

Arbejdsglæde gennem arbejdsdeling i en god organisation

Lars Foged

Målet med denne artikel er at sætte flere ord på områderne organisation og drift, hvor de fleste læger er ganske autodidakte. De mange store og små driftopgaver i en klinik vil blive beskrevet, og der gives eksempler på, hvordan man ved dels at være opmærksom på opgavernes karakter, dels ved at få fordelt og evt. uddelegeret disse driftsopgaver, kan få en struktureret dagligdag, hvor administrative og driftmæssige opgaver finder sin naturlige plads i klinikkens organisation.

BIOGRAFI:

Forfatter er praktiserende læge i Skjern, praksisudviklingskonsulent i Region Midtjylland og praksiskonsulent i Ringkøbing-Skjern Kommune. Han har i en længere årrække været efteruddannelsesvejleder i Lægeforeningen og kvalitetskonsulent i det daværende Ringkøbing Amt. Han underviser om ledelse bl.a. på centraliserede kurser i lægeforeningsregi og i videreuddannelsen.



FORFATTERS ADRESSE:
Bredgade 22, 6900 Skjern.
E-mail: lars.foged@dadlnet.dk

I en tidligere artikel (1) i artikelserien om Ledelse og organisation i almen praksis er de ledelsesmæssige opgaver i en lægeklinik skitseret. For mange er det sikkert svært at komme fra de teoretiske betragtninger til den ganske almindelige dagligdag, hvor ledelsesbeslutninger skal omsættes til drift.

Dette i en organisation, som man i øvrigt har alle muligheder for at opbygge, sådan at man selv, kollegerne og personalet og ikke mindst patienterne trives med dagligdagen.

Det er værd at huske på, at ingen udefra skaber klinikkens struktur. Det er man selv herre over, blot man opfylder de fagligt kvalitative krav, der måtte være til patientbehandling, og i øvrigt følger sygesikringsoverenskomstens bestemmelser, personalets overenskomster m.v.

Hvad er en organisation?

Ved en organisation forstås et system med udgangspunkt i begreberne arbejdsdeling og koordinering. Når flere mennesker i en klinik arbejder sammen, opstår der et behov for regeldannelse og beslutninger omkring arbejdsprocesserne og målsætning for organisationen. Det gælder daglig ledelse af arbejdet, fordeling og koordinering af opgaver, herunder ikke mindst relation til patienterne, kvalitetsarbejdet og forholdet til eksterne samar-

bejdspartnere, myndigheder m.v. som beskrevet i (1).

Leavitt (2) har pointeret, at organisationen konstrueres omkring fire komponenter, der er indbyrdes forbundet: Mål/opgaver, struktur, aktører og teknologi. Dertil er det hele knyttet sammen af de generelle ledelsesfunktioner – se Fig. 1:

- Til venstre i modellen sørger strategisk ledelse for, at man opnår de stillede mål og løser de ønskede opgaver.
- Til højre findes teknologiledelse, som tiltrækker de teknologier, som styrker organisation, hvad enten det er fysisk maskineri, it eller vidensressourcer.
- Øverst ses ledelsens håndtering af organisationens struktur.
- Nederst findes Human Resource Management (HRM), som omhandler fastholdelse og udvikling af medarbejdere med viden, faglig kompetence og intellektuel kapital.

dere med viden, faglig kompetence og intellektuel kapital.

- De generelle ledelsesfunktioner knytter de forskellige elementer i modellen sammen, hvor både ledelsen og ideelt set alle ansatte kan bidrage til organisationens fremgang.

Klinikkens organisation skal tilse, at der udøves ledelse på i hvert fald de fire områder. Det betyder ikke, at ledelsen selv skal tage sig af alle detaljer, men netop tilse at kompetente personer – også i den mindre praksisorganisation – tager sig af dette og hint. Man kan populært sige, at ledelsen gennem sin generelle ledelse og gerne med inddragelse af personalet skal:

1. sætte mål, lægge en strategi
2. tegne et »landkort«, lave en struktur

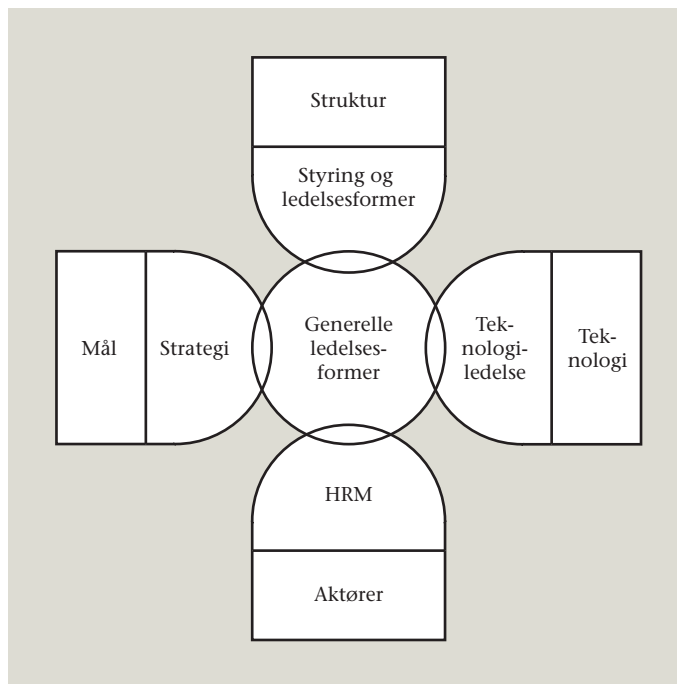


Fig. 1. Leavitts fire komponent model bearbejdet af Bakka & Fivesdal (2).



De kliniske opgaver varetages i stigende grad af det kliniske personale med sygeplejersker og bioanalytikere, mens klassiske sekretæropgaver med skrivning, modtagelse af patienter og indkøb m.v. er stadig påkrævet. Foto: Thyra Hilden.

3. orientere sig om teknologiske muligheder
4. sikre de menneskelige ressourcer i organisationen og sørge for et defineret fælles værdigrundlag.

Nye tider, nye organisationsformer

Udviklingen, der går i retning af større lægehuse, støttes af både det offentlige og af PLO. Dette bl.a. i erkendelse af en relativ mangel på lægelig arbejdskraft (flere opgaver i almen praksis end antallet af læger alene kan klare) og dermed et ønske om, at andre professioner overtager noget af både det kliniske og det administrative arbejde i klinikken. Det ligger uden for denne artikels mål at vurdere, om det er en god eller dårlig udvikling, og om almen praksis' opgaver er de rette. Her må henvises til debatoplæg om almen praksis' kerneydelser (3) og til Sundhedsministeriets rapport (4).

Ledelsesopgaven i en solopraksis synes enkel, produktiviteten ofte stor (5) og fra DanPEP-undersøgelserne ved vi endvidere, at patienttilfredsheden er høj. Solopraksis har dog ikke altid samme driftsmæssige mulighed for at udnytte praksispersonale med forskellige faglige uddannelser.

De kommende praktiserende læger ønsker at være i praksisenheder af typisk minimum 3–4 læger med sufficient praksispersonale (6), og med disse større enheder aktualiseres behovet for ledelse, koordinering og delegering af ansvar, for at man får det fulde udbytte af en større drift.

Almen praksis som organisation er populært sagt på vej fra at være »familier« til professionelt drevne virksomheder. I takt med at lægehuse bliver større, glider man oftest fra den enkle struktur – hvor leder(e) og ejer(e) er identisk(e), og

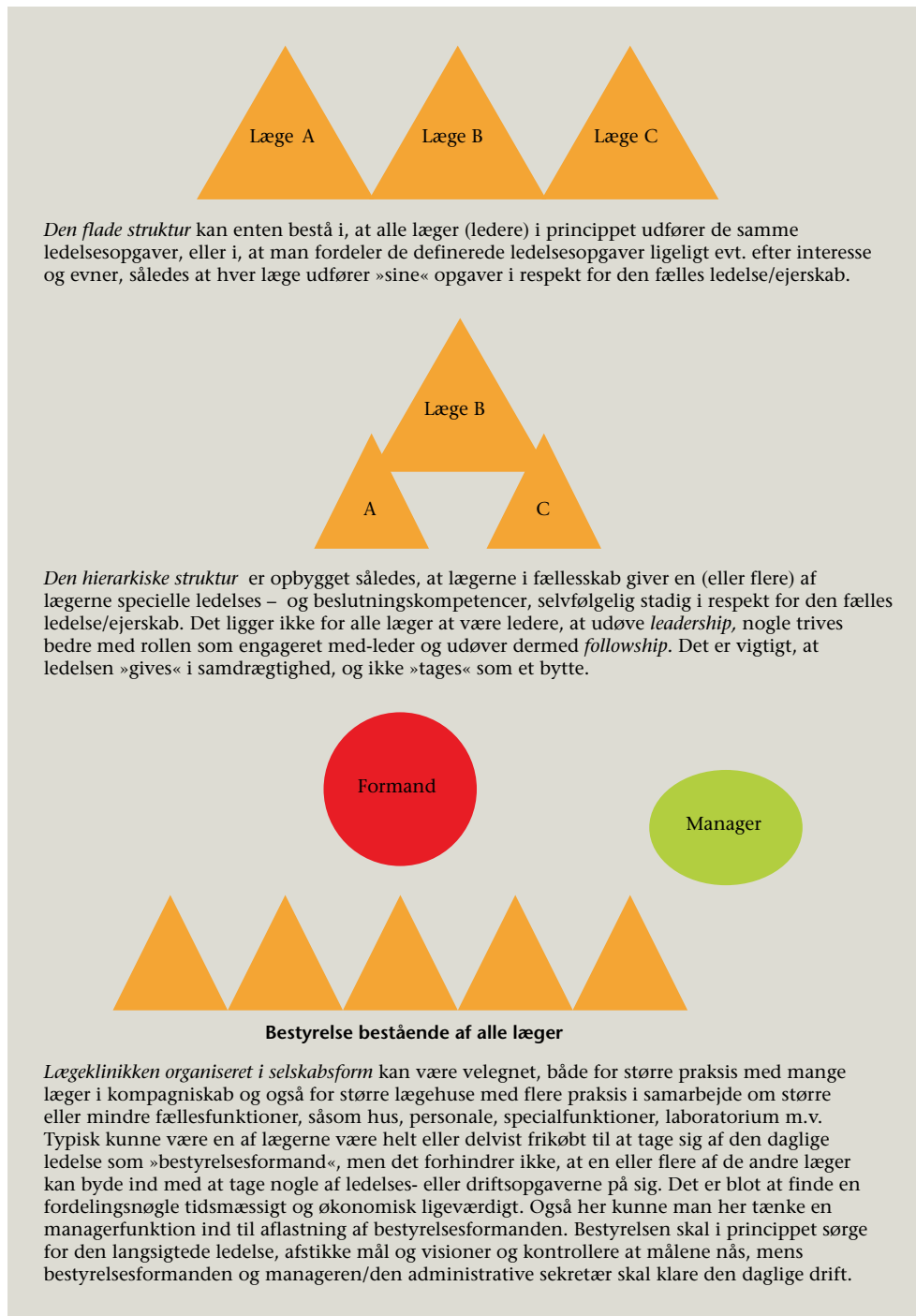


Fig. 2. Forskellige modeller for ledelsesstruktur i en lægeklinik.

lederen(e) træffer beslutning på stedet – frem til en mere kompleks og stor organisation med planlægningssystemer og standardiserede arbejdsprocesser og uddelegering af flere opgaver, både de kliniske og de administrative.

De kliniske opgaver varetages i stigende grad af det kliniske personale med sygeplejersker og bioanalytikere, mens klassiske sekretæropgaver med skrivning, modtagelse af patienter og indkøb m.v. er stadig påkrævet. Ved siden af dette bliver en ny personalegruppe mere og mere synlig, nemlig »manageren«, den administrative person, der støtter ledelsen ved drifts- og planlægningsopgaver, og som overtager flere og flere administrative opgaver.

Manageren kan være en specialuddannet person, typisk med ledelses- eller revisionserfaring, men kan lige så vel – og det vil typisk være tilfældet – være en videreuddannet praksissekretær med interesse for regnskab, planlægning og management. Der foreligger en stor videreuddannelsesopgave på dette felt.

Flad struktur eller hierarki?

Helt specielt for den lille organisation, som almen praksis trods alt er, hvad enten man er én læge eller 4–5 læger, er det, at lægerne udgør både ledelsen og en meget væsentlig del af »arbejdskernen«. Ydermere er det specielt for almen praksis, at ejeren eller ejerne af firmaet udgør ledelsen og indbyrdes – hvis man er flere – skal finde en arbejdsfordeling omkring ledelsesopgaverne. Med et øget antal læger og dermed ledere vil der være et behov for at diskutere, om man ønsker en flad struktur, en hierarkisk struktur eller ligefrem en selskabslignende struktur

med en bestyrelse og en bestyrelsesformand. Mange mellemformer vil kunne optræde.

Hver praksis må indrette sig efter behag, men i alle tilfælde er det nyttigt med en synlig og velbeskrevet ledelsesstruktur, al den stund at skjult ledelsesstruktur og skjulte dagsordener lægger kimen til konflikter i dagligdagen. Lægerne bør være trygge ved at kunne beskrive deres indbyrdes ledelsesroller, og der er ingen tvivl om, at personalet trives ved en klar ledelsesstruktur (Fig. 2).

Den flade struktur kan enten bestå i, at alle læger (ledere) i princippet udfører de samme ledelsesopgaver, eller i, at man fordeler de definerede ledelsesopgaver ligeligt evt. efter interesse og evner, således at hver læge udfører »sine« opgaver i respekt for den fælles ledelse/ejerskab.

Den hierarkiske struktur er opbygget således, at lægerne i fællesskab giver en (eller flere) af lægerne specielle ledelses- og beslutningskompetencer, selvfølgelig stadig i respekt for den fælles ledelse/ejerskab. Det ligger ikke for alle læger at være ledere, at udøve leadership, nogle trives bedre med rollen som engageret med-leder og udøver dermed followship. Det er vigtigt, at ledelsen »gives« i samdrægtighed, og ikke »tages« som et bytte.

Bestyrelse bestående af alle læger

Lægeklinikken organiseret i selskabsform kan være velegnet, både for større praksis med mange læger i kompagniskab og også for større lægehuse med flere praksis i samarbejde om større eller mindre fællesfunktioner, såsom hus, personale, specialfunktioner, laboratorium m.v. Typisk kunne en af lægerne være helt eller delvist frikøbt til at tage sig af den

daglige ledelse som »bestyrelsesformand«, men det forhindrer ikke, at en eller flere af de andre læger kan byde ind med at tage nogle af ledelses- eller driftsopgaverne på sig. Det er blot at finde en fordelingsnøgle tidsmæssigt og økonomisk ligeværdigt. Også her kunne man tænke en managerfunktion ind til aflastning af bestyrelsesformanden. Bestyrelsen skal i princippet sørge for den langsigtede ledelse, afstikke mål og visioner og kontrollere at målene nås, mens bestyrelsesformanden og manageren/den administrative sekretær skal klare den daglige drift.

Brikker i klinikkens puslespil om driften

Med klarhed over ledelsesstruktur og organisation i sin praksis kan man kaste sig over de mange driftopgaver, som selv en lille organisation byder på. Til dette brug gøres en status. Som i alle livets andre forhold skal man vide, hvor man er, hvad man har at gøre med af ressourcer og endelig, hvilke opgaver, man står over for.

Med andre ord ser man på, hvad der rent faktisk er af brikker at spille med, og hvilke brikker, der savnes, for at puslespillet går op, og man får en velfungerende klinik. Med den imaginære status over

Menneskelige ressourcer

Læger, herunder uddannelseslæger
Diverse personalekategorier, herunder elever
Patienterne

Fysiske og teknologiske rammer for klinikdriften

Lokaler, herunder beliggenhed i forhold til parkering, offentlig transport
Lokalemæssige muligheder for faglig og teknologisk udvikling og ansættelse af yderligere praksispersonale
It-muligheder – hardware og software og superbrugere
Kommunikation, telefon, telefax, e-mail også for patienter, sikker mail til samarbejdsparter
Oversigt over samarbejdsparter eksternt, og hvordan de nås

Samarbejdsforhold

Lægesamarbejds møder, interessentskabs møder, bestyrelses møder evt. årlig generalforsamling
Personalemøder fastlagte og med dagsorden m.v.
Medarbejderudviklingssamtaler (MUS) årligt
Årlige visionsmøder, hvor virksomhedens visioner og kortsigtede mål bringes til debat for alle
Fordeling af opgaver evt. med skriftlig oversigt
Dagligt socialt samvær, kaffepauser, frokost m.v.

Sommerudflugter, julefrokoster, fælles oplevelser, »det sociale kit«, som også binder sammen

Faglige forhold

Mulighed for daglig, faglig sparring og ad hoc-kontakt
Faglige møder med fælles skolebænk for alle i klinikken
Lokale instrukser for fagligt arbejde på større sygdomsområder f.eks. i tråd med DSAM-vejledningerne
Vedtægelse af kvalitetsmål, gennemførelse og opfølgning
Deltagelse i ekstern efteruddannelse for læger og personale evt. sammen
Undervisning af hinanden internt og evt. eksternt

Kontrakter m.v.

Lægesamarbejdskontrakt evt. med årlig opdatering f.eks. ved det årlige revisormøde
Huslejekontrakt
Ansættelseskontrakter for personale, inklusive lønforhold
Funktionsbeskrivelse for hvert personale
ArbejdsPladsVurdering (APV) som revideres løbende og bruges proaktivt i ledelse, drift og indretning

Boks 1. Status over klinikkens ressourcer, rammer og opgaver.

Læge A	Læge B	Læge C
Økonomi: bogføring, budget	Personaleledelse	It-ansvarlig
regnskab, revisorkontakt	Miljø og APV	Lokalevedligehold
Sygesikringskontakt	Laboratorieansvarlig	Skadestueansvarlig
Ansvarlig for lægemøder	Kontakt til kommune	Indkøb
Forsikringer	Videreuddannelse læger	Uddannelse personale
Lægemedelforbrug/ apotek	Bibliotek/ forskrifter	Ekstern it-kommunikation
Diabetesansvarlig	KOL-ansvarlig	Hjerteprogrammer
Osv.	Osv.	Osv.

Boks 2. *Eksempel på ansvarsfordeling mellem et kompagniskabs læger. Som det ses, har hver læge både ledelsesansvaret for driftmæssige områder og for faglige områder, netop for at engagere alle læger i klinikken. NB: For hver funktion er der defineret en eller flere faste personer fra personalet, som udfører de daglige opgaver. Denne dobbeltdækning med kompetent leder og kompetent personale på alle områder gør klinikken mindre sårbar.*

klinikkens forhold åbenbares – ud over de givne ressourcer – også en række ledelses- og driftmæssige opgaver, som kalder på enten en læge (leder) eller en ansat som tovholder (Boks 1).

Og hvem tager sig så af hvad?

Overordnet set er det en ledelsesopgave at sørge for, at ovennævnte forhold er »under kontrol og kører« i dagligdagen. Lægerne – specielt i de mindre klinikker – kan fint fordele ansvarsområderne mellem sig, jf. den flade og til dels den hierarkiske struktur ovenfor. I dagligdagen vil hver læge tage sig af sit ansvarsområde med de aftalte beføjelser. Man kan samordne og afstemme indsatsen ved jævnlige lægemøder, hvor større beslutninger på det faglige, personalemæssige og økonomiske område træffes.

Nået så langt er det oplagt, at ansvaret for gennemførelse af diverse aktiviteter fint kan delegeres til udvalgte personer, så der for hvert område dels er en lægelig tovholder, dels en udførende kraft blandt personalet. Det kan være som en managerfunktion eller fordelt på forskellige ansatte ligesom for lægerne.

På denne måde slås flere fluer med et smæk. Lægerne har ledelsen, men aflastes i udførelsen af specifikke opgaver fra et personale, som motiveres ved medansvar (Boks 2).

Det er op til hver klinik at vurdere, om de ledelsesmæssige opgaver skal gå på skift eller fordeles efter lyst og evner. Det sidste når man nok længst med. Hvis en læge ikke formår at løse sin opgave til den samlede kliniks tilfredshed, må ansvarsfordelingen forhandles om på den årlige »generalforsamling« i lægekonsortiet. Hvis en opgave ikke ønskes af nogen, eksempelvis at ingen læger magter eller ønsker at tage it-området, må opgaven udliciteres eksternt eller prisansættes i overskudsfordelingen mellem lægerne, indtil en løsning findes.

Det er en god ide for hvert ansvarsområde at definere, hvad opgaven består i. Som eksempel kunne man tage området Personaleledelse: Det samlede lægekonsortium har afstukket retningslinjer for personalebehovet og -sammensætningen og lønninger. Den personaleansvarlige læge skal sammen med den administrative sekretær sørge for at der altid er pas-

Lederens/ lægens ansvar

Er bindeled mellem personale og de andre ledere
 At personalemøder holdes
 At der er en dagorden
 At der laves et referat
 Sikre sig opfølgning på det besluttede
 Tilse at der holdes årlige MUS
 Efteruddannelse af personale, internt
 Personalekontrakter er opdaterede
 Forhandle løn med alle ansatte
 Funktionsbeskrivelser for alle ansatte
 Sørge for arbejdsfordeling
 Samtalepartner ved kriser og evt. konflikter og være proaktiv i konfliktprofylakse (struktur)

