

Relationel koordinering

– kan ændringer i samarbejde og relationer måles?

Kasper Edwards & Sanne Lykke Lundstrøm

Relationel koordinering har tiltrukket sig betydelig opmærksomhed på sundhedsområdet. Relationel koordinering appellerer til både det medicinskfaglige perspektiv og arbejdslivsperspektivet, idet relationel koordinering tilbyder en teori og et måleredskab, der kan afdække produktivitet, behandlingskvalitet og trivsel på samme tid. Dette er ideelt i forbindelse med organisatorisk forandring, da man med udgangspunkt i relationel koordinering – og arbejde med relationer og kommunikation i arbejdet – vil kunne øge både trivsel og kvaliteten i arbejdet. Denne artikel rejser spørgsmålet om, det gennem et forandringsprojekt reelt er muligt at måle ændringer i samarbejde og relationer. Artiklen belyser teorien og præsenterer data fra 11 forandringsprojekter, som udviser meget små ændringer i relationel koordinering. Ændringerne står i kontrast til interviews i projekterne, som peger på betydelige ændringer i samarbejde og relationer. Det er dermed tvivlsomt, hvad måling af relationel koordinering faktisk betyder, og disse målinger skal dermed behandles med varsomhed i konkrete forandringsaktiviteter.

Relationel koordinering har tiltrukket sig stor opmærksomhed både forskningsmæssigt og politisk. Sundhedsområdet har specielt fundet relationel koordinering interessant, især efter at bogen *High Performance Healthcare* (Gittell 2009a) viste en positiv sammenhæng mellem relationel koordinering og kirurgisk performance på ni amerikanske hospitaler. I medicinskfaglige miljøer opfattes relationel koordinering som en evidensbaseret organisationsudviklingsmetode til udvikling af samarbejde og klinisk kvalitet. Dette har banet vejen for, at begrebet har vundet accept og er kommet på dagsordenen i flere regioner, som har afholdt store konferencer herom.

I forhold til arbejdslivet er relationel koordinering interessant, da Gittell (2009a,

28) beskriver, hvordan det kan forbedre jobtilfredshed. Relationel koordinering siges at have nogle af de samme egenskaber som social kapital, dvs. når den relationelle koordinering øges, så øges jobtilfredsheden (op cit.). Vi har dermed at gøre med et redskab, der potentielt kan øge både trivsel, produktivitet og kvalitet direkte. Dette forudsætter naturligvis, at man er i stand til at måle relationel koordinering for derefter at kunne intervenere. Relationel koordinering måles med et simpelt spørgeskema bestående af syv spørgsmål. Spørgeskemaet er hurtigt at besvare og let at anvende. Dermed er relationel koordinering potentielt et stærkt redskab og teori i arbejdsmiljøarbejdet, der vil kunne bruges til at afdække problemer og anvise forbedringer. Relationel koordine-

ring kan være et supplement til f.eks. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø 3-dækker (<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/publikationer/spoergeskemaer/psykisk-arbejdsmiljoe>) ved afdækning af arbejdsmiljøet, fordi relationel koordinering ikke er fokuseret på organisationen generelt, men på en specifik arbejdsproces.

Der er dog meget lidt viden om, hvad relationel koordinering er i praksis, hvordan relationel koordinering udvikles, og hvordan relationel koordinering påvirkes af organisatoriske forandringer. Der er tilsvarende lidt viden om, hvordan spørgeskemaet til måling af relationel koordinering virker, hvilke ændringer det fanger, og hvad det egentlig måler.

Denne artikel bygger på følgeforskning til projektet *Fra begreb til bundlinje – hvordan øger vi den relationelle koordinering?* (Edwards 2014a). Projektet blev støttet af Center for Velfærdsledelse. I projektet blev der gennemført 11 forandringsprojekter på hospitalsafdelinger i Region Nord og på Glostrup Hospital. Formålet med projektet var at øge relationel koordinering gennem intervention. Formålet med følgeforskningen var at måle relationel koordinering før og efter forandringsprocessen og at undersøge, hvilke indsatser der havde størst effekt på relationel koordinering.

Denne artikel tager udgangspunkt i interessen for teorien og spørgeskemaet om relationel koordinering, som er udarbejdet af Jody Hoffer Gittell. Måling af relationel koordinering har spillet en helt central rolle for udbredelsen af begrebet, netop fordi spørgeskemaet har skabt en evidens for teorien. Det er derfor afgørende, at spørgeskemaet indfanger fænomenet relationel koordinering, og at det er i stand til at måle forandringer, således at man kan intervenere og efterfølgende undersøge, om den relationelle koordinering er ændret.

