersøgelse (se denne) og teorien om, at når ledelsesspændet øges, kan tiden som medarbejderen har sammen med lederen mindskes. Dette synes dog ikke at have påvirket den generelle trivsel, ligesom det stiger signifikant til F 17.

Trivsel blandt sundhedsprofessionelle i et forandringsperspektiv



Figur 12: Samlet gennemsnitsscore for temaet Tillid og retfærdighed, Kirurgisk afsnit, Frederikshavn

I figur 12 vises Tillid og retfærdighed med stigende værdi, som dog ikke er signifikant. Dette i overensstemmelse med, at øget ledelsesspænd teoretisk set kan give plads til uddelegering, baseret på tillid. Generelt forventedes i henhold til teori afsnittet et fald, og modsat teoriens overvejelser, sker der her en forbedring. Arbejdets indhold er ideelt set uændret i de enkelte dele af afsnittet, så den positive udvikling kan med den forudsætning tilskrives en bedring i organiseringen af det daglige arbejde.



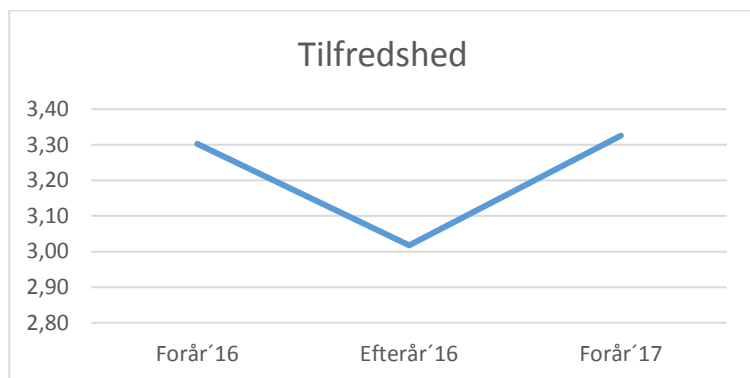
Figur 13: Samlet gennemsnitsscore for temaet Helbred og velbefindende, Kirurgisk afsnit, Frederikshavn. Figur 14: Samlet gennemsnitsscore for trivselsundersøgelsen, Kirurgisk afsnit, Frederikshavn (Bilag 2, Ændrede afsnit)

For Helbred og velbefindende (figur 13) ses et umiddelbart fald efterfulgt af en stigning til et niveau fra før sammenlægningen. Dette er ikke synligt i sygefraværstatistikken.

Endelig det totale gennemsnit af alle spørgsmål på afsnittet (figur 14) med samme forbehold som tidligere beskrevet, en samlet positiv udvikling.

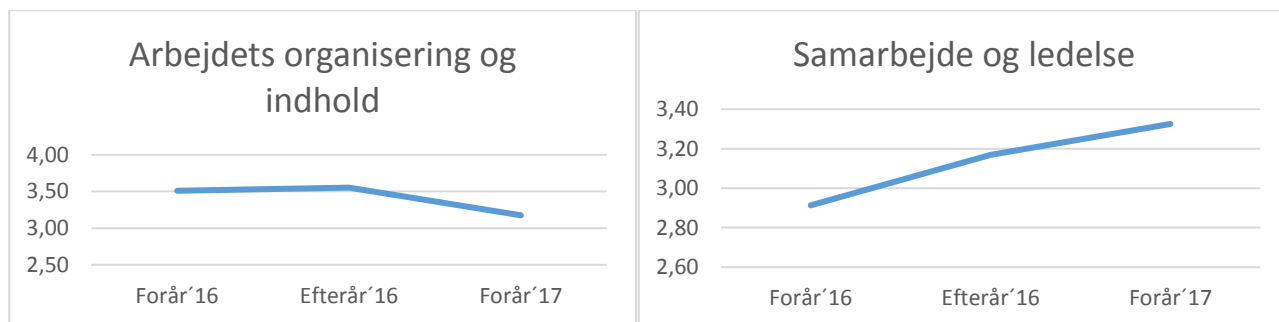
Samlet Uændrede afsnit

I denne del præsenteres det samlede resultat for de tre uændrede afsnit i Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn; Pædiatrisk afsnit, Jordemoderområdet og Kirurgisk operationsafsnit, Hjørring. Sammenlagt er der 107 ansatte medarbejdere. Svarprocenten var henholdsvis F16 79,4%, E16 64,5% og F17 72,0%. Denne del af undersøgelsen er udført, for at spore generelle udviklinger i klinikken, der kunne påvirke konklusionerne om de sammenlagte afsnit.



