

Evaluering af MED-organisering i REGION NORDYLLANDS sygehusvæsen – en projektbeskrivelse

Baadsgaard, Kelvin; Jørgensen, Henning

*Publication date:*  
2013

*Document Version*  
Tidlig version også kaldet pre-print

[Link to publication from Aalborg University](#)

*Citation for published version (APA):*  
Baadsgaard, K., & Jørgensen, H. (2013, nov. 30). Evaluering af MED-organisering i REGION NORDYLLANDS sygehusvæsen – en projektbeskrivelse.

**General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

**Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us at [vbn@aub.aau.dk](mailto:vbn@aub.aau.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



**Evaluering af  
MED-organisering i REGION NORDJYLLANDs sygehusvæsen  
– en projektbeskrivelse**

Kelvin Baadsgaard, Henning Jørgensen

CARMA/november 2013

ISBN nr. 978-87-92174-62-8

**Region Nordjylland**



## **Forord**

**Region Nordjylland har omorganiseret og omstillet sit sygehusvæsen i 2013, så gennemgående patientforløb og tværgående opgaveløsninger bliver organiseringsakse; og ændringerne har betydet, at MED-organiseringen tilsvarende skal nyindrettes.**

**Aktørerne er blevet enige om at bruge et år til at eksperimentere med forskellige modeller for MED-organisering, og samtidig at igangsætte en følgeevaluering. CARMA på Aalborg Universitet er blevet overdraget evalueringsopgaven.**

**I dette notat begrundes nærmere, hvordan evalueringen er tilrettelagt – som en responsiv og interessentbaseret evaluering – og hvordan den praktisk skal gennemføres, og hvad der kan forventes af resultater herfra.**

Notatet er skrevet efter første præevalueringsrunde, der gør, at evalueringskriterier også kan præsenteres.

Kelvin Baadsgaard

Henning Jørgensen



## **MED-omstilling – baggrund, bevæggrunde og basismodeller**

Medindflydelses- og medbestemmelsessystemet i de decentrale dele af den offentlige sektor (MED) blev skabt i 1997. Der var tale om en udvidelse af de almindelige samarbejdsudvalgsbestemmelser (SU), som havde været gældende hidtil – fra starten i 1947 i den private sektor og to år senere i staten. Den kommunale sektor kom dog først med i 1970'erne.

Det styrkede medindflydelses og medbestemmelsessystem omfatter alene den kommunale og regionale (tidligere amtslige) sektor. Systemet, der skulle forbedre medarbejdersidens indflydelse og reelle medbestemmelse, var et forhandlingsresultat af de kollektive overenskomstfornyelser (FTF og OAO 2012).

Tanken bag var også at få styrket medarbejdersidens kvalificering af ledelsesbeslutninger og udvide området for forpligtende fællesbeslutninger om politikker med relevans for medarbejderne. OK-bestemmelser ligger altså bag MED-systemet, men systemet hviler på et andet arbejdsretsligt grundlag end de kollektive overenskomster, idet der ikke er mulighed for at iværksætte kollektive kampskridt i MED-, SU- og sikkerhedssystemet. Derfor kan man sige, at det er et system, der ligger uden for konfliktzonen. I stedet må der arbejdes med dialog og hen imod fælles forståelse og fælles beslutninger. Det bliver proceskrav og hovedindhold på samme tid.

Medindflydelsen gælder information og dialog om alle forhold af betydning for arbejds-, personale-, samarbejds- og arbejdsmiljøforholdene, hvor dialogerne skal påvirke og forbedre ledelsesbeslutninger. Medbestemmelsen er mere vidtgående, da det drejer sig om fælles og bindende beslutninger om retningslinjer for tilrettelæggelse af arbejds-, personale-, samarbejds- og arbejdsmiljøforhold på institutionen.

MED-systemet er indlejret i den organisering af de kommunale og regionale forvaltning, der findes; og med ændringer heri kommer der et afledt behov for at tilpasse struktur og organisatorisk virke. Det er netop, hvad der er sket i Region Nordjylland med indførelse af en ny klinisk ledelsesstruktur fra 2013, hvor sammenhængende patientforløb og tværgående opgaveløsninger søges indarbejdet samtidig med, at man reducerer de organisatoriske niveauer fra fire til tre. Det er der responderet på med forslag til ændringer af MED-systemet. Fornyelse ligger i, at den tidligere afdelingsbaserede organisering ophæves, og at der så laves forsøg med flere former for ny organisering på MED-siden på decentralt klinikniveau – det vil sige, der skal afprøves flere modeller for organisering.