Denne artikel rejser forskningsspørgsmå-

let: Kan spørgeskemaet for relationel koordinering måle ændringer i samarbejde og relationer?

Forskningsspørgsmålet besvares ved først at diskutere teorien om relationel koordinering (hvad er det, hvordan påvirkes og udvikles det), og dernæst præsenteres de metodemæssige overvejelser. De 11 forandringsprojekter fra Region Nord og Glostrup Hospital udgør artiklens empiri. Først præsenteres en sammenfatning med resultater af de 11 forandringsprojekter, derefter præsenteres to eksempler på forandringer. Til sidst diskuteres resultaterne som grundlag for konklusionen.

Relationel koordinering

Teorien om relationel koordinering vokser ud af litteraturen om 'service operations', som beskæftiger sig med forholdet mellem serviceleverandør og servicemodtager (Gittell 2002), f.eks. forholdet mellem sygeplejerske og patient. 'Service operations' handler om, hvordan service skal planlægges og gennemføres for at opnå størst udbytte, et centralt tema er her koordination. Service adskiller sig fra industriproduktion ved, at den ydelse, som kunden modtager, skabes sammen med leverandøren i situationen. I og med at ydelsen skabes i situationen, er der i service en betydelig højere grad af usikkerhed, og der kan ikke planlægges som ved et samleband. Fysioterapi og oplevelser er eksempler på ydelser, hvor produktet skabes i samarbejde mellem serviceleverandør og servicemodtager. I serviceleverancen får relationen mellem leverandør og modtager stor betydning for oplevelsen af ydelsen.

Nogle typer service kræver flere leverandører for at levere ydelsen, og dermed bliver leverandør-leverandør relationen væsentlig. Igen er det de særlige karakteristika for service, som er væsentlige for forståelsen. En fysioterapeutisk ydelse med flere behand-

lere om samme patient kræver løbende, umiddelbar koordinering og afstemning mellem behandlerne. Der har været forsket i forskellige tilgange til at forstå leverandør-leverandør relationen såsom gruppeeffektivitet (Bakeman & Helmreich 1975), social kapital (Leana & Van Buren 1999), og senest er relationel koordinering kommet til. Bemærk at social kapital i førnævnte forståelse er en netværksressource og ikke tillid, retfærdighed og samarbejde omkring kerneopgaven (Olesen et al. 2008), som det oftest anvendes i en dansk kontekst.

Begrebet relationel koordinering optræder første gang i den publicerede litteratur i 2000 (Gittell 2000). Definitionen af relationel koordinering har ikke ændret sig nævneværdigt fra de første publikationer til i dag. Den centrale ide dengang som nu er, at medarbejderne i en arbejdsproces har fokus på deres relationer til de andre medarbejdere i forhold til den samlede arbejdsproces (Gittell 2000). I denne forståelse er netværk og relationer centralt, idet relationel koordinering grundlæggende bliver et kommunikationsnetværk. Dette bidrager positivt til organisationens performance ved at lette kommunikation og koordinering på samme måde som social kapital i Leana og Van Burens (1999) forståelse.

Relationel koordinering er en koordinationsmekanisme, som er særlig anvendelig i arbejde karakteriseret af en høj grad af indbyrdes afhængighed og usikkerhed (Gittell 2002). Andre typer af koordinationsmekanismer har tidligere været foreslået såsom direkte supervision, planlægning, standardisering m.fl. Disse kræver dog omfattende forudgående træning; yderligere forudsætter koordinationsmekanismerne, at arbejdet udviser begrænset usikkerhed (Gittell 2009b). Det er naturligvis ikke entydigt, hvornår arbejde er præget af usikkerhed, og dermed hvilken type koordinationsmekanisme der er mest effektiv. Graden af usik-

kerhed bestemmes af flere faktorer, såsom forskelligheden af de opgaver som udføres og personalets erfaring og uddannelse. Eksemplet fra tidligere med to fysioterapeuter kan håndteres på mange måder, som f.eks. træning som del af uddannelsen eller en praksis, som udvikler sig over tid. Netop i en sådan servicesituation er direkte supervision et ringe valg, da det vil ødelægge oplevelsen for kunden, og derfor må serviceleverandørerne koordinere indbyrdes.

Definition af relationel koordinering, som benyttes i *High Performance Healthcare* (Gittell 2009a), er en gensidig forstærkende proces af kommunikation og relationer med det formål at integrere opgaver. Formålet med relationel koordinering er at sikre, at arbejde koordineres umiddelbart og uhindret af de personer, som udfører arbejdet. For at undgå at koordinering bliver baseret på personlige relationer, som kan være vanskelige at styre og lede, introduceres roller (Gittell 2009a). Personalet i en organisation tildeles opgaver gennem roller som f.eks. at være i modtagelsen i en afdeling. Til en rolle knytter sig en række opgaver, som rollen forventes at varetage. Hvis rollerne er veldefinerede, lettes koordination, da det er klart hvilke opgaver, der tilhører hvilke roller, og dermed hvilken person der skal løse opgaven. Relationel koordinering definerer tre dimensioner for relationer: fælles viden, fælles mål og gensidig respekt og fire dimensioner for kommunikation: hyppig, rettidig, præcis og problemløsende.

- Hyppig kommunikation mellem personer er nøglen til at bygge relationer, fordi man lærer hinanden at kende gennem gentagende interaktioner.
- Rettidig kommunikation er væsentlig, fordi kommunikation skal ske på det rette tidspunkt. Hvis der kommunikeres for tidligt eller for sent i forhold til behovet, kan der let opstå fejl.

- Præcis kommunikation er afgørende for, at rollerne kan handle korrekt. Hvis kommunikationen ikke er præcis, kan der let opstå fejl og forsinkelser.
- Problemløsende kommunikation handler om måden, der kommunikeres på. I arbejde med stor indbyrdes afhængighed opstår der ofte problemer, der skal løses i fællesskab. Derfor er det fordelagtigt, hvis rollerne udvikler en kommunikationsform, der er problemløsende og ikke bebrejdende, hvilket vil være ødelæggende for relationerne.
- Fælles mål letter effektiv kommunikation, idet deltagerne lettere kan komme overens, når beslutninger skal træffes.
- Delt viden om rolleres arbejde og funktion letter samarbejdet, idet rollerne kan afstemme deres arbejde ud fra deres viden om de andres behov.
- Gensidig respekt betyder, at deltagerne i en arbejdsproces respekterer hinanden uanset status og faggruppertilhør.

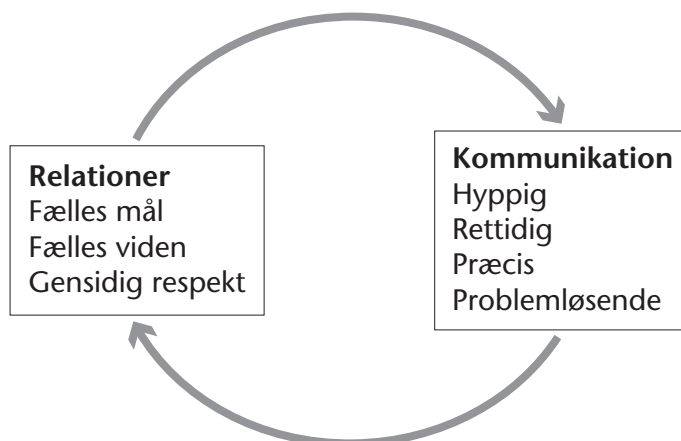
Ifølge teorien (Gittell 2009a) er relationel koordinering en positiv selvforstærkende mekanisme, der opstår, når relationer og kommunikation omkring arbejdet understøtter hinanden som vist i figur 1. Dette

giver mulighed for en koordineret fælles indsats i situationer, hvor arbejdets opgaver er indbyrdes afhængige, præget af usikkerhed og tidspres.

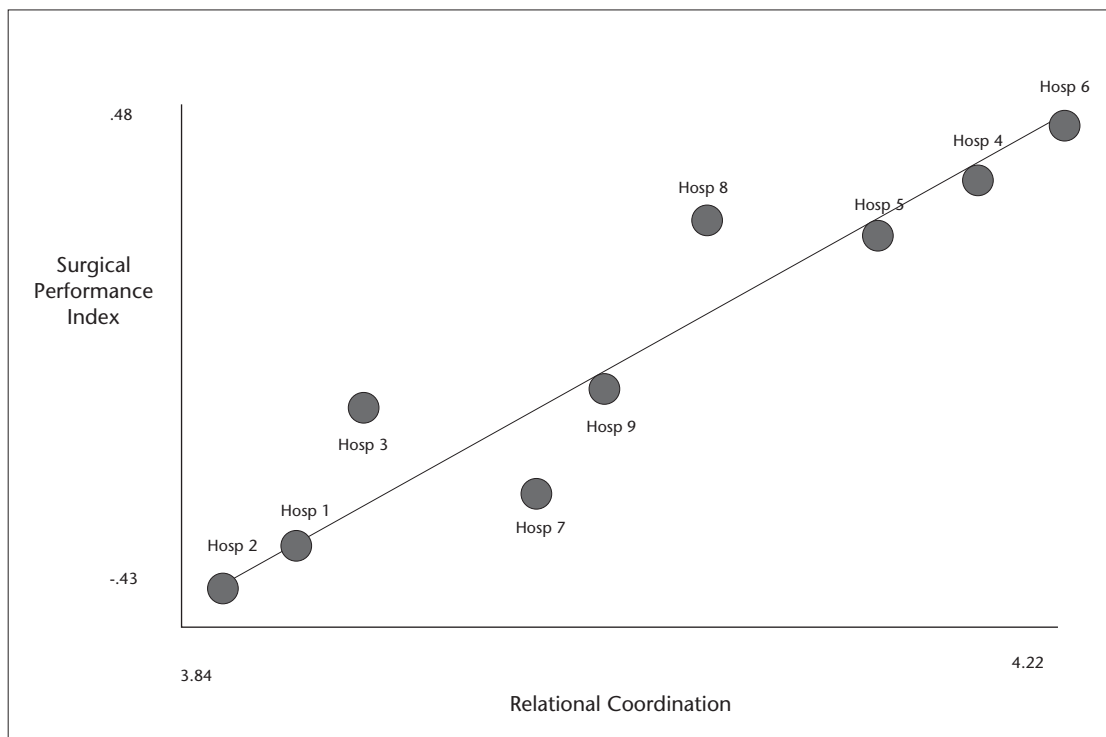
Det modsatte argument fremhæver betydningen af relationel koordinering: Manglende relationel koordinering medfører en negativ spiral, hvor samarbejdet bliver dårligt, og kvaliteten af arbejdet bliver ringe. Hvis medarbejderne ikke har fælles mål, kan de påvirke arbejdet i forskellig retning, som ikke løser den overordnede opgave. Manglende respekt betyder, at samarbejdet bryder sammen, da medarbejderne ikke lytter eller stoler på hinanden. Tilsvarende gælder de kommunikative dimensioner, hvor sjælden, utidig og upræcis kommunikation medfører, at – måske livsvigtig – information ikke videregives. Modsetningen til problemløsende kommunikation er bebrejdende kommunikation, hvor ethvert problem mødes med en bebrejdelse af den anden part, hvilket på ingen måder er fremmende for videre samarbejde.

Relationel koordinering er særligt interessant og relevant i sundhedssektoren, fordi Gittells (2009a, 31) forskning har vist, at der er en sammenhæng mellem kirurgisk performance og relationel koordinering (se

Figur 1. Den positivt forstærkende cirkel i relationel koordinering



Figur 2. Relationel koordinering målt på 9 amerikanske hospitaler. Kirurgisk performance stiger med relationel koordinering (Gittel 2009a, 31)



figur 2). Gittel (2009a) argumenterer eksplis- cit for en kausal sammenhæng, hvor rela- tionel koordinering kan være et redskab til at øge kirurgisk performance.

Relationel koordinering kan dermed tænkes at være et redskab eller en tilgang, som kan anvendes på danske hospitaler med samme effekt. I følge teorien om rela- tionel koordinering er effekten, at behand- lingskvaliteten stiger, og indlæggelsestiden falder. Relationel koordinering kan dermed opfattes som en genvej til bedre performan- ce, dvs. hvis man kan udvikle relationer og kommunikation, vil det få en positiv effekt på behandlingskvalitet.

Evidensen for relationel koordinering hviler i særdeleshed på de data, som er præ- senteret i figur 2. Det forekommer, at der er god dokumentation for en association mel- lem relationel koordinering og performan-

ce i sundhed, dvs. at de to variable bevæger sig sammen. At der foreligger associationer, er dog ikke det samme som kausalitet, og der foreligger ikke dokumentation for den- ne kausalitet. Studierne, som dokumenterer sammenhængen mellem relationel koor- dinering og performance i hhv. flyafgange og på hospitaler, er begge tværsnitsstudier, som på ingen måde kan konkludere på ret- ningen af kausaliteten. Det er derfor lige så tænkeligt, at retningen er den modsatte, og at ændringer i performance vil medføre ændringer i relationel koordinering.

Det er ikke entydigt, hvordan relationel koordinering øges i en organisation, og der gives ikke en simpel anvisning herpå. Git- tell (2009a) peger på en række elementer, som f.eks. at udvælge ansatte som evner teamsamarbejde, måling af team præstatio- ner, investering i mellemledere m.v., som er

Figur 3. De syv spørgsmål med tilhørende svarmuligheder som de har været formuleret i et forandringsprojekt om stuegang

Spørgsmål	Svarmