

# Sygeplejerskers MED-indflydelse på faglig kvalitet

*Annegrethe Ahrenkiel, Betina Dybbroe & Finn M. Sommer*

Hvordan fungerer MED-udvalg i sundhedsfeltet som kontekst for diskussion af påtrængende problemer i sygeplejerskers arbejde? Især de problemer, der drejer sig om sammenhængen mellem kvaliteten i arbejdsmiljøet og kvaliteten i arbejdet, der gøres for patienterne? Hvilken sammenhæng er der mellem de problemer, som medarbejderne rejser i afdelingen og i egne interesseorganiserede fora, og de problemer, der diskuteres i den formelle samarbejdsstruktur? Det er spørgsmål vi i denne artikel forsøger at levere svar på ud fra et nyligt afsluttet forskningsprojekt om udfordringer for sygeplejens tillidsrepræsentanter i betragtning af de store forandringer i sundhedsfeltet<sup>1</sup>.

Artiklen præsenterer en analyse af, hvad der sker med sygeplejerskers erfarede og prioriterede temaer omkring arbejdsmiljø og arbejdets kvalitet, når de skal repræsenteres og indgå i samarbejdet med ledelsen. Her har vi set på tre niveauer: Hvad der sker i MED-strukturen, som formel struktur, hvad der sker i egne interesseorganiserede fora (tillidsrepræsentant-kollegier, formøder m.m.), og endelig hvad der sker i de uformelle fora, hvori sygeplejersker og deres tillidsrepræsentanter møder ledelsen. For at analysere dette har vi anvendt uddannelsessociologen Basil Bernsteins begreb om 'rammesætning', som vi derfor præsenterer her i artiklen. Det empiriske materiale består i artiklen primært af feltdagbøger fra observationer (på sygehuse samt et fra den kommunale sektor), hvor vi har fulgt sygeplejerske-tillidsrepræsentanter gennem hele arbejdsdage. Derudover foretog vi livshistoriske interviews med tillidsrepræsentanter og samlede dem i forskningsværksteder, hvor de i fællesskab tematiserede og

perspektiverede problemer i deres arbejde og kom med forslag til løsning.

Analysen viser, at kommunikationen i MED-udvalg ofte er reguleret på subtile måder, der bevirker, at de spørgsmål om sammenhænge mellem kvalitet i og af arbejdet, som optager de menige sygeplejersker, ofte udgrænses fra de formelle samarbejdsorganer med ledelsen og imellem tillidsrepræsentanter. De forbliver gangsnak i afdelingerne og rejses på møder og i diskussioner lokalt og uafhængigt af både MED-struktur og den repræsentative faglige struktur. Artiklen er disponeret således, at vi indledningsvist ser generelt og historisk på den formelle samarbejdsstruktur og præsenterer artiklens teoretiske perspektiv. Derefter præsenteres analysen, hvor vi først fremlægger problemer, som rejses udenfor den formelle samarbejdsstruktur, og derefter følger hvad der sker, når tillidsrepræsentanterne søger at tage disse problemer op med ledelsen i dagligdagen og derefter i den formelle samarbejdsstruktur. I konklusionen rejser

vi endeligt nogle generelle spørgsmål, idet de eksemplariske mekanismer i rammesætning af og i MED-strukturen kan genfindes i andre dele af den offentlige sektor.

## Arbejds miljø i sundhedsfeltet

Det offentlige arbejdsmarked og de offentlige arbejdspladser er præget af krise. Foråret 2008 var kendetegnet ved omfattende strejker blandt sygeplejersker, SOSU-assistenters, pædagoger m.fl. i forbindelse med fornyelse af overenskomsten. Fokus ved overenskomstfornyelsen var løn og ligeløn, men løn og ligeløn er ikke det eneste problem for det offentlige arbejdsmarked. Antallet af sygemeldte på danske arbejdspladser er rekordhøjt, pt. ca. 150.000, og det er især offentligt ansatte, som bliver syge, bl.a. som følge af fysisk og psykisk nedslidning, stress, udbrændthed m.m. Der er mangel på arbejdskraft og ikke udsigt til forbedringer pga. alderssammensætningen af arbejdsstyrken, fald i rekruttering og rekordstore frafald på uddannelser til lærere, sygeplejersker, socialrådgiver m.m., især i forbindelse med praktikophold.

Hertil kommer som noget særligt for sundhedsfeltet, at eksistensen af den private del af feltet for alvor i 2008 er begyndt at gøre sin virkning. Der skabes personaleflugt fra den offentlige del, dels for at få højere løn, bedre arbejdsforhold og mere status ved ansættelse i den private del. Der er således et multifaktoriel problem i sundhedsvæsenet med mange symptomer, hvis årsager ikke adresseres politisk aktuelt, og som samlet set er ved at undergrave velfærd for både brugere og ansatte. Her vil vi imidlertid pege specifikt på store problemer med arbejdsmiljø i sundhedsvæsenet, som både opleves af personalet og af brugerne som problemer med arbejdets kvalitet, og som kan registreres igennem mangelen på kvalificerede medarbejdere.

Undersøgelser viser, at 'produktiviteten' på sygehuse stiger (Danske Regioner m.fl. 2007). Men produktivitetsstigning i den offentlige sektor løser ikke de aktuelle arbejdsmiljøproblemer. Som det vil fremgå af denne artikel, er produktivitetsstigningen også en del af problemet. De politiske reformer, som skulle tage fat på løsning af nogle af ovenstående problemer, har været en skuffelse i forhold til problemets karakter og omfang. Et eksempel er kvalitetsreformen, hvor kun et fåtal af de 180 forslag til forbedringer af den offentlige sektor blev realiseret, og de omfattede kun i ringe grad forbedringer af arbejdsvilkår for de offentligt ansatte. På finansloven for 2008 blev det i store træk til et sundt måltid mad til børn i daginstitutioner, færre forskellige hjemmehjælpere hos ældre samt faste kontaktpersoner til sygehuspatienter. Der er således al mulig grund til (fortsat) at have fokus på arbejdsvilkår og arbejdsmiljø på de offentlige arbejdspladser.

## MED-udvalg – medindflydelse og medbestemmelse?

På offentlige arbejdspladser skal der oprettes sikkerhedsudvalg (ved mindst 10 ansatte) og samarbejdsudvalg (ved mindst 25 ansatte), hvor tillids- og sikkerhedsrepræsentanter har krav på at deltage og repræsentere medarbejderne. På regions- og kommuneområdet er der indgået en rammeaftale om medarbejderindflydelse, som giver mulighed for, at den nærmere opbygning af udvalgsstrukturen og udformning af samarbejdsstrukturen aftales gennem lokal forhandling mellem arbejdsgivere og medarbejderrepræsentanter. På større offentlige arbejdspladser er der blevet oprettet decentrale samarbejdsudvalg til diskussion af lokale problemstillinger og centrale samarbejdsudvalg til diskussion af tværgående problemstillinger.