Problemstillingen er altså blevet tacklet i medindflydelses- og medbestemmelsessystemets ånd gennem drøftelser og beslutninger i "Forhandlingsorganet", der er nedsat mellem organisationerne og Region Nordjylland netop for at revidere MED-aftalen. Forhandlingsorganet har skabt et frirum for sygehusene og klinikkerne til at vælge organisationsform for MED-arbejdet. Dog inden for grænserne af nogle faste organisationsformer. Der indrettes så at sige et eksperimentarium i eet år for at indhøste erfaringer med, hvordan forskellige former for MED-organisering virker, hvorefter der skal tages fælles stilling til den fremtidige organisering. Det har været muligt at fortage motiverede valg mellem de tre forskellige modeller for MED-arbejdet. Det skal forstås således, at de 23 klinikker, der nu eksisterer i det nordjyske sygehusvæsen, har indsendt begrundede forslag til



”Forhandlingsorganet”, om hvilken udvalgsstruktur man har ønsket i de enkelte klinikker i forsøgsperioden fra 1.4.2013 til 31.10. 2014. Det er ”Forhandlingsorganet”, der har taget stilling til om den foreslåede udvalgsstruktur kunne godkendes. I de tilfælde, hvor forslag til udvalgsstruktur ikke er blevet godkendt, skulle klinikkerne indsende nyt begrundet forslag til godkendelse i ”Forhandlingsorganet”. De tre modeller – TVÆR-MED, MINI-MED og Personalemøder med MED-status – beskrives nærmere nedenfor.

Det er således forsøg på at finde innovative svar indefra i MED-arbejdet, der er lagt op til, og som har central støtte fra både ledelsesside og medarbejderside. Hvorledes der reageres, organiseres og arbejdes decentralt med nye rammer og nye aktørlandskaber, er det blevet besluttet at igangsætte en følgeforskning til.

CARMA (Center for Arbejdsmarkedsforskning ved Aalborg Universitet) er blevet bedt om at forstå undersøgelser af dette eksperiment i form af en evaluering af MED-organiseringen. Det er en opgave, som CARMA også skulle have gode forudsætninger for at kunne gennemføre, eftersom CARMA i 2012 har stået bag den hidtil eneste større undersøgelse af MED-/SU-systemets virke i løbet af dets mere end 15 årige historie (Caraker et.al. 2012). Denne undersøgelse omfattede dog kun FTF-området, hvorfor den ikke kan siges at dække alle lønmodtagergrupper, ligesom arbejdsgiversidens erfaringer, vurderinger og holdninger ikke tidligere har været genstand for omfattende analyse. Med den her igangsatte evaluering af MED-organiseringen i Region Nordjyllands sygehussektor kan der rådes bod herpå; og resultater herfra må derfor også formodes at have interesse i resten af landet.

I det følgende redegøres der først for de tre MED-organiseringer der kan etableres i forsøgsperioden. Dernæst oplyses undersøgelsesspørgsmålene, og det begrundes nærmere, hvilken karakter og indhold evalueringen har. Det har ligeledes vejledt en udvælgelse af decentrale MED-enheder for nærmere analyse. Endelig redegøres for de MED-organiseringer, der er valgt i de respektive sygehusenheder og for evalueringens forventelige forløb og planlagte publiceringer.

## **De tre MED-organisationsformer**

MED-organisationen er i forsøgsperioden på fire niveauer i Region Nordjylland. De tre første niveauer: koncern-, sektor- og lokalt niveau er gennemgående for hele koncernen, mens det fjerde niveau kun gælder for klinikkerne på sygehusene.

I de enkelte klinikker på sygehusene etableres der på det tredje niveau et lokalt MED-udvalg for hver klinik. Udpegning af medarbejderrepræsentanter til lokalt MED-udvalg for klinik sker af organisationerne.