Figur 15: Samlet gennemsnitsscore for temaet Tilfredshed, samlet Uændrede afsnit

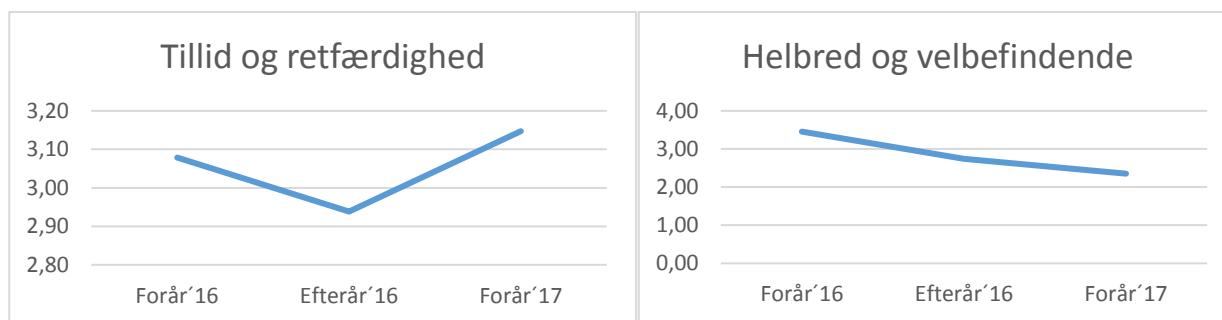
Dette indledende overordnede tema om tilfredshed (Figur 15) viser samme kurveforløb, som i de ændrede afsnit. Det er ikke undersøgt med interviewundersøgelse eller anden form for undersøgelse, hvorfor der indledningsvist er et fald i tilfredsheden. Efter spørgeskemaundersøgelserne er disse afsnit tilbudt samme opfølgning på personalemøde, som på de ændrede afsnit. Om denne form for opfølgning i sig selv kan være nok til at genetablere tilfredsheden, er ikke undersøgt, men eneste tiltag, som er gennemført i såvel ændrede som uændrede afsnit.



Figur 16: Samlet gennemsnitsscore for Arbejdets organisering og indhold. Samlet Uændrede afsnit. Figur 17: Samlet gennemsnitsscore for temaet Samarbejde og ledelse. Samlet Uændrede afsnit

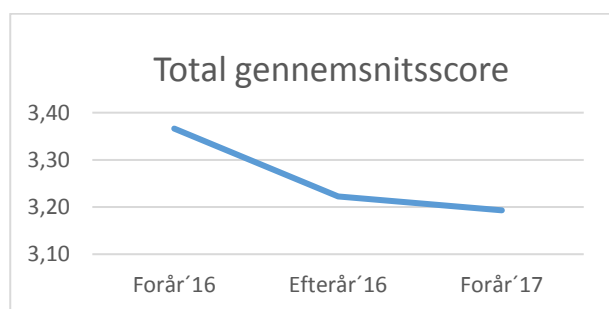
Figur 16 viser en stabil tilfredshed med arbejdets organisering og indhold på de uændrede afsnit, forventeligt grundet de uændrede forhold. Figur 17 viser en positiv udvikling over begge målinger

vedrørende samarbejde og ledelse. I det lederudviklingsforløb, som lederne af de nye store afsnit blev tilbudt, deltog lederne fra de uændrede afsnit også i. Denne lederuddannelse på regionsniveau kan være udslagsgivende på denne undersøgelse, ligesom internt fokus på ledelse i klinikken i forbindelse med ændringerne også kan have haft indflydelse på uændrede afsnits ledere og dermed deres ledelse. Undersøgelsesresultatet blev som omtalt gennemgået i alle personalegrupper, som ønskede det. Det skete i to af de tre uændrede afsnit.



Figur 18: Samlet gennemsnitsscore for temaet Tillid og retfærdighed. Figur 19: Samlet gennemsnitsscore for temaet Helbred og velbefindende. Samlet Uændrede afsnit

Figur 18 viser statistisk uændrede forhold vedrørende Tillid og retfærdighed i de uændrede afsnit, mens figur 19 viser et fald vedrørende Helbred og velbefindende i de uændrede afsnit. Generelt føler personale sig mere presset og stresset, hvilket kunne tilskrives de generelt store nedskæringer, der foretoges i 2016 (4% i stedet for de vanlige 2%), selvom disse nedskæringer i samme grad ramte de ændrede afsnit, og hvor der ikke ses denne udvikling.



Figur 20: Samlet gennemsnitsscore for hele trivselsundersøgelsen, samlet Uændrede afsnit

Påfaldende er, at den samlede udvikling (figur 20) af trivslen viser faldende tendens, modsat tendensen i de ændrede afsnit. Ingen af de samlede udviklinger er statistisk signifikante, og der er således grundlag for at antage, at der ikke er en generel udvikling i trivslen på uændrede afsnit, som kunne påvirke resultaterne i de ændrede afsnit.

Delkonklusion på spørgeskemaundersøgelsen

Forventningen om et fald i trivsel grundet øget ledelsesspænd kommer umiddelbart til udtryk i det ene af de to ændrede afsnit i spørgeskemaundersøgelsen, som her fremstilles. Efter yderligere et halvt år ses en stigning til et niveau højere end udgangspunktet. I det andet afsnit ses en stigning både efter det første halve år, og en yderligere stigning efter det andet halvår.

Tidsperspektivet kan her være afgørende, hvor den af Levin beskrevne tre-punkts-proces, hvor organisationen skal optøs, for at gennemføre en forandring, kan skabe en usikkerhed hos medarbejdere, der kommer til udtryk i det umiddelbare fald i det ene afsnit, og den derefter følgende stigning (Levin, 1947)

Oprettelsen af støttefunktioner til lederen kom først på plads ultimo 2016, og der er således et tidsmæssigt sammenfald med udviklingen, dels det konstaterede fald i det ene afsnit det første halvår, dels stigningen i andet halvår i begge afsnit.

Medvirkende til den positive udvikling over tid kan være organiseringen i teamarbejde. I teorien beskrives et muligt positivt udfald af øget ledelsesspænd, at tillidsbaseret ledelse med mindre direkte kontrol kan blive tilfældet (Meier og Bothe, 2000) hvilket resultatet her kan tolkes som.

I de uændrede afsnit ses et samlet fald i trivsel i perioden, så den positive udvikling i de ændrede afsnit synes ikke at være en generel tendens i hele Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn.