Gennem de senere år er mange samarbejds- og sikkerhedsudvalg slået sammen til MED-udvalg, bl.a. i forbindelse med kommunalreformen. Nogle steder har den eksisterende MED-struktur været under omstrukturering som følge af institutionssammenlægninger m.m. Andre steder har man benyttet muligheden for at erstatte eksisterende samarbejds- og sikkerhedsudvalg med MED-udvalg. Det har medført, at tillidsrepræsentanter i mange tilfælde har fået større repræsentationsområder. Mange er kommet til at repræsentere flere medlemmer, ofte på geografisk spredte arbejdspladser. I det følgende vil betegnelsen MED-udvalg blive benyttet som fællesbetegnelse for samarbejdsudvalg og sammenlagte samarbejds- og sikkerhedsudvalg.

Den historiske baggrund for ændring af de tostrengede samarbejdsstrukturer med samarbejds- og sikkerhedsudvalg til en enstrengt struktur er, at arbejdsgiverne ved overenskomstfornyelsen i 1991 rejste krav om, at færre skulle være omfattet af tillidsrepræsentantbeskyttelsen. Desuden ønskedes større fleksibilitet og forenkling af medarbejderindflydelsessystemet og styrkelse af medarbejderindflydelsen (Den centrale styregruppe 1994, 1). Adskillige tillidsrepræsentanter og sikkerhedsrepræsentanter var skeptiske over for sammenlægning til MED-udvalg. Frygten drejede sig især om, at det kunne føre til færre medarbejderrepræsentanter og færre samarbejdsorganer, og at især arbejdsmiljøarbejdet herefter kunne få mindre bevågenhed i MED-udvalgene (Navrbjerg 2005).

Som udgangspunkt omfatter samarbejdet i MED-udvalgene: 1) arbejdsforhold: placering af arbejdstid, velfærdsordninger, sikkerhed, arbejdstilrettelæggelse, arbejdsmetoder, indretning af arbejdslokaler mv. og 2) personaleforhold: ansættelser, afskedigelser, omplacering, uddannelse, MUS-samtaler, ligestilling, konsekvenser af udlicitering m.m. Det er af særlig betydning for arbejdsvilkår og arbejdsmiljø på de offentlige arbejdsplad-

ser, at der ved overenskomsten i 2005 blev indarbejdet et EU-direktiv om information og høring og en EU-aftale om arbejdsrelateret stress i de samarbejdsaftaler, der eksisterede på både det statslige og det kommunale område. Det er således blevet en udvidet opgave for MED-udvalgene at diskutere psykisk arbejdsmiljø og herunder identificere, forebygge og håndtere arbejdsrelateret stress.

Samarbejdssystemet er baseret på en konsensustænkning. Beslutninger i MED-udvalgene forudsætter enighed mellem arbejdsgiver og medarbejdere. Graden af medbestemmelse er således også et magtspørgsmål, hvor arbejdsgiveren kan siges at have vetoret. Opnås der ikke enighed i MED-udvalget træder arbejdsgiverens ret til at lede og fordele arbejdet i kraft. Tidligere undersøgelser peger på, at medarbejderne primært har mulighed for at øve indflydelse på det, der kan forstås som det daglige operationelle område, f.eks. planlægning af daglige mål i arbejdet, pauser m.m. De har ringere mulighed på det, der kan forstås som det lidt mere overordnede taktiske område, f.eks. ugentlige og månedlige mål, ansættelser og uddannelse, men kan næsten ikke få indflydelse på det strategiske område: f.eks. langsigtede mål, antallet af ansatte og antallet af opgaver (Hvenegard 2005). En anden undersøgelse peger på, at medarbejderrepræsentanterne nok opnår medindflydelse, men sjældnere medbestemmelse med de facto inddragelse i endelige beslutninger, som bl.a. skyldes en tendens til, at lederne er mere tilbageholdne med at lave underskrevne aftaler, når samarbejdet formaliseres som i MED-aftalerne (Navrbjerg 2005).

## Rammesætning som teoretisk begreb

Til at belyse tillidsrepræsentanternes handlerum tog vi især udgangspunkt i Basil Bernsteins begreb om rammesætning, der

ikke alene fokuserer på, hvordan de formelle rammer og indflydelsesmuligheder er, men på hvordan de forvaltes i praksis<sup>2</sup>. Bernsteins position befinder sig mellem interaktionisme og strukturalisme, og med poststrukturalistiske tilnærmelser (Chouliaraki & Bayer 2001).

Særligt de senere udviklinger i hans forfatterskab åbner for belysning af cirkulerende diskurser, men på en måde der stadig fastholder blikket for de kontekstuelle og institutionelle betingelser for, hvilke diskurser aktørerne i en given interaktion overhovedet kan trække på, og på hvilken måde de kan gøre det.

Basil Bernsteins forståelse af magt har dels fokus på de mere stabile og bagvedliggende rammebetingelser, der hos Bernstein belyses gennem begrebet klassifikation. Dels har forståelsen fokus på de dynamiske muligheder for forandring gennem diskursiv praksis, som begrebet 'rammesætning' giver mulighed for at belyse. Bernstein ser på den ene side deltagerne i en interaktion som på forhånd positioneret af den eksterne regulering af feltet, og på den anden side deltagerne som aktører, der gennem den interaktionelle kommunikation har mulighed for at påvirke de ellers stabiliserede rammer (Ahrenkiel 2004).

Rammesætning er et begreb, der belyser magtforhold, som de udfoldes interaktionelt. Rammesætning foregår via kontrol over kommunikationen. Bernstein beskriver rammesætning ud fra fem dimensioner. Afhængig af hvor store muligheder deltagerne har for at påvirke disse dimensioner, har de større eller mindre mulighed for indflydelse. Rammesætning handler om, hvem der afgør:

- 1) Udvælgelse (hvilke temaer skal der tales om, hvilke udgrænses)
- 2) Rækkefølgen (hvad kommer før noget andet)

- 3) Tempoet (hvornår er man færdige med at diskutere et tema og kan gå i gang med et nyt)
- 4) Kriterier (hvad er de rigtige måder at formulere et indlæg på, hvad er et legitimt bidrag)
- 5) Den sociale og moralske base (hvilke regler er der for god opførsel).

En vigtig pointe hos Bernstein er, at der kan være stor forskel på den formelle og den reelle indflydelse. Dette belyses i denne artikel ved, at det f.eks. er muligt at tage et bestemt punkt op på dagsordenen (udvælgelse), men måden emnet skal diskuteres på (kriterier), eller den tid, der afsættes til bearbejdning (tempo), bevirker, at det vigtige tema for tillidsrepræsentanten reelt udgrænses. På den måde giver det teoretiske perspektiv mulighed for at belyse de mere subtile former for regulering, der finder sted i sundhedsfeltet. Ved at beskrive de konkrete interaktioner, vi observerede, så som møder, samtaler og forhandlinger ud fra de fem dimensioner søgte vi at belyse, hvordan den eksterne regulering af feltet igennem rammesætning fungerer som betingelse for kommunikation i forskellige sammenhænge, og hvordan den faktiske kommunikation bidrager til at fastholde eller forandre de givne rammer.

Inddragelse af rammesætningsbegrebet var også empirisk begrundet: Gennem undersøgelsen blev det klart, at et centralt tema for tillidsrepræsentanterne var, hvorledes de skulle få sat de problematikker, som er vigtige for de menige sygeplejersker, på dagsordenen i de formelle samarbejdsorganer. Tillidsrepræsentanterne ønsker i det hele taget "*at formulere frem for at kommentere*", som det blev udtrykt på et af forskningsværkstederne. En analyse af, hvordan de forskellige situationer og diskussioner i tillidsrepræsentanternes daglige arbejde rammesættes ud fra de fem dimensioner medvirkede til at belyse kompleksiteten i måder,

diskussioner reguleres på. Sådan en analyse var forudsætning for at diskutere, hvilke tiltag der kan iværksættes for at opnå større indflydelse.

## Sammenhæng mellem kvalitet i og af arbejdet

Sygeplejerskerne i undersøgelsen, som også var tillidsrepræsentanter, var optaget af mange spørgsmål i deres dobbelte virke. Det vi imidlertid kunne se havde meget stor betydning for alle på tværs af regionale og institutionelle forskelligheder, og som viste sig i alle tre typer data (interview, observationer og forskningsværksteder), var, at der er en tæt sammenhæng mellem deres egne – forringede – arbejdsvilkår og kvaliteten af det arbejde, de kan levere – som de også oplever som for ringe. De menige sygeplejersker vil meget gerne sætte fokus på deres eget arbejdsmiljø, men de adskiller det aldrig fra spørgsmålet om, hvilken betydning det har for patientplejen, og dette virker som en kraftig katalysator for forståelsen af, at egne vilkår er for dårlige.

Vi vil her illustrere den måde, medarbejdere i sygeplejen opfatter sammenhængen på og samtidig illustrere problemerne med at gøre det til genstand for handling. Følgende uddrag er fra et personalemøde, som var indkaldt for at få diskuteret arbejdsforholdene på en medicinsk afdeling. Den umiddelbare anledning til mødet var imidlertid medarbejdernes dybe bekymring for den høje dødelighed blandt patienterne på afdelingen.

*“Fællestillidsrepræsentant: ‘Vi er her jo fordi der er arbejdsmiljøproblemer, stress og højt sygefravær... Men lad os høre hvad problemerne er’.*

*En sygeplejerske refererer til pressens omtale af høj dødelighed blandt patienterne, og hun refererer til hændelser omkring arbejds-*

*pres, som personalet har oplevet gennem flere måneder. ‘Vi kan ikke længere stå ved den pleje vi laver, vi sygeplejersker når ikke de basale ting. Jeg kan ikke nå alle de ting, jeg burde i sygeplejen, det må jeg håbe at assistenterne gør – men I assistenter I er jo bare slaver efterhånden, I er trækdyr, der skal lave alt det tunge, plejemæssige i en uendelighed. I må handle på det! [...] Hvordan får vi dokumenteret overfor politikerne, at vi laver dårlig kvalitet, for det er jo ikke synligt?’.*

*Fællestillidsrepræsentanten mener, at de bare skal indberette den dårlige kvalitet.*

*Sygeplejerske: ‘Nej, det vil vi ikke, der er kun 10 % af det, vi kommer med, der bliver bragt videre op i systemet, det er bare deprimerende for os selv. Vi lever jo op til alle succeskriterierne udadtil: Ventetider, afklaring til plejehjem og antal indlæggelser, så på den måde bliver det usynligt for dem højere oppe’.*” (Feltdagbog kombineret med lydoptagelser, fra et sygehus)

Fællestillidsrepræsentanten leder mødet og giver plads til, at medarbejderne kan italesætte deres frustrationer ved at rammesætte mødet med det åbne spørgsmål: *“Hvad er problemerne?”* I ovenstående citat fremgår kun nogle af de problemstillinger, der blev fremlagt på mødet. Gennem den svage regulering af udvælgelse, rækkefølge og kriterier blev en lang række relaterede problemer fremlagt i løbet af mødet: Blandt andet blev afdelingslederens fravær pga. videreuddannelse og rekrutteringsproblemer m.m. også omtalt som aspekter af problematikken. Denne kompleksitet af problemer kan netop fremlægges, fordi den åbne dagsorden bevirker, at medarbejderne selv kan udvælge, hvad de vil fremlægge, og i hvilken rækkefølge det skal foregå, ligesom der ikke er snævre kriterier for, hvordan problemerne skal fremlægges. Under mødet var der således også mange følelseladede udtryk og flere forlod mødet grædende. Det er imid-

lertid kun i dette mindre officielle forum, at medarbejderne kan fremføre disse kritikker. Som det fremgår af citatet, så har medarbejderne tidligere forsøgt at få diskuteret årsager til den høje dødelighed med ledelsen, men har ikke oplevet at det har givet anledning til indsatser med henblik på forbedringer. Derfor udtrykker medarbejderne også stor resignation i forhold til en forbedring af arbejdsmiljøet og patientplejen.

Sygeplejerskerne oplever en tæt sammenhæng mellem deres egne arbejdsvilkår og kvaliteten af plejen. Men denne sammenhæng adskilles strukturelt, idet de politiske mål, der lægges ind over sektoren, retter fokus mod det kvantitative 'output' og skjuler den indholdsmæssige kvalitet af det sygeplejefaglige arbejde, der (ikke) bliver udført under indlæggelsen. Samtidig viser eksemplet, at det er af stor subjektiv betydning for medarbejderne at levere et arbejde, de fagligt kan stå inde for, og at de derfor i deres praksis forsøger at forene det, der strukturelt er adskilt. Sammenhængen mellem kvaliteten i og af plejen optræder i sygeplejerskers erfaringer med mange facetter og tyngde og er et ofte dagsordensat tema i hverdagen udenfor de formelle strukturer. Samtidig så vi i forskningsværkstederne at temaet italesættes som 'alment', dvs. som en kollektiv erfaring, og at der knytter sig et kollektivt ønske om forandring hertil.

En markant tendens på tværs af de forskellige delundersøgelser i projektet er, at tillidsrepræsentanternes opgaver har ændret sig væsentligt i takt med neolibérale reguleringsformers<sup>3</sup> indtog i feltet. Hvor tillidsrepræsentanterne tidligere så deres væsentligste arbejdsopgaver centreret om klassiske spørgsmål som løn og arbejdsforhold, så mødes de nu ofte af krav fra medlemmerne om at sætte fokus på kvaliteten af de ydelser, der leveres af sundhedsvæsenet. Medarbejderne insisterer på, at tillidsrepræsentanterne og den faglige organisation ar-

bejder på at få belyst sammenhænge mellem styringsformer, arbejdsmiljø og kvalitet af plejen. F.eks. på medlemsmøder, som egentlig var dagsordensat til at diskutere lønkrav til de kommende overenskomstforhandlinger, havde medarbejderne i stedet insisteret på at diskutere, hvordan arbejdsvilkårene i afdelingen påvirkede kvaliteten af den pleje, patienterne modtog.

Men hvordan går det så med at få sat fokus på disse problemer, når man forlader afdelingernes spontane møder og samtaler, og ser på både uformelle dialoger med ledelse og i den formelle MED-struktur?

## Lederne som med- eller modspillere?

Personalemødet på den medicinske afdeling i eksemplet afspejler en markant tendens i det kvalitative materiale: Medarbejdernes frustration over, at de ikke kan få en dialog med hverken den nærmeste eller den øverste ledelse om kvaliteten i og af arbejdet. Lederne i feltet beskrives ofte som indifferente over for de problemer, medarbejderne oplever med kvaliteten i og af arbejdet, så længe afdelingen eller institutionen lever op til de politiske mål om f.eks. indlæggelsestider og afkortning af ventelister. Med 'accelererede patientforløb' (indlæggelser som foregår på kortere tid og ud fra standardiseringer af behandlings- og plejeprocedurer), belastes arbejdstempoet, og en række aspekter af arbejdet kan ikke nås. Her fremhæves den basale pleje, men også den arbejdsbelastning, det giver andre medarbejdergrupper. Det får medarbejderne til at ønske en dialog med ledelsen om kvalitetsniveauet og en dialog om prioriteringer i sundhedsfeltet. Kampen om værdierne og definitionen af problemerne træder frem. Fra et sygehus hvor uformelle dialogmøder mellem personalet på institutionen og den øverste ledelse blev etableret:

*“Det, der så provokerer personalet rigtig, rigtig meget, det er, hvis direktøren siger: ‘Det kan godt være I synes, at der er noget her, der ikke foregår på betryggende vis, og I vil gøre det meget, meget bedre. Men det I laver, det er lige præcis den kvalitet I skal. Jeg er tilfreds med det. Jeg ønsker ikke en højere kvalitet her. Det er fint, bare vi når at afhjælpe kriserne, de der ventetider, de der fokusområder, som vi bliver målt på. Og at der ikke er nogen klager, så har I gjort et godt stykke arbejde’. Så bliver sygeplejerskerne simpelt hen dybt fornærmet på deres faglighed, for de synes ikke det er godt nok... Men ledelsen vil hellere have effektiviseret. De vil hellere have driftmål opfyldelse.”* (Interview med fællestillidsrepræsentant fra et sygehus)

I eksemplet anvender direktøren de politiske målsætninger som ramme for, hvad han overhovedet vil gå i dialog med medarbejderne om. De politiske mål udgør kriteriet for udvælgelsen af temaer for dialogen, og det udgrænser andre kvalitetskriterier end de officielle mål om f.eks. indlæggelsestider. Medarbejdernes behov for at diskutere det, de oplever som ringe kvalitet af arbejdet, bliver afvist som tema for diskussionen med henvisning til, at det ikke er politisk fokusområde. Dermed diskvalificeres medarbejdernes faglige orientering som legitime kriterier for prioritering og som værdifuldt for sundhedsindsats. Deres indlæg afvises som upassende, idet de ikke passer ind i den dominerende økonomiske og politiske diskurs.

Når de øverste ledere opleves som indifferente over for de sygeplejefaglige aspekter af arbejdet, retter forventningerne sig mod de nærmeste ledere om, at de kan være med til at få sat fokus på den sygeplejefaglige kvalitet og udvikling i afdelingerne. Men flere tillidsrepræsentanter refererede til afdelingsledere, som søgte at begrænse tillidsrepræsentanternes arbejde til snævre

spørgsmål om løn og ansættelse, og som insisterede på, at sygeplejefaglige spørgsmål alene var deres område, og de refererede til ledere, som ikke ønskede offentlighed omkring de ‘interne’ forhold på afdelinger og institutioner. Lederne anså f.eks. offentlig kritik for at være skadeligt for institutionens eller afdelingens omdømme og skadeligt i forhold til tildeling af ressourcer og konkurrence mellem afdelinger, institutioner, m.fl. Det vil også sige, at markedsstyringen bidrager til at udgrænse problemer med faglig kvalitet, idet man frygter, at en synliggørelse heraf kan føre til økonomiske sanktioner, der kan forringe kvaliteten yderligere.

## **Marked og sundhedspolitik som ramme**

Nogle af observationerne viser, at sygeplejerskerne er bange for at tage problemer i pleje og afdeling op til diskussion, af frygt for at de nyansatte vil søge andet arbejde i betragtning af efterspørgselen på sygeplejersker. Der er derfor forhold, man vægrer sig ved at tale om pga. frygten for at skræmme både studerende og kolleger væk og dermed risikere en yderligere forværring af arbejdsforholdene. På personalemødet i den medicinske afdeling blev denne problematik også berørt:

*“Erfaren sygeplejerske: Om nogle år mister vi de erfarne sygeplejersker, og så bliver kvalitetsproblemerne værre, og vi får dårligere vilkår for at tiltrække nye erfarne...”*

*En helt ung sygeplejerske: ‘Hvis der er god muld kan vi trives, men hvis ikke så er vi også villige til at pakke rygsækken og gå et andet sted hen. Lige nu har jeg mistet arbejdsglæden og jeg har brug for at få den igen’.*

*Erfaren sygeplejerske: ‘Nu kan jeg se at der sidder nogle studerende og hører med, og det kan være voldsomt at høre det her’.*

*Efter personalemødet siger afdelingssygeplejersken til en af de erfarne sygeplejersker, at hun ikke synes det er i orden, at de studerende har overværet denne diskussion, da den giver et dårligt billede.” (Feltdagbog kombineret med lydoptagelser, fra et sygehus)*

Rekrutterings- og fastholdelsesproblemer udgør en vigtig kontekst for debatten om arbejdsmiljøet, som dermed rammesætter udvælgelsen af, hvilke temaer der overhovedet anses som legitime at tage op til debat internt og eksternt. Der er på den ene side tale om en form for selvrensning, idet man samtidig er bange for at skræmme unge væk fra faget, eller at studerende ikke søger stillinger i afdelingen efter endt uddannelse. Der er også tale om en form for pålagt begrænsning af ytringsfriheden pga. frygt for økonomiske sanktioner og dårligt politisk omdømme som følge af negativ medieomtale i en situation, hvor sundhedsinstitutionerne er i et markedslignende konkurrenceforhold til hinanden og skal tiltrække ‘kunder’ og personale. Rekrutterings- og fastholdelsesproblemer er imidlertid stærkt forbundet med de øvrige problemer i sundhedsfeltet, som vi indledningsvist skitserede, og relateret til politiske prioriteringer af privatisering, mangelfuld kvalitetsreform, lønpolitik m.m. Kombinationen af rekrutteringsvanskeligheder og markedsførelsen af sektoren virker i dag som en hindring for at skabe synlighed omkring arbejdsmiljøproblemer og deres konsekvenser for plejen både indadtil og udadtil. Dette er et eksempel på, hvordan den stærke politiske regulering af sundhedsfeltet udgrænser arbejdsmiljø som tema.

## **Ingen formel dialog med kritiske positioner**

En anden måde at få tematiseret og behandlet sammenhængen mellem arbejdsmiljø og kvalitet af arbejdet er gennem den formelle

samarbejdsstruktur. Men også her oplever tillidsrepræsentanterne, at mulighederne for en dialog omkring disse spørgsmål er meget begrænsede. Fra et supervisors møde for tillidsrepræsentanter, hvor en kommunalt ansat tillidsrepræsentant fortæller:

*“De havde fået at vide de skulle spare 1 mio. kr. de sidste måneder af året. Politikerne har samtidig besluttet at sætte serviceniveauet op om aftenen, så det er det samme som om dagen, bl.a. fordi de ikke kunne have, at borgerne skulle sidde med bukserne nede, når hjemmehjælpen kom for at hjælpe dem på toilettet. Men skal de så i stedet lade borgerne få ble på tidligt om aftenen? Det er sådanne diskussioner om prioriteringer, de gerne vil have med ledere og politikerne, men hun oplever, at det er en meget varm kartoffel, som politikerne hele tiden skubber fra sig. I decentraliseringens navn lægges ansvaret ud på medarbejderne, som så ikke kan komme i kontakt med de besluttende instanser, fremhæver hun. Så der er en meget stor usikkerhed og utryghed, da medarbejdere føler stor mistillid til deres arbejde. Fællestillidsrepræsentanten havde forsøgt gennem det formelle system, men kom ikke nogle vegne, og der var også erfaringer med, at kommunaldirektøren havde angrebet folk personligt, hvis de havde taget sådanne emner op i Hovedsamarbejdsudvalg, bl.a. ved at kalde folk til personlig samtale efterfølgende. Selv om der bliver talt meget om stress og forebyggelse af stress i udvalgsarbejder, så sker der ikke rigtig noget i forhold til arbejdsmiljøet, fremhævede fællestillidsrepræsentanten.” (Feltdagbog fra observation af kommunalt ansat fællestillidsrepræsentant)*

Fællestillidsrepræsentanten har forsøgt at tage diskussionen op i det formelle samarbejde, men har erfaringer med, at kritikken i stedet rettes mod den, der fremfører den. At blive udsat for represalier for at have bragt



en bestemt diskussion op i et samarbejdsudvalg er udtryk for en meget direkte udvælgelse af, hvad der kan sættes på dagsordenen. En regulering af kommunikationen, der diskvalificerer de problemer, medarbejderne faktisk oplever.

Det er ironisk, at der samtidig diskuteres arbejdsvilkår i andre underudvalg, når problemerne ikke kan bringes frem i det formelt besluttende organ. Vi har i undersøgelsen flere eksempler på, at hvis tillidsrepræsentanterne ikke selv har løsningsforslag og dermed kan fremstille problemerne med en positiv indfaldsvinkel, så udgrænses problematikken som relevant debattema i det formelle samarbejde. Det er med andre ord et kriterium om positivitet frem for kritik, som rammesætter debatten.

Eksemplet demonstrerer, hvilket krydspres medarbejderne sættes i, når de skal forvalte den kommunale politik, der på én gang er centraliseret og decentraliseret. Når politikerne beslutter at sætte serviceniveauet op og samtidig indfører besparelser, uden politiske beslutninger om, hvad der så skal spares væk, overlades dette ansvar til medarbejderne selv. Mål- og rammestyningen afføder ønsker om dialog og politisk konfirmerede beslutninger om prioriteringer, men som det fremgår, så oplever tillidsrepræsentanterne sådanne dialoger og beslutninger som umulige at opnå, og det betyder, at ansvaret for de daglige prioriteringer lægges på medarbejdernes skuldre. Dermed er det også medarbejderne, der fremstår som uegnede, hvis de ikke formår at leve op til serviceniveauet.

## Sundhedspolitik går udenom MED-strukturen

På et sygehus var 'Lean' (produktivitetsfremmende ledelsesværktøj der ændrer arbejdets organisering i tayloristisk retning) sat på dagsordenen til et hovedsamarbejds-

udvalgsmøde (HSU). Fra tillidsrepræsentanternes formøde:

*“På formødet taler fællestillidsrepræsentanterne om Lean-konceptets indførelse på hospitalet. Det fremgår, at fællestillidsrepræsentanterne er irriterede over, at punktet på HSU-mødet ikke er en generel og principiel temadiskussion om Lean, men ledelsen har i stedet bedt repræsentanter fra to afdelinger komme og fortælle om deres arbejde med Lean-processer. De er også irriterede over, at lederne har ansat Lean-konsulenter, uden at tillidsrepræsentanterne har medvirket til beslutningen. De er dog også enige om, at det 'gælder om at vælge sine kampe' [...] På samarbejdsudvalgsmødet var den eneste kommentar fra fællestillidsrepræsentanten, at det jo var umuligt at være uenig i noget så positivt, men at det var vigtigt at involvere medarbejderne og tænke over, hvordan projektet kunne sælges til dem.” (Felt dagbog)*

Diskussionen rammesættes som en orientering om et entydigt positivt tiltag fra nogle inviterede gæster. I sådan en ramme er det upassende at komme med kritiske kommentarer til grundtankerne bag konceptet med deltagelse af nogle, der har brugt mange ressourcer på detaljeret af gennemgå deres arbejdsgange. Indførslen af Lean-konceptet er sket udenom den formelle samarbejdsstruktur og uden tillidsrepræsentanternes inddragelse. Selvom tillidsrepræsentanterne er utilfredse med, at de ikke kan få en generel og principiel diskussion om Lean-konceptet og implikationerne af at indføre det på sygehuset, så rejser de ikke det som et problem i det formelle forum, fordi *“det gælder om at vælge sine kampe”*. Udtrykket peger på, at fællestillidsrepræsentant-kollegiet oplever den principielle diskussion af Lean som mindre vigtig for dem i forhold til en række andre diskussioner, de hellere vil rejse. De vil gerne fremstå som troværdige

og ansvarlige samarbejdspartnere, og derfor accepterer de den ramme om diskussionen, som ledelsen har sat. Eksemplet her illustrerer, hvorledes kritikker, som ellers har været diskuteret på formødet, ikke fremføres i det øverste formelle samarbejdsorgan, pga. den subtile måde kriterier for udvælgelse og fremlæggelse af indlæg sætter sig igennem, her et krav om ikke at fremføre kritik, men at være positiv.

På et andet sygehus var man netop ved at være færdige med at tilpasse sig strukturreformen. På et formøde til et centralt MED-udvalgsmøde rejste tillidsrepræsentanter overfor fællestillidsrepræsentanter temaer som problemer, konsekvenser og utilfredshed med de lokale effekter af den store reform:

*“Der udbryder en stor diskussion om omstruktureringernes konsekvenser på afdelingerne, men dette stoppes af fællestillidsrepræsentanterne, idet det bliver klart, at de ikke kan nå igennem dagens punkter på denne måde. Fællestillidsrepræsentanterne beder direkte deltagerne om ikke at bringe afdelingsspecifikke eller fagspecifikke spørgsmål op, fordi dette ikke hører hjemme i Center-MED-udvalget (CMU).” (Feltdagbog fra formøde til centralt MED-udvalg på sygehus)*

Det fremgik af både dette og andre møder, at mange tillidsrepræsentanter var involveret i spørgsmål om omplacering af personale som følge af strukturreformen, men på en sådan måde, at de i ringe grad var involveret i beslutninger om, hvilke omrokeringer der skulle ske, og i højere grad skulle tage sig af aftalernes implementering og følger-virkninger for personalet.

På formødet bidrog fællestillidsrepræsentanterne selv til at udgrænse sådanne diskussioner. Der er flere grunde til at spørgsmål om arbejdsmiljø udgrænses af de formelle samarbejdsorganer: For det første er dagsor-

denen så komprimeret, at der er meget lidt tid til at diskutere de enkelte punkter, og det betyder, at den kompleksitet af problemer, vi så fremlagt på f.eks. personalemødet, ikke vil blive bragt frem i de formelle organer. For det andet må afdelings- og faggruppe-specifikke temaer ikke diskuteres i centrale samarbejdsudvalg<sup>4</sup>. Vi har i materialet flere eksempler på, at diskussioner blev afvist i centrale samarbejdsorganer med henvisning til, at der er tale om lokale problemer eller problemer, som alene vedrører en enkelt faggruppe. Men mange af virkningerne af den politiske og økonomiske regulering af sektoren viser sig jo netop lokalt, og hvis disse alene tolkes som lokale problemer, der ikke er relevante for de centrale samarbejdsorganer, er det også umuligt at gøre dem til genstand for politisk handling.

## At sætte nogle andre rammer

På det formøde, vi netop har haft som eksempel, hvor tillidsrepræsentanter fra mange forskellige afdelinger var samlet, blev omstruktureringernes konsekvenser for arbejdsmiljøet imidlertid et dominerende tema og fik betydning for brud med og forandring af rammesætning i MED-strukturen. Omstruktureringerne var et presserende problem for alle tillidsrepræsentanterne. Det blev også besluttet, at temaet skulle tages op overfor den øverste ledelse i MED-strukturen.

Under det efterfølgende møde fortalte chefsygeplejersken så under meddelelsespunkter, at ledelsen havde besluttet at fremskynde endnu en omrokering på en institution. Et eksempel på hvordan rækkefølge og tempo bliver måder at rammesætte teamet arbejdsmiljø på en måde, der gør det til mindre vigtigt, hvorimod det for medarbejderne er umådelig vigtigt. Det fik imidlertid tillidsrepræsentanten fra en af de berørte afdelinger til at afbryde den formelle

dagsorden og ikke acceptere, at der var tale om en orienteringssag:

*“Repræsentanter fra afdelinger på institutionen falder over hinanden for at berette om deres vrede, og tillidsrepræsentanten fra afdelingen græder. Cheflægen går ind og støtter personalet delvist, chefsygeplejersken forsvare både ledelsens beslutning og fremgangsmåde. Det diskuteres meget længe og en dårlig stemning spreder sig efterhånden i lokalet. Personalechefen afviser helt personalets indvendinger. Direktøren lytter og siger efter lang tid, at der skal kigges på sagen med henblik på at lave om på nogle forhold.”* (Feldtagnote fra centralt MED-udvalg på sygehus)

I begyndelse af CMU-mødet havde fællestillidsrepræsentanterne ellers brugt deres indledende tale til at fremlægge, hvorledes de var indstillet på en positiv samarbejdsånd med ledelsen og også afholdt sig fra at fremføre kritikker under øvrige punkter. Således forsøgte de at indordne deres repræsentation under kriteriet om at positionere sig positivt. Det fælles formøde med deltagelse af tillidsrepræsentanter fra mange forskellige afdelinger har imidlertid bidraget til at almengøre arbejdsmiljøproblemerne, og det betyder, at dette tema bringes ind som afbrydelse af den formelle rækkefølge på dagsordenen på CMU-mødet. Her formår tillidsrepræsentanterne at få temaet til at fylde meget tidsmæssigt, og de accepterer ikke normen om ikke at fremføre kritik, således at det bliver tydeligt for ledelsen, at der er tale om et generelt problem.

Tillidsrepræsentanternes erfaringer knytter sig til egen afdeling, og har ikke umiddelbart en almen form. Derfor må tillidsrepræsentanterne i udgangspunktet bringe specifikke erfaringer fra specifikke afdelinger gjort af dem selv og deres kolleger frem. Den formelle struktur lægger op til, at disse erfaringer ikke er relevante, og dette bliver

i eksemplet også fortolket sådan af fællestillidsrepræsentanterne, som i første omgang forsøger at holde alle specifikke erfaringer ude. Imidlertid insisterer tillidsrepræsentanterne på at få lokale og specifikke erfaringer frem. De accepterer ikke fællestillidsrepræsentanternes dagsorden og får dermed øje på hinandens erfaringer og på almenheder på tværs af institutioner, personalegrupper og fag. Tillidsrepræsentanterne sætter nogle andre rammer på formødet og får derved en fælles belysning af arbejdsmiljøproblemernes omfang og kompleksitet. Det betyder, at de også formår at sætte nogle andre rammer på selve CMU-mødet. Her får de ændret på rækkefølgen i dagsordenen, således at temaet også bliver tydeligt for direktøren.

Processen fra formøde til den formelle MED-struktur er således ofte rammesat på en måde, der udgrænser sygeplejerskernes problemer og tema med kvalitet i og af arbejdet. Eksemplet her anskueliggør, at almengørelsen af erfaringer bryder med MED-strukturen, som ikke kan rumme behandling af mange specifikke problemer, sådan som fællestillidsrepræsentanterne har vurderet. Der kræves en vis generalisering for at personalerepræsentanterne selv kan bidrage til at sætte rammerne. Men processen viser også, at de almene træk og fælles temaer kun kan komme frem ud fra personalets egne erfaringer, via udveksling og refleksion over specifikke erfaringer i mere uformelle fora. Tillidsrepræsentantkollegier, tillidsrepræsentantforberedelser m.m. med mere åbne dagsordner er her helt afgørende for udvidelse af tillids- og fællestillidsrepræsentanternes handlerum i den formelle MED-struktur i sundhedsfeltet.

## Konklusion

Arbejdsmiljø er et tema, der optager mange medarbejdere i sundhedssektoren. De nye styringsformer med fokus på produktivi-

tet og standardiserede kvalitetsmålinger påvirker især det psykiske arbejdsmiljø på områder som stress, nye arbejdsdelinger, taylorisering af arbejdsfunktioner og forringede indflydelsesmuligheder. Men når de forringede arbejdsforhold italesættes af medarbejderne er det oftest med et fokus på, hvilke konsekvenser det har for kvaliteten af de ydelser, de kan levere for brugerne i sundhedsfeltet. For medarbejderne er der en tæt sammenhæng mellem kvaliteten i og kvaliteten af arbejdet.

Som professionel medarbejder forventer man at udføre et arbejde, der implicerer selvstændig faglig problemløsning baseret på faglige kvalitetskriterier og med borgeren i centrum. En profession er netop kendetegnet ved højt specialiseret viden og kunnen. Når arbejdet i højere grad styres af udefrakommende kriterier, reagerer medarbejderne kraftigt mod den deprofessionalisering, som finder sted. Disse tendenser til deprofessionalisering af arbejdet er noget, som medlemmer forventer de faglige organisationer gør noget ved. Medlemmerne ønsker, at tillidsrepræsentanterne gør faglige problemstillinger til omdrejningspunkt for det fagpolitiske arbejde – at tillidsrepræsentanterne bidrager til at få sat spørgsmål om sammenhængen mellem arbejdsmiljø og kvalitet af ydelser på dagsordenen på arbejdspladserne.

Analysen af hvordan diskussioner i forskellige fora rammesættes viser således, at i de uformelle fora så som personalemøder og gangsnak, hvor der ikke er en stram regulering af dagsordenen, bringer medarbejderne temaer som patientforløb, kvalitet i plejen, prioriteringer og arbejdsmiljø op. Når der ikke er en stram styring af, hvad der kan tales om, i hvilken rækkefølge det skal gøres, eller hvordan et indlæg skal formuleres for at være legitimt, så udfoldes spørgsmålet om kvalitet i og af plejen fra mange forskellige perspektiver. Tillidsrepræsentanterne får i disse fora indsigt i temaer, som med-

lemmerne forventer tillidsrepræsentanterne tager op i det uformelle samarbejde med lederne og i de formelle samarbejdsorganer.

Imidlertid sætter den politiske styring af feltet den afgørende ramme om både det uformelle samarbejde med lederne og det formelle samarbejde i MED-strukturen. Analysen af hvorledes diskussionerne i disse sammenhænge rammesættes viser således, at det er meget vanskeligt at få gjort faglige problemer til udgangspunkt for diskussion.

I udvælgelsen af hvilke temaer, der overhovedet kan tages op, afvises mange af sygeplejerskernes temaer om faglig kvalitet med henvisning til centralt fastsatte kvalitetskriterier og produktivitetsmål. Kombinationen af markedsgørelsen (inkl. omdefinering af arbejdet i produktivitetstermer) og centralt politisk fastsatte kvalitetskriterier forringer mulighederne for at bringe andre standarder ind som rettesnor for diskussioner af arbejdet. Når f.eks. kvalitet defineres og måles som antal indlæggelsesdage, nedbringelse af ventelister m.m. udgrænses andre kvalitetsparametre og samtidig usynliggøres de arbejdsforhold, hvorunder målene nås eller ej. Så retter fokus sig alene ind på, hvorvidt de kvantitative mål nås, og ikke hvordan de nås.

Udvælgelsen af temaer til diskussion i de centrale samarbejdsorganer er tillige styret af bestemmelsen om, at afdelings- og faggruppespecifikke temaer skal behandles i de lokale MED-udvalg. Det betyder, at mange af de spørgsmål, der optager medlemmer og tillidsrepræsentanterne er svære at gøre til legitime udgangspunkter for diskussioner og beslutninger i de centrale MED-udvalg. Men mange af konsekvenserne af den politiske og økonomiske regulering af sundhedsfeltet sætter sig jo netop igennem lokalt. Det er her konsekvenser af accelererede patientforløb, nedbringelse af ventelister, standardisering og manualisering af servicerydelser m.m. viser sig. Hvis de alene tol-

kes som lokale problemer, der kun skal findes lokale løsninger på, usynliggøres de for det første på centralt niveau og bliver tillige umulige at gøre til genstand for fælles politisk handling og samlede modtiltag. Hvis kvaliteten i plejen skal være argument for forandringer i sundhedspolitikken, kræver det, at sådanne temaer kan gøres til genstand for forhandling på centralt niveau.

Den tidsmæssige regulering af dagsordenen i MED-udvalg er en af de hyppige måder, hvorpå udvælgelse og prioritering finder sted på subtil måde, hvilket indebærer at medarbejdernes temaer, i det omfang de overhovedet kommer på dagsordenen, sjældent kommer til at fylde ret meget i forhold til opprioriterede spørgsmål om økonomi og drift. Feltets rekrutteringsproblemer, som er af politisk karakter, men fremtræder som et lokalt problem, bidrager ligeledes til at akutte spørgsmål om daglig drift bliver det dominerende tema i samarbejdet med de daglige ledere i kampen for overlevelse i hverdagen. Spørgsmål om faglig udvikling udskydes hele tiden til et senere tidspunkt, når de akutte problemer er løst. Spørgsmål som mere direkte tematiserer arbejdsmiljø og faglig kvalitet kommer ofte sent i rækkefølgen (både i samarbejdet med ledelsen og i den formelle samarbejdsstruktur), og det betyder, at der sjældent bliver tale om grundige diskussioner som baggrund for beslutning på dette punkt. Mange forhold med betydning for arbejdsmiljø bliver derfor reelt til orienterings- og meddelelsepunkter, og det begrænser den formelle indflydelse.

Kriterierne for hvordan indlæg skal fremføres for at blive betragtet som legitime bidrag, er domineret af en implicit norm om, at alt skal fremføres i en positiv samarbejdsånd og være løsningsfokuseret, og at det derfor er illegitimt at fremføre kritik. Det er særligt problematisk, når tillidsrepræsentanterne har erfaringer med, at beslutninger som har betydning for arbejdsmiljø træffes

uden for den formelle samarbejdsstruktur, og kritik heraf efterfølgende er umuligt at fremføre i de formelle organer. Derved undermineres samarbejdsstrukturen og medarbejderindflydelsen. Vi har også set eksempler på, at fællestillidsrepræsentanterne afstår fra at bringe kritikker og problemstillinger op i det formelle samarbejde med de øverste ledere, fordi de ønsker at fremstå som ansvarlige samarbejdspartnere. Men vi har også set eksempler på, at fællestillidsrepræsentanter, som bringer kritikker op i de centrale samarbejdsorganer, hurtigt bliver sat på plads af de øverste ledere.

Fællestillidsrepræsentanterne har ofte en mere perifer berøring med problemerne i det daglige arbejde og et tættere samarbejde med de øverste ledere. I en tid, hvor udviklingen af arbejdspladsen og sundhedssektoren i stigende grad sker ud fra en teknisk-økonomisk rationalitet, og hvor de sygeplejefaglige argumenter ikke opleves at have samme gennemslagskraft som tidligere over for de øverste ledere, betyder det, at fællestillidsrepræsentanterne ofte skal have et højt detailkendskab til de sygeplejefaglige problemer, hvis den sygeplejefaglige argumentation skal have gennemslagskraft over for den fremherskende teknisk-økonomiske argumentation.

Hvis MED-strukturen skal bruges til at sætte fokus på arbejdsmiljø og arbejdsvilkår og samtidig inddrage de kvalitetsparametre, medarbejderne finder vigtige, kræver det erfaringsudveksling i uformelle fora, hvor problemernes kompleksitet, omfang og almene karakter kan belyses. De uformelle fora er helt afgørende for, at de temaer, medarbejderne er optaget af, faktisk også kan komme på dagsordenen i de formelle samarbejdsorganer. Med større – og ofte geografisk spredte – repræsentationsområder er sådanne udvekslinger blevet endnu vigtigere, hvis det repræsentative demokrati ikke skal undermineres.

## NOTER

1. Sundhedsfeltet ser vi som det sociale rum, bestående af mange institutioner og steder (sygehuse, plejehjem, hjemmepleje og sundhedscentre), hvori mange forskellige agenter og positioner indgår. Vi ser feltet stærkt politisk reguleret og kendetegnet ved mange modsatrettede interesser. Der kæmpes i feltet om hvad der er af værdi i sundhedsarbejdet og hvilken adgang man har til at definere og realisere dette: f.eks. god omsorg, kortere indlæggelsestid, ventetidsgarantier, eller antallet af behandlinger.
2. I denne artikel refereres primært til Basil Bernsteins teoretiske perspektiv, mens især kritiske teorier om arbejdets subjektive betydning, livshistorie og psykosocialt subjekt, samt erfaringsteori også indgik som afsæt og perspektiv for undersøgelsen.
3. Med neoliberale styringsformer tænkes først og fremmest på kombinationen af markedsføring og central politisk styring, der i sundhedsfeltet f.eks. kommer til udtryk gennem tildeling af midler i forhold til produktivitet samtidig med nationale politiske beslutninger om f.eks. nedbringelse af ventelister. I forlængelse heraf indføres krav om måling og dokumentation af arbejdet i kvantitative termer.
4. Vi har ikke mange observationer fra decentrale MED-udvalg, hvor der selvfølgelig er mulighed for at arbejdsmiljøproblemer kan diskuteres. Sådanne diskussioner skulle i så fald analyseres med det samme rammesætningsbegreb for at belyse, hvordan indflydelsen er her. Det rører imidlertid ikke ved pointen om, at arbejdsmiljø ikke kun kan tolkes som lokale problemer, der kræver lokale løsninger.

## REFERENCER

- Ahrenkiel, Annegrethe (2004): *Kontrol og dynamik i pædagogiske processer. Et diskursanalytisk studie af kommunikation i en "usynlig" pædagogisk læringskontekst med daghøjskolen som eksempel*, Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag.
- Ahrenkiel, Annegrethe & Finn M. Sommer (2006): *Tillidsrepræsentantundersøgelser i Danmark – en delvist kommenteret bibliografi 1990-2006*, Roskilde Universitetscenter.
- Ahrenkiel, Annegrethe, Betina Dybbroe & Finn M. Sommer (2006): *Dilemmaer i tillidsrepræsentant-arbejdet*, Debatavis 06, Dansk Sygeplejeråd kongres 2006, Dansk Sygeplejeråd.
- Ahrenkiel, Annegrethe, Betina Dybbroe & Finn M. Sommer (2007a): *Tillidsrepræsentanter i DSR – udfordringer og svar. Rapport fra observationer, interview og forskningsværksteder*, Dansk Sygeplejeråd, Aalborg Universitet & Roskilde Universitetscenter.
- Ahrenkiel, Annegrethe, Tage Bild, Betina Dybbroe, Anne-Mette Hjalager, Morten Lassen & Finn M. Sommer (2007b): *Tillidsrepræsentanter i et forandret sundhedsfelt. Fællesrapport*, Dansk Sygeplejeråd, Aalborg Universitet & Roskilde Universitetscenter.
- Andersen, Vibeke, Betina Dybbroe & Ida Bering (2004): *Fællesskab kræver fællesskab*, Dansk Sygeplejeråd, Frederiksborg Amtskreds. [www.sygeplejersken.dk/dsr/upload/rapport-ruc.pdf](http://www.sygeplejersken.dk/dsr/upload/rapport-ruc.pdf)
- Bild, Tage, Anne-Mette Hjalager & Morten Lassen (2007): *Tillidsrepræsentanter i DSR – mellem nuets styrke og morgendagens trusler*, Dansk Sygeplejeråd, Aalborg Universitet & Roskilde Universitetscenter.
- Bernstein, Basil (2000): *Pedagogy, Symbolic Control and Identity. Theory, Research, Critique*, Revised Edition, New York, Rowman & Littlefield Publishers.
- Chouliaraki, Lilie & Martin Bayer (red.) (2001): *Basil Bernstein. Pædagogik, diskurs og magt*, København, Akademisk Forlag.
- Den centrale styregruppe (1994): *Projekt Medarbejderindflydelse. Den centrale styregruppes*

- sammenfatning af MAI-projektet*, Kommunernes Landsforening, Amdsrådsforeningen i Danmark, Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune & Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte (KTO).
- Danske Regioner m.fl. (2007): *Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren. Tredje delrapport*, Danske Regioner, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Ministeriet for sundhed og forebyggelse. www.sum.dk
- Dybbroe, Betina (2008): *A Crisis of Learning, Professional knowledge and Welfare in Care*, i Sirpa Wrede m.fl. (red.): *Care Work in Crisis-Reclaiming the Nordic Ethos of Care*, Malmø, Studentlitteratur.
- Gregersen, Camilla, Birger Steen Nielsen, Kurt Aagaard Nielsen, Finn M. Sommer & Niels Warring (2007) [2005]: *Den myndige tillidsrepræsentant – tillidsrepræsentanters læring*, Roskilde, Roskilde Universitetscenter.
- Gregersen, Camilla Birger Steen Nielsen, Kurt Aagaard Nielsen, Finn M. Sommer & Niels Warring (2006): *Nye veje for fagbevægelsen – med tillidsrepræsentanten i centrum*, LO-dokumentation nr. 1, 2006.
- Hjort, Katrin (2006): *Professionalisering af arbejdet med mennesker – honnet ambition eller demokratisk nødvendighed?* København, FTF.
- Hvenegard, Hans (2005): *Nok er der indflydelse i det daglige arbejde – men hvad med den langsigtede udvikling af arbejdet?*, i *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 7, 4, 45-61.
- Krasnik, Allan, Karsten Vrangbæk & Mikkel B. Nielsen (2006): *Strukturreformens effekter på sundhedsvæsenet – et baselineprojekt*, København, Institut for Folkesundhedsvidenskab og Institut for Statskundskab.
- Navrbjerg, Steen E. (2005): *Mellem medindflydelse og medbestemmelse. Nye samarbejdsformer i amter og kommuner*, i *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 7, 3, 12-33.
- Rasmussen, Birgitte (2005): *Ledelse i fællesskab – de tillidsvalgte fornyende rolle*. Ph.d.-afhandling. København, Copenhagen Business School.
- Sommer, Finn M. (1999): *Det udviklende arbejde og tillidsrepræsentanten – i minefeltet mellem rationalisering og humanisering af arbejdet*, i Bruno Clematide & Morten Lassen (red.): *Virksomheden og Det Udviklende Arbejde – et kritisk blik*, Frederiksberg, Samfundslitteratur.

**Annegrethe Ahrenkiel**, cand. mag, ph.d. er lektor på Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitetscenter  
e-mail: annegrah@ruc.dk

**Betina Dybbroe**, cand. mag, ph.d. er lektor på Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitetscenter  
e-mail: tibet@ruc.dk

**Finn M. Sommer**, cand. mag, ph.d. er lektor på Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitetscenter  
e-mail: sommer@ruc.dk