Lokal MED-udvalg for klinik har mulighed for på det fjerde niveau at etablere en underliggende MED-struktur, hvis der er ledelsesmæssig kompetence tilstede. Der kan vælges mellem følgende tre modeller for MED-samarbejde på det underordnede fjerde niveau:



- **MED-udvalg/ Tvær-MED.** Der kan oprettes et MED-udvalg/ Tvær-MED på tværs af afsnit og/eller matrikler. MED-udvalgets kompetence svarer til den kompetence, ledelsen indenfor MED-udvalgets område har.
- **Mini-MED.** Mini-MED kan oprettes et afsnit, et speciale eller lignende. Mini-MED består som udgangspunkt af tillidsrepræsentant(er), arbejdsmiljørepræsentant og lederen af et afsnit, speciale eller lignende.
- **Personalemøde med MED-status.** Personalemøder med MED-status kan afholdes for et eller flere afsnit for alle ledere og medarbejdere i afsnittet eller afsnittene.

De tre udvalgstyper har følgende og identiske kerneopgaver: der skal gives information og ske drøftelse af alle forhold af betydning for arbejds-, personale-, samarbejds- og arbejdsmiljøforhold. Udvalgene kan fastlægge fælles retningslinjer for arbejds-, personale-, samarbejds- og arbejdsmiljøforhold. Udvalgene skal endvidere drøfte og forestå planlægningen af sikkerhed- og sundhedsarbejdet, og endelig har udvalgene mulighed for forhandling og indgåelse af bindende aftaler. Det skal alt sammen ske inden for rammerne af den centrale, landsdækkende MED-aftale.

## Undersøgelsesspørgsmål

Formål og evalueringskriterier skal dække hinanden. Det har aktørerne selv været med til at pointere. Formålet med evalueringen er i en præevalueringsfase slået fast til at være fem-leddet:

- for det første, at undersøge om det ”nye” MED-system lever op til målsætningen for MED-aftalen, der er, at medarbejderne skal *sikres medindflydelse og medbestemmelse*. I den forbindelse også at få sikret oplevelsen af, at der skabes gode processer, hvor formalia er overholdt, hvor man bliver hørt, og der samtidig udvikles forståelser, så der opnås ordentlige og acceptable løsninger.
- for det andet, at opsamle erfaringer i om, hvordan de valgte MED-organiseringer hjælper til at *støtte op om omorganiseringens ønsker til sammenhængende patientforløb og forløbs-baseret indsats*.
- for det tredje, at få opsamlet erfaringer omkring, hvor velegnet de valgte organisationsmodeller har været og er til at *støtte op under lokalt identificerede specialbehov*.
- for det fjerde, at få opsamlet erfaringer omkring, hvor velegnet de valgte organisationsmodeller er i forhold til, at *koordinere arbejdet såvel vertikalt som horisontalt*.



- for det femte, at undersøge om de forskellige personalegrupper oplever, at de kollektivt har fået indflydelse og er givet mulighed for *at sikre fagpolitiske hensyn*.

Om disse mål så indfries, eller om de kan siges at være indbyrdes mindre forenelige, er det del af evalueringsopgaven at finde ud af.

## Valg af design - evalueringsform

Evalueringen af det nye MED-struktur skal vurdere de erfaringer, som MED-udvalgenes medlemmer indhøster under arbejdet i udvalgene. Der er altså tale om, at der er valgt en *aktørvinkel* og et *procesfokus* i forhold til, hvordan den nye MED-organisering fungerer. Det er således spørgsmålet om, hvordan medarbejdere og ledelsen opfatter samarbejdet i MED-udvalgene og mellem Klinik-MED og underudvalg, der er evalueringens genstand og grundlag.

Som evalueringsform eller evalueringsmodel vælges derfor en kombination af *responsiv evaluering* og *interessentvurdering*, der netop begge adresserer processpørgsmålet og aktørvinklen i indsats og aktiviteter.

Dette er et bevidst og strategisk valg. Andre modeller er valgt fra. Idet det er organiseringens betydning for processen og mulighederne for dialog mellem aktører, der har evalueringens interesse, ses der bort fra evaluerings-modeller, der har et andet fokus - eksempelvis modeller med et økonomisk sigte, der omhandler diverse produktivitets- og/eller effektivitetsopgørelser, ligesom der fravælges effektevalueringer og præstationsmålinger (se f.eks. Krogstrup 2007, Vedung 1998).

De to evalueringsformer har som nævnt et fokus på processer og aktøradfærd under forsøgsperioden. Den responsive evaluering er følsom overfor såvel deltagere som kontekst (altså de forskellige MED-organiseringer), og dens vurderinger bliver i høj grad baseret på de personlige erfaringer, der er gjort i arbejdet. Interessentevalueringen ønsker at afdække alle interessenters ønsker og forventninger til indsatsen, og sigter på, at alle interessenters interesser inddrages i beslutningen om hvilke kriterier, der skal ligge til grund for evalueringen.

Den valgte evalueringsform fordrer således, at alle interessetolkninger klargøres, at aktørernes forventninger og ønsker afdækkes, og at konteksten i form af bindinger og muligheder kortlægges, før de endelige evalueringsværdier og kriterier kan afrundes. Endvidere er det væsentligt, at vurderingen af indsatsen i høj grad vil medtage deltagernes personlige erfaringer, vurderinger og holdnin-



ger. Sigtet med den responsive evaluering er at sikre, at de personlige oplevelser, erfaringer og værdier også inddrages i vurderingen af det undersøgte program<sup>1</sup>.

De valgte metoder i evalueringen skal derfor afdække forventninger, holdninger og erfaringer med udvalgsarbejdet samt medlemmernes vurderinger af strukturens betydning for arbejdet og målene med MED-systemet.

## Metoder i dataindsamlingen

Selve dataindsamlingen vil blive gennemført med anvendelse af multiple metoder, bestående af *dokumentstudier, interviews og observationer*. Dokumentstudierne skal bl.a. kortlægge det officielle sigte og mål med lokalaftalen. De gennemførte interviews, der tager form af såvel enkelt deltagerinterviews som gruppeinterviews, skal i første omgang dels afdække udvalgsmedlemmers forventninger og ønsker til systemet, samt konfrontere deltagerne med de øvrige interessenters ønsker og forventninger for at fastlægge værdikriterier og undersøgelsesspørgsmål. Efterfølgende skal interviewene bruges til at afdække erfaringer og oplevelser samt vurderinger af udvalgstypernes fordele og ulemper. Observationsstudier skal afdække og dokumenterer deltagernes indsats, funktion og arbejde i MED-udvalgene. Endelig vil der metodisk blive benyttet forskningsseminar undervejs i forløbet til at afprøve og teste de foreløbige resultater.

Der bliver indsamlet data på primært kliniskniveau og underniveauer, efter at der i opstartsfasen også har været foretaget centrale interviewrunder.

## Kriterier ved valg af MED-udvalg til undersøgelse

Der er valgt et casesdesign for at få en så omfattende indsigt i arbejdsprocesserne som muligt. Dermed sætter evalueringen sig som mål at nå dybere indsigt i de enkelte organiseringsformer og udviklingen af arbejdet over tid i centrum.

For at få så bred en repræsentativitet i udvalgstyperne, er der valgt, at evalueringen skal foretages på baggrund af undersøgelse af 6 klinikker og 6 underudvalg. De 12 cases er valgt, dels for at alle former for underudvalg skal være repræsenteret og dels for at kunne sammenligne ens og forskellige underudvalgstyper. Endvidere for at få et sammenligningsgrundlag mellem klinikker med ens underudvalg og klinikker med forskellige underudvalg, samt for at kunne sammenligne MED-arbejdet i klinikker med underudvalg med arbejdet i en klinik uden underudvalg.

---

<sup>1</sup> ”Responsive evaluation is not a commitment only to the values of the individual person but a commitment to assure that the values of individual persons are well considered”. (Robert E. Stake: Standard-Based and Responsive Evaluation, 2006, p. 1).





Der er valgt klinikker fra alle sygehuse i region Nordjylland, også for at opnå en geografisk spredning. Alle underudvalgstyper er undersøgt to steder, for at få et sammenligningsgrundlag mellem underudvalg af samme type og mellem typer indbyrdes. Endvidere er der udvalgt to forskellige former for underudvalg i en klinik for at undersøge, om der er forskelle i samarbejdet mellem underudvalgstyper og Klinik-MED. Der er endvidere valgt en klinik og et underudvalg, hvor 3F er repræsenteret, for at se om denne gruppe også kommer til orde. Endelig er der valgt såvel et ”monofagligt” som et ”polyfagligt” Tvær-MED. Som det sidste kan nævnes at der er valgt klinikker med forskellige klinikstørrelser, for at der kan testes for kontekstuelle variable.