Den administrative sekretær/ managers ansvar

Er bindeled mellem ledelsen og det øvrige personale
 Finder tider, hvor alle kan deltage og indkalder
 Laver i samarbejde med lægen dagsorden
 Laver referat
 Kontrollere at det besluttede bliver implementeret
 Finder tider og arrangerer det praktiske
 Holder styr på kursusbudget for hver enkelt ansat og ved kurser ud af huset efter en fælles behovsvurdering
 Indpasse nye overenskomster i de gældende kontrakter
 Lønsatser er opdaterede efter overenskomst og aftaler
 Udarbejdes med lederen og den ansatte
 Udarbejde forslag til arbejdsfordeling, arbejdsplaner
 Ferieplaner m.v.
 Være observant på trivsel og mistro

Boks 3. Eksempel på hvordan man for hvert ledelsesområde kan skelne mellem ledelsesopgaven og driftsopgaven. Driften kan delegeres ud, ledelsen kan ikke.

sende bemanning året rundt, og at personalet trives og efteruddannes (Boks 3).

Forandring

Der kan være modstræbende interesser på en arbejdsplads: Tryghed ved det kendte kan kollidere med behovet for udvikling, forandring, opkomst af nye opgaver og nye måder at løse opgaverne på, og dette spændingsfelt udfordrer til stadighed enhver organisation.

Med den rette og ikke mindst anerkendende og lyttende ledelsesstil (7) kan man optimalt bevare trygheden ved det bestående samtidig med, at man gør forandring, udvikling og kvalitetsbevidsthed til en integreret del af den daglige drift. Den bedste indgangsvinkel er »fælles skolebænk« for alle i klinikken, nemlig at alle tager fat på en faglig eller organisatorisk nytænkning. Nogle tager på kursus, lærer fra sig derhjemme og alle angriber opgaven ud fra deres plads i det samlede team. Man finder en samlet løsning!

Forandringskirkelen eller kvalitetscir-

kelen har talrige udformninger, men fælles for alle er det, at det er udtryk for en cirkulær tankegang, og der startes og slutes med:

1. En status over de givne forhold
2. Indhentning af nødvendig viden
3. Plan for hvad man vil
4. Udnævnelse for ansvarlige for processen
5. Indførelse af det nye tiltag
6. Evaluering af tiltagets effekt
7. Justering
8. Videre i samme proces.

Hvert punkt kan underinddeles i flere tempi, og det er en øvelse i sig selv. Man er oftest tilbøjelig til at indføre noget nyt men glemme evaluering eller i det mindste en opfølgning og justering. Det kan anbefales at forsøge sig grundigt med indførelse af en procedure, f.eks. klinikens tilbud til patienter med type 2-diabetes.

Netop udarbejdelsen af sådan en pro-

cedure vil rumme alle tænkelige udfordringer for klinikkens samlede team, og når man har lært arbejdsmetoden og faldgruberne at kende, er man rustet til at tage fat på alle hånde faglige og organisatoriske procedurer (8).

Man skal lære ledelse og øve sig i forandringsledelse, og det gør man kun ved at gå forrest, være motiveret og ved at prøve det i sin egen organisation – til gavn for sig selv, for sine ansatte og ikke mindst for patienterne!

Økonomiske interessekonflikter:
ingen angivet.

LITTERATUR

1. Foged L. Ledelse i almen praksis. Månedsskr Prakt Lægegern 2008;86:277–87.
2. Bakka J E, Fivesdal E. Organisationsteori. 4. udgave. København: Handelshøjskolens Forlag, 2004.
3. Mabeck C, red. Debatoplæg om kernefunktionen i almen praksis. København: PLO og DSAM, 1999.
4. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. København: Sundhedsministeriet, 2008.
5. Små og store lægehuse – et komparativt casestudie. København: DSI. 2008.
6. PLO rapport om yngre lægers ønske til praksisstørrelse – (FYam, PLO, 2008, jeg skaffer ref)
7. Haslebo ML, Lyndgaard DB. Anerkendende ledelse. Skab mod, engagement og bedre resultater. København: Dansk psykologisk Forlag, 2007.
8. Foged L, Fogh BH. Ledelse i almen praksis. I: Lægen som leder. København: Munksgaard, 2005.