Interviewundersøgelsen

Her præsenteres resultatet af interviewundersøgelsen. Interviewene er som omtalt side 7 foretaget på en spørgeguide baseret på spørgeskemaundersøgelsens fem hovedtemaer. Interviewene er foretaget i to ændrede afsnit, dels blandt ledere og dels blandt medarbejdere.

Efter transskribering af de foretagne interviews, er svarene systematisk gennemgået og herefter opdelt i emner. Disse emner har i dette afsnit fået hver sin overskrift, og analyseres nedenfor. Denne bearbejdning er en Framework-analyse-metode, som giver mulighed for systematisk behandling af en stor mængde empiri, og overskueliggørelse af de mange meninger og oplevelser, de enkelte interviewede fremkommer med (Bryman, 2012: 578 – 580).

Først beskrives kort relevante teorier indenfor de fremkomne emner. Herefter behandles de interviewedes udtalelser vedrørende temaet. Hvor det findes relevant krydses der mellem medarbejder- og lederudtalelser. Direkte citater er medtaget, når de forekommer forståelsesfremmende, i øvrigt henvises til transskriptionsdelen (bilag 4). Under hver overskrift opsummeres hvert enkelt tema og kapitlet afsluttes med en delkonklusion.

Medarbejdernes engagement i store afsnit

Teoretisk beskrives et faldende engagement ved stort ledelsesspænd, hvor medarbejdernes trivsel falder grundet den øgede afstand til lederen med nedsat jobtilfredshed og øget sygefravær til følge (Doran et al., 2004).

”Jeg synes det bliver mere fjernt og fremmed jo større og længere væk fra hinanden vi kommer. Den der stolthed for organisationen, den er der ikke mere. De ændringer, der er sket og måden de er sket på, har helt sikkert gjort noget ved min opfattelse af organisationen” (Fokusgruppe 1: 15:00)

En modsat rettet effekt kommer til udtryk, i form af øget fleksibilitet, medledelse i teamarbejdet og udviklingsmuligheder. Ledelsen opleves ikke direkte fraværende, om end der er mindre kontakt end tidligere, hvilket der udvises forståelse for. (Fokusgruppe 1)

Herved fremkommer punktnedslag, som understøtter de mulige teoretiske virkninger af et øget ledelsesspænd, og som kan påvirke trivslen i enten positiv eller negativ retning.

Øget fleksibilitet

I litteraturen har jeg ikke fundet undersøgelser af betydningen af øget ledelsesspænds indvirkning på fleksibilitet. I denne interviewundersøgelse fremkommer det som et tema, med både positive og mulige negative konsekvenser.

Grundet det større antal medarbejdere i samme afsnit opleves der en større fleksibilitet i forhold til dels opgaveløsningen, dels arbejdstilrettelæggelse, for eksempel i forbindelse med sygdom. Samtidig udtrykkes der en utryghed ved, om nye kolleger kan løfte opgaven, skabt ved ukendskab til den enkelte kollegas kompetencer. Herved skabes der utryghed omkring det faglige niveau i opgaveløsningen (Fokusgruppe 1). ”Arbejdsdelingen blev spredt ud og plejepersonalet skulle læres op, så de kunne varetage nogle flere funktioner på tværs. Dog kom der hurtigt respons fra flere grupper om, at det ikke fungerede og det blev tydeligt at det skabte et dårligt arbejdsmiljø”.

Udtalelserne viser, at skemalægningen i de nye store afsnit er lettet grundet flere medarbejdere. Bekymringen for nye kollegers oplæring, har medført, at der er reorganiseret i forhold til arbejdsopgaver og en forvejen solid oplæring af nyt personale er blevet revideret.

Teamsamarbejde og udviklingsmuligheder

Et større ledelsesspænd blandt fagprofessionelle mindsker supervisionen, hvilket fordrer øget kreativitet, autonomi og produktivitet (Kramer og Schmalenberg, 1991), mens et for stort ledelsesspænd har omvendt effekt ved for stor afstand mellem leder og medarbejder (Lucas, Laschinger og Wong, 2008). Mere overordnet giver optimering af arbejdsdelingen i forbindelse med

øget ledelsesspænd uddelegering af ansvar. Dette medfører en øget medarbejderspecialisering (Meier og Bothe, 2000).

Det øgede ledelsesspænd i de nye store afsnit medfører en bevidst videreudvikling af de fagprofessionelles teamarbejde, en af grundpillerne i FLO (FLO, 2016). Dette opfattes af medarbejderne som en positiv udvikling, hvor det øgede ansvar for eget arbejde giver mere medledelse og selvstændighed. Etableringen og videreudviklingen af teamarbejdet nødvendiggør øget specialisering i eget fagområde og opfattes som sådan positivt, hvor medarbejderen kan fordybe sig i eget fagområde.

”Der er kommet nogle gode ting med sammenlægning, hvor vi skal til at etablere teams. I den forbindelse kan man få lov til at arbejde med noget, der interesserer en og der kommer til at være nogle tovholdere – og det kan betyde noget i forhold til at lette lederens arbejde. Det vil på en måde give noget medledelse. Det vil også kunne give noget engagement.” (Fokusgruppe 1: 31:00).

”Man er mere tilbøjelig til at drøfte mindre ting, når nærmeste leder er tæt på og omvendt. Nu når lederen er længere væk, så finder man også selv nogle løsninger. Man bliver mere selvstændig.” (Fokusgruppe 1: 10:00)

Den øgede selvstændighed omkring opgaveløsningen opfattes som et positivt udbytte af forandringen, hvor der mulighed for personlig faglig udvikling og sparring med kollegaerne i ens eget team. Kontakten til lederen er ikke blevet så stor, at det får negativt betydning for nævnte faktorer.

Øget kompleksitet

Der peges på i litteraturen at større grupper eller teams kan blive så store, at de bliver dysfunktionelle grundet tab af koordination, motivation og kommunikation. Omvendt kan disse også blive for små, med tab af effektivitet til følge, hypotesen om det omvendte U. (Barrassa, West og Gil, 2007)

Kompleksiteten øges med øget ledelsesspænd, også rent fysisk, da lederens medarbejdere befinder sig på flere lokaliteter.

Der beskrives i interviewundersøgelsen en forandring, hvor afstanden til lederen, både i tid og sted, har indflydelse på dagligdagen. Informationen om forandringen og forventningsafstemningen har været god; ”Det betyder noget, at man fra starten har en forståelse for, at der sker nogle ændringer.” (Fokusgruppe 1: 26:50)

Det oplevedes, at skulle der bruges tid, til at vænne sig til den nye organisation. Kommunikationen koncentrerer. Der beskrives manglende mulighed for umiddelbar løsning af småkonflikter eller faglige udfordringer; ”Men der går også noget tabt ved, at man ikke mødes.” (Fokusgruppe 1, 41:50)

Fra lederside beskrives en tilvænningsproces; ”Det er komplekst i og med, at der er mange medarbejdere fordelt på mange steder. Jeg når ikke at se alle. Det tager tid, at finde ud af hvad der giver mening. ” (Leder 1, 10:00). ”For eksempel det med information, hvor jeg måske kun gav information til et af de ”gamle” afsnit, hvor de måtte minde mig om, at det jo pludselig var relevant for flere. Der er nogle ting, der er blevet mere omstændelige i og med, at der flere medarbejdere. ” (Leder 1, 46:00)

Interviewene viser en bevidsthed om den øgede kompleksitet i de nye store afsnit, men afdækker også, at information og forventningsafstemning har forebygget en stor negativ indflydelse på det daglige arbejde. Der er en erkendelse af, at forandring tager tid.

Synlig ledelse og klare mål

En stor del af forskningen omkring ledelsesspænd drejer sig om ledelse. Jeg har ikke medtaget dette aspekt som selvstændigt teori-område, berører det kort i diskussionen. Her kommer det delvist til udtryk som selvstændigt tema i interviewundersøgelsen. I danske undersøgelser påvises forringede muligheder for nærhed til den kliniske praksis og medarbejderne (Sørensen, 2006), og at der sker ændringer i lederens opgaver, der medfører mindre kontakt til den enkelte medarbejder. (Andersen og Sonne, 2007).

Medarbejderne ser en ændring i forhold til drøftelse af hverdagens udfordringer, dels faglige diskussioner, dels daglig planlægning, som udfordres af lederens øgede eller ændrede arbejdsforhold; ”Der er for meget, der ikke er planlagt eller planlagt uhensigtsmæssigt. ” (Fokusgruppe 3). Den manglende daglige samtale med lederen kan gøre, at lederen ikke er opmærksom på problemstillinger i afsnittet, som tidligere kunne have medført faglige diskussioner med klare mål for opgaveløsningen.

Modsat opleves en bevidsthed om synligheden, som medfører at synligheden ikke føles nedsat; ”Jeg oplever, at der er meget positivitet omkring det, og det her med, at man måske kunne frygte, at nærværet var mindre, har ikke været det, vi har oplevet. ” (Fokusgruppe 1, 1:15)

Der udtrykkes en bekymring for, at den personlige relation mellem medarbejder og leder ikke kan opretholdes; ”Jeg synes det giver et forhold til sin leder, når man deler nogle personlige ting. Det gør også, at man åbner mere op, og det er jo en mulighed, som man ikke på samme måde har mere, og det kunne man godt forestille sig kunne gøre noget. ” (Fokusgruppe 1, 4:00)

Samlet gives der udtryk for, at den større afstand mellem leder og medarbejdere medfører en anderledes hverdag, med bekymring for den personlige relation, men også for lederens opmærksomhed på afsnittet.

Delkonklusion på interviewundersøgelse

De centrale temaer om det øgede ledelsesspænds indvirkning på arbejdsforhold fremkommet i den kvalitative undersøgelse svarer i høj grad til de i teorien behandlede. Resultaterne er ikke entydige. Medarbejderengagementet er negativt påvirket af afstanden til lederen, men samtidigt giver denne afstand øget selvstændighed, ikke mindst fagligt, i arbejdet i teams. Samme effekter ses af den øgede kompleksitet i afsnittet, mens den øgede fleksibilitet grundet flere kolleger påskønnes, for eksempel ved sygdom, men findes negativ ved oplæring af nye kolleger.

Den positive udvikling i spørgeskemaundersøgelsen nuanceres her, hvor den overvejende positive udvikling ses at indeholde mange modsatrettede effekter på trivslen i de nye store afsnit.

Disse udsagn brugte jeg tematiserende på mine møder med ledere og medarbejdere ved gennemgangen af den kvalitative undersøgelse i de enkelte afsnit. Der var på påfaldende god overensstemmelse mellem de på møderne fremkomne kommentarer til og debat om spørgeskemaundersøgelsen, og de her fremkomne temaer. Min iboende skepsis, som naturvidenskabsmand, overfor kvalitative undersøgelsers værdi, blev således gjort til skamme. Enkeltpersoners meninger og holdninger gav en dybere og bredere forståelse af resultaterne i den kvantitative undersøgelse.

Samlet diskussion

Med baggrund i den fremlagte teori blev forandringen forberedt, for at imødegå de negative følger en sådan forandring kan have. Ledere og medarbejdere blev medinddraget i forberedelserne og der blev udarbejdet en tilgængelig hvidbog med beskrivelse af forandringen, inklusive den her i projektet omhandlede Trivselsundersøgelse. Et højt informationsniveau i processen er væsentlig for succes (Kotter, 1995) og derfor forsøgt holdt højt fra start.

I relation til Figur 2, hvor Kotter og Cohen relaterer en forandrings dybde til dens håndgribelighed, kan den her gennemførte forandrings størrelse overvejes. Der er tale om en organisationsændring, hvor der ikke ændres i organisations grundstruktur, og som følge deraf måske lettere gennemførlig og med mindre effekt på trivslen.

For medarbejderne er forandringen relativ overskuelig set i relation til arbejdsopgaverne. Enkelte skal lære nye områder, men for langt de fleste er arbejdsopgaverne uændrede. De kender lederne, cirka halvdelen af medarbejderne beholder deres oprindelige leder. Forandringen med mere teamarbejde er allerede igangsat med FLO, og mange velfungerende teams kan blot fortsætte deres velfungerende arbejde. Der hvor der nyskabes teams, kan dette frigøre energi og engagement, en positiv følge af forandringen.

Som beskrevet tidligere blev stillingerne som afsnitsledere af nye store afsnit opslået internt blandt de i klinikken berørte afsnitsledere. Som følge heraf, havde de nye ledere stort kendskab til organisationen, opgaverne og medarbejderne. Det positive udfald af trivselsundersøgelsen kan have baggrund heri, og berøres positivt i den kvalitative del. Der blev desuden foranstaltet et lederuddannelsesforløb, for at bedre ledernes mulighed for at løfte opgaven (AL forløb, 2017), ligesom en særlig opmærksomhed fra klinikledelsen side, ikke mindst gennem dette projektarbejde, kan have påvirket resultatet positivt.

Ledernes og medarbejdernes personlige egenskaber er ikke medtaget i denne undersøgelse. Specielt lederens personlige ledelsesstil kan have betydning for trivslen blandt medarbejderne (Cathcart, 2004), men i interviewundersøgelsen, bliver dette ikke et tema, antageligt da der er tale om kendte ledere. Medarbejderne i de nye store afsnit har haft stort set uændrede opgaver i hele perioden og deres faglige kompetencer skulle derfor ikke ændres eller suppleres i nævneværdig grad, endnu en positiv faktor i forhold til ændringens indvirkning på trivslen.

Støttefunktionerne i de enkelte afsnit er ikke blot en afløsning af den "gamle" souschefstilling (stedfortræder), men en direkte aflastning af afsnitslederen indenfor udvalgte specifikke ledelsesområder. Det heraf skabte frirum er brugt til at imødegå de i teorien beskrevne større afstande til medarbejderne, og må derfor antages at have haft indflydelse på den positive effekt der ses i den kvantitative undersøgelse sidste halvårsperiode, og imødegå nogle af de bekymringer, der fremkommer i interviewundersøgelsen vedrørende afstand (fysisk, fagligt og personligt) til lederen.

Skabelsen af Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn havde udelukkende økonomisk begrundelse, allerede fra begyndelse fastslået, og indledt med besparelsen af en klinikledelse. I 2016 kom kravet fra hospitalsledelsen om besparelse på mellemliderniveau, hvorved der skabtes om end ikke en brændende platform, men en uomtvistelig begrundelse for forandringen. Den var let argumenterbar i en organisation tilvænnet årelange sparekrav.

Konklusion

For at svare på problemformuleringen; hvordan indvirker en forøgelse af ledelsesspændet på trivsel hos fagprofessionelle? har jeg gennemgået teorier om trivsel, ledelsesspænd og forandringsledelse. Herefter har jeg beskrevet en gennemført analyse af trivsels udvikling i afsnit, hvor der er gennemført en forøgelse af ledelsesspændet i egen klinik, og diskuteret denne analyse. Konklusionen på analysen og diskussionen er, at et forøget ledelsesspænd ikke samlet indvirker på trivslen hos fagprofessionelle. Der er tendens til en stigende trivsel i de berørte afsnit, samtidigt med en faldende tendens i de afsnit i klinikken, hvor ledelsesspændet er uændret. Der er forskudninger

på enkeltområder, som interviewundersøgelsen påpeger, men samlet er trivslen upåvirket med en stigende tendens i afsnit med øget ledelsesspænd. Jeg kan på baggrund af den her foretagne undersøgelse ikke fraråde en forøgelse i ledelsesspændet fra ca. 40 medarbejdere til ca. 60 medarbejdere i forhold til trivslen på en arbejdsplads, som den her beskrevne. Denne konklusion taget med forbehold for anvendte metoders styrker og svagheder, samt de forhold, som kendetegner medarbejdere og ledere, deres kendskab til arbejdsopgaver og organisation i Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn.

Perspektivering

I dette afsnit vil jeg perspektivere både undersøgelsen af trivsel og arbejdet med dette masterprojekt.

Trivselsundersøgelsen skal tages med en række forbehold før resultatet overføres til andre kontekster, hvis det overhovedet er muligt. Casestudiet har som omtalt sine stærke begrænsninger, ligesom forandringens omfang kan beskrives som relativ lille. Medarbejdernes og ledernes kendskab til hinanden og til opgaverne og organisationen er betydelig i denne case, hvilket skal tages i betragtning før generalisering. Ledernes og medarbejdernes personlige egenskaber er ikke undersøgt, men som beskrevet af stor betydning for forandringsledelse og –succes. Disse forhold taget i betragtning, er konklusionen positiv. Konklusionen er i modstrid med alle forelagte teorier, undtaget teorien om empowerment. Det positive resultat, af en nøje fulgt og styret forøgelse af ledelsesspændet, kan derfor bruges som et eksempel på, at det kan lade sig gøre at øge ledelsesspændet uden samtidig forringelse af trivslen på arbejdspladsen. Yderligere undersøgelser af dette eksempel, og undersøgelse af andre cases af samme emne, er nødvendige, før en generalisering er mulig. Fokus på personlige egenskaber hos ledere og medarbejdere er væsentlig for at undersøge det optimale ledelsesspænd, ligesom teamarbejde med medledelse er et relevant fokus i fremtidige studier.

Arbejdet med dette masterprojekt har klart øget min forståelse for forandringsledelse, ligesom selve undersøgelsen har styrket min indsats for og fornemmelse af betydningen af trivsel. En forøgelse i ledelsesspændet som vi gennemførte, krævede ledelse og forandringsvilje, ikke mindst teorien taget i betragtning. At overskue, bearbejde og formidle en stor mængde teori og empiri er et udbytte, som i dag ville have påvirket udformningen og planlægningen af forandringen. De overordnede valg af teori og metode ville være uændrede. Hvidbogen ville jeg have haft medarbejderinddragelse på, og kommunikationen omkring hvidbogen og forandringen, ville jeg have intensiveret. Som naturvidenskabsmand overraskede værdien af den kvalitative undersøgelse. I kommunikationen med ledere og medarbejdere fokuseredes det store statistiske materiale, og

samtalen om handleplaner og indsatser blev konkret. Jeg vil bestemt anvende denne undersøgelsesform i fremtidig forandringsledelse.

Litteraturliste

Abbott, A. (1988): *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago: University of Chicago Press

Andersen, P. B. & Sonne, B. 2007, *Ledelse i store afdelinger*, Region Midt.

Antoft, Rasmus & Salomonsen, Heidi (2007): *Det kvalitative casestudium – introduktion til forskningsstrategi*, I Antoft, Rasmus m.fl. (2007): *Håndværk og Horisonter – traditioner og nytænkning i kvalitativ metode*, Syddansk Universitetsforlag

Barrasa, A., West, M. & Gil, F. *Is there an Optimal Size for Health-Care Teams? Effects on Team Climate for innovation and performance*. Psychosocial Resources in Health Care Systems. Ed. / Richter, P. Rainer Hampp Verlag, 2007. P. 51 – 66.

Bendix, H.W., Digmann, A., Jørgensen, P., & Pedersen, K.M. 2008. *Hospitalsledelse. Organisatorisk fænomen og faglig disciplin* København, Børsens Forlag.

Bjerregaard, L.B.L. 2005. *Magnethospitaler – arbejdsmiljø, uddannelse og patientoutcome. Et kritisk studie*. Kerteminde, Århus Universitetshospital, Hovedstadens Sygehusfællesskab & Odense Universitetshospital.

Bryman, Alan, 2012, *Social Research Methods*, Oxford University Press

Cathcart, D., Jeska, S., Karnas, J., Miller, S.E., Pechacek, J., & Rheault, L. 2004. *Span of control matters*. *Jona*, 34, (9) pp. 395-399.

Clement, Lund Sanne & Ingemann, Holm Jan 2011. *Introduktion til praktisk statistik, Metodeserie for*

Social- og Sundhedsvidenskaberne, Bind 4, Syddansk Universitetsforlag.

Connor, Daryl 1993. *Managing the speed of change*, Random House

Dalsgaard, Lene, *Fagprofessionelle i nyere forvaltningslitteratur*, Nordisk Administrativt Tidsskrift 1/2013, 90, Aalborg universitet.

https://www.dioefforlag.dk/sites/nat/files/2013/2013_1/NAT_1_2013_4.pdf

Danske Regioner, 2016 <http://www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/effektivisering>

Dalsgaard, Lene og Jørgensen, Henning (2010). *Kvaliteten der blev væk - kvalitetsreform og modernisering af den offentlige sektor*. København: Frydenlund.

Dalton, D. R., Tudor, W. D. Spendolini, M. J., Fielding, G. J. og Porter, L. W., 1980. *Organization Structure and Performance: A Critical Review*. The Academy of Management Review, 5: 49 – 64.

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

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

Dreyer Hansen, A. og Sehested, K. 2003 *Konstruktive bidrag. Om teori og metode i konstruktiv videnskab*. Roskilde Universitetsforlag

Evetts, J. 2007. *Introduction: trust and Professionalism _ Challenges and Occupational Changes*. Current sociology Vol. 54 (4): 515 – 531

FLO, *Oplæg til Fremtidig Klinisk Ledelsesmæssig Organisering*, 2012

<http://personalenet.rn.dk/samarbejde/FremtidensLedelsesmaessigeOrganisering/Documents/FLO%20lang%20version.pdf>

Gergen, K.J. 1997. *Virkelighed og relationer*. København, Psykologisk Forlag.

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

Hildebrandt, S & Brandi (2005), *Ledelse af forandring, Virksomhedens konkurrencekraft*, Børsens

Forlag A/S, 2005, ISBN: 987.87.7664-048-4

Holm-Petersen, C. 2011. *Arbejdsglæde i fremtidens sygeplejerskearbejde på hospitalerne. En undersøgelse af arbejdsglæde på en privat og en offentlig hospitalsafdeling* København, Dansk Sundhedsinstitut.

Holm-Petersen, C. & Rieper, O. 2013, *Når ledelsesspændet vokser. Lederes erfaring fra social- og ældreområdet samt kommunal forvaltning*, København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Holm-Petersen, C. & Vyberg, N. 2011, *Arbejdsglæde i fremtidens sygeplejerskearbejde på hospitalerne. En undersøgelse af arbejdsglæde på en privat og en offentlig hospitalsafdeling*, København: Dansk Sundhedsinstitut.

Hood, C., & Dixon, R., 2015, *Not What it Said on the Tin: Assessing Three Decades of Change*. In C. Hood, & R. Dixon (Eds.), *A Government That Worked Better and Cost Less? Evaluating Three Decades of Reform and Change in UK Central Government*: 178-197. Oxford: Oxford University Press.

Hornstrup, Carsten og Madsen, Mikkel Pilgaard, 2015, *Ledelse af Relationel Koordinering – i offentlige organisationer*, Aarhus: Turbine.

Hvidbog. Plan for ny lederorganisering. 2016.

<http://personalenet.rn.dk/AndreIntranet/RHNordjylland/KlinikKirurgiKvindeBarn/Documents/Plan%20for%20ny%20lederorganisering%202016%20Klinik%20Kirurgi-Kvinde-Barn%20Regionshospital%20Nordjylland%203%200.pdf>

Information, Dagbladet, Indland 23.09. 2016 *Mette Frederiksens lover opgør med kontrol i det offentlige*

Jacobsen, Dag Ingvar, 2015, *Organisationsændringer og forandringsledelse*, Forlaget Samfundslitteratur udgave etc.

KL, 2005 http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_48508/cf_202/AT_Sygefrav-r_og_arbejdsmilj-.PDF

KL, 2014, Overvejelser om svarprocent i brugertilfredshedsundersøgelser, Økonomi og indenrigsministeriet, 2014,

https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_68543/cf_202/Om_svarprocenter_i_brugertilfredshedsundersogelser.PDF

- Klausen, K. K.: *Skulle det være noget særligt? Organisering og ledelse i det offentlige*, Børsen, 2001
- Kotter, John, 1995, *Leading change: Why transformation efforts fail*. Harvard Business Review
- Kotter, John og Cohen, Dan S. (2002), *The Heart of Change: Real-Life Stories of How People Change Their Organisations* Boston, MA: Harvard Business School Press.
- KORA, 2011, *Færre ledere til flere medarbejdere – ledelsesspænd på store hospitalsafsnit*, Christina Holm-Petersen, Annette Tolsgaard, Mette Bødiker Vestergaard og Susanne Østergaard, Dansk sundhedsinstitut. <https://www.kora.dk/media/272112/dsi-2290.pdf>
- Kramer, M. & Schmalenberg, C. 1991. *Job satisfaction and retention*. Insights for the '90s. Part 2. *Nursing*, 21, (4) 51-55 available from: PM:2020421.
- Kvale, Steiner og Brinkmann, Svend, 2009, *Interview – Introduktion til et håndværk*, 2. udgave, Hans Reitzels Forlag.
- Københavns Kommune, *Trivselsrapport 2008*. Københavns Kommune, 2008
- Larson, M. S., 1977, *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis* Berkeley University Press
- Lawrence, Thomas B, Suddaby, Roy og Bernard Leca, 2009, *Introduction: Theorizing and studying institutional work*, I, Cambridge University Press.
- Lerborg, L. 2010, *Styringsparadigmer i den offentlige sektor*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København.
- Lewin, K., 1947, *Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science; Social Equilibria and Social Change*, Human relations 1947; 1:5-41
- Lipsky, M. 1980, *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in Public Services*, Russel Sage Foundation, New York.
- LO Landsorganisationen i Danmark, *Det udviklende arbejde – en vision inden for rækkevidde*. LO, 1994
- Lucas, V., Laschinger, H.K.S., & Wong, C. 2008. *The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment: the moderating effect of span of control*. Journal of Nursing Management,

16, pp. 964-973.

Manion, J. 2005. *Create a positive health care workplace. Practical strategies to retain today's workforce and tomorrows*. Chicago, Health Forum.

Meier, K.J. & Bothe, J. 2000. *Ode to Luther Gulick: Span of control and organizational performance*. *Administration & Society*, 32, (2) pp.115-137.

Milsted, T., *Trivsel – en guide til motivation og arbejdsglæde*. Jyllandsposten 2008

N. Bloom, R. Sadun and J.V. Reenen, *Does Management really work*, Harvard Business Review, Nov. 2012

Nøhr, K., Dalsgaard, C., Bækgaard, M. & Meldgaard, J. 2012, *Notat: Udviklingen i strukturen på dagtilbudsområdet 2004-2011*, København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

NFA, Det nationale forskningscenter for Arbejdsmiljø, publikationer, spørgeskemaer, NFA's spørgeskema om psykisk arbejdsmiljø, 27.11.2014, <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/publikationer/spoergeskemaer/psykisk-arbejdsmiljoe/det-korte-spoergeskema>

Olesen, K.G., Toft, E., Hasle, P., & Kristensen, T.S. 2008. *Virksomhedens sociale kapital. Hvidbog*. København, Arbejds- miljørådet; Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Pedersen, Jesper Strandgaard, 2014, *Institutionel teori*, i Vikkelsø, Signe & Kjær Peter, *Klassisk og moderne organisations teori*, Hans Reitzels forlag. 1. udgave, 1. Oplag.

Petersen, Ove K. 2011 *Konkurrencestaten*, Hans Reitzels forlag

Politikken, 2007, Debat, Kronik, *Tilgiv os, vi vidste ikke hvad vi gjorde*, Jes Gjørup & Henrik Hjortdal, <http://politiken.dk/debat/kroniken/art5480243/Tilgiv-os-vi-vidste-ikke-hvad-vi-gjorde>

Produktivitetskommissionen, 2013, *Styring Ledelse og Motivation i den offentlige sektor*, Analyserapport 3, 2013

Rerup, C. 1995, "Hvad er arbejdsglæde?" *Engagement i arbejdet - involvering i organisationer*, F. Bévort, P. E. Jensen, & A. Prael, Århus: Handelshøjskolens Forlag, pp. 289- 309

RHNordjylland, *Om hospitalet, Oversigt over klinikker og afsnit*,

<http://www.rhnordjylland.rn.dk/Genveje/Om-hospitalet/Oversigt-over-klinikker-og-afsnit>

Rogers, Everett, 1995, *Diffusions of Innovations* Free Press, New York

Scott, J.G., Sochalski, J., & Aiken, L. 1999. *Review of Magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice*. Journal of Nursing Administration, 29, (1) pp. 9-19.

Scott, Richard W., 2008, *Lords of the Dance: Professionals as Institutional Agents*, Organization Studies 2008; 29; 219.

Seemann, Jeanne, 2015, http://www.rn.dk/~media/Rn_dk/Nyheder/2015/SeemannFLO-rapport.region.final_rev.ashx

Sellgren, J.G., 2007, *Nursing management at a Swedish University Hospital. Leadership and staff turnover*, Stockholm, Karolinska Institutet.

SST 1, *Stress I Danmark – hvad ved vi?* Statusnotat over viden om stress I den danske befolkning. Sundhedsstyrelsen, 2007

SST 2, *Sygefravær – en fælles udfordring*. Regeringens handlingsplan for at nedbringe sygefraværet. Sundhedsstyrelsen 2007

Sygeplejerskelønftale, RHN, 2015

<http://personalenet.rn.dk/AndreIntranet/RHNordjylland/KlinikMedicin/Nyheder/Sider/NyRegional.aspx>

Sørensen, Eva & Torfing Jacob. red. 2005. *Netværksstyring*. Frederiksberg: Samfundslitteratur

Sørensen, E.E. 2006. *Sygeplejefaglig ledelse. En empirisk undersøgelse af samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis i dansk sygehusvæsen* Aarhus, Aarhus Universitet.

Thyssen, O. (2002), *Værdiledelse, Om organisationer og etik*, Gyldendal 2002, ISBN 87-02-01138-7

Topp, K. & J.H. Desjardin (2011): *Span of control. Designing organizations for effectiveness*. I J.A. Wolf, H. Hanson & M.J. Moirurwick (red.): *Organization Development in Health Care. High Impact Practices for a Complex and Changing Environment*. Charlotte: Information Age Publishing, s. 211-

230.

Trivsel 2016

<http://personalenet.rm.dk/organisation/ForLedere/RammerForLedere/Trivsel/Sider/default.aspx>

Urwick, L.F. 1956. *The manager's span of control*. Harvard Business Review, May-June,

Vallgård, Signild og Krasnik, Allan, 2016, *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*, København: Munksgaard.

Weisman, Alexander, & Chase 1980 i Werley H. Harriet & Fitzpatrick J. Joyce, Annual Review Of Nursing Research, Volume 1, 1983, Springer Publishing Company, New York).

Yin, Robert K. (1994): *Case study Research, Applied Social Research Methods*, Sage Publications

Yin, Robert K., 2009, *Case study research – design and methods*, 4. Edition, SAGE publications.

Zachariae, B., *Trivsel og håndtering af stress – for medarbejdere og ledere*. Rosinante 2008.

Bilagsliste

Bilag 1: Hvidbog, ”Plan for ny lederorganisering, Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn, Regionshospital Nordjylland,2016”:

<http://personalenet.rm.dk/AndreIntranet/RHNordjylland/KlinikKirurgiKvindeBarn/Documents/Plan%20Ofor%20ny%20lederorganisering%202016%20Klinik%20Kirurgi-Kvinde-Barn%20Regionshospital%20Nordjylland%203%200.pdf>

Bilag 2: Trivselsundersøgelse, Spørgeskemaundersøgelse, Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn, RHN. Nye store afsnit, og uændrede afsnit F16, E16 og F17, Rådata

Bilag 3: Trivselsundersøgelse, Interviewundersøgelse, Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn, RHN. Transskription af fokusgruppeinterview, ledere

Bilag 4: Trivselsundersøgelse, Interviewundersøgelse, Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn, RHN. Transskription af fokusgruppeinterview, medarbejdere 1

Bilag 5: Trivselsundersøgelse, Interviewundersøgelse, Klinik Kirurgi-Kvinde-Barn, RHN. Transskription af fokusgruppeinterview, medarbejdere 2