De udvalgte MED-udvalg er følgende:

### Endelig valg af MED-udvalg

Kolonne1	Kolonne2	Kolonne3	Kolonne4	Kolonne5	Kolonne6	Kolonne7
Sygehus	Klinik-MED	Afsnit	Tvær MED	PersonaleMøde	MiniMED	Antal
Aalborg	Diagnostik	Klinisk Biokemi	X			751/209
Aalborg	Anæstesi	Steril og senge			X	651/52
Vendsyssel	Akut	Modtagelse		X		145/51
Thy-Mors	Kirurgi	Kirurgi/Øjne		X	X	227/14
Himmerland	Medicin					175/
Psykiatrien	Klinik-Syd	Brandevej	X			474/

### Tilrettelæggelsen af evalueringen

Den anden fase i evalueringen er den såkaldte *præevaluering*. Her fastlægges interessentgruppen. I denne fase foretages der gruppeinterview med alle interessentgrupper (”Forhandlingsorgan”, samlede udvalg, ledelsesniveau og organisationer), enkeltinterview med alle deltagere og ved brug af begge typer interview for at afdække forventninger og ønsker til arbejdet. Efter hvert interview udarbejdes notat, der refererer ønsker og forventninger. Forventninger, krav og bekymringer der er kommet til udtryk, indgår som kvalificering af efterfølgende interview. Således bliver interviewene en slags forhandlinger af evalueringskriterier og evalueringsspørgsmål gennem en form for ”sne-



bold-interviewing”. På baggrund af præevalueringen opstilles endelig evalueringskriterier og endelige evalueringsspørgsmål<sup>2</sup>.

Den tredje fase i evalueringen er, hvad man naturligt kan kalde *første interviewrunde*. Her foretages den første observation af udvalgmøder i de valgte udvalg. Dette følges op med interview af deltagerne om deres erfaringer med arbejdet og indstilling over tid til MED-systemet. På baggrund af den første interviewrunde udarbejdes notat om de gjorte erfaringer.

Den fjerde fase i evalueringen består af *anden interviewrunde samt forskningsseminar*. Seminaret indleder denne runde med en præsentation af de foreløbige resultater for at få tilbakemeldinger på, om vores vurderinger ser ud til at holde vand. Derefter foretages en anden interviewrunde, hvor deltageres erfaringer og oplevelser kortlægges. Der foretages samtidig observationer af de udvalgte MED-udvalg.

Femte fase er *afslutnings- og afrapporteringsfasen*. Her sammenskrives observationer og interview til den endelige rapport, og endvidere udarbejdes oplæg til nyt MED-system, som ”Forhandlingsorganet” og Region Nordjylland kan bruge som hjælp til efterfølgende beslutningstagning.

### Oversigt over **faser** i evalueringsarbejdet i tabelform:

Fase	Indhold	Periode
Fase 1 Forevaluering	Grundlag etableres, design etc.	Maj – September 2013
Fase 2 Præevaluering	Fastlæggelse af kriterier etc.	September 2013
Fase 3 Første dataindsamling	Interviews og observationer	Oktober-Januar 2014
Fase 4 Anden dataindsamling	Seminar, interview og observationer	Februar-Juni 2014
Fase 5 Afslutning	Rapport og oplæg udarbejdes.	Juli-August 2014

<sup>2</sup> Notatet er skrevet på dette tidspunkt af forløbet.



I summarisk form kan *tidsplanen* gengives således:

		August	Septemb	Oktober	Novembe	Decembe	Janaur	Februar	Marts	April	Maj	juni	Juli	August	Septemb	Oktober	
<b>Fase 1. Forevaluering</b>	Diverse møder etc.																
<b>Fase 2 Præevaluering</b>	Evalueringsdesign Interviu med forhandlingsorganet Udkast til valg af Klinikker																
<b>Fase 3 Første dataindsamling</b>	Valg af klinikker Fastlæggelse af evalueringskriterier Interview med udvalg Observationer																
<b>Fase 4 Anden dataindsamling</b>	Midtvejs rapport Seminar Interview Observationer																
<b>Fase 5 Afslutning</b>	Evaluerings rapport Oplæg til struktur																



## Litteratur:

Caraker, E. og Jørgensen, H. og Madsen, M.O. (2012): *Medhør uden medbestemmelse? – SU-/MED-/SI-systemet og lønmodtagererfaringer på FTF-området*, FTF, København

FTF og OAO (2012): *En hyldest til MED-systemet*, Festskrift 2012, København,

Krogstrup Hanne (2012): *Evaluerings modeller*, Academica

Stake Robert E.: *Standards-Based and Responsive Evaluation*, Paper presented at an IPEN conference on Development and Evaluation, Tbilisi, Georgia, September 29, 2006.

Vedung, Evert (1998): *Utvärdering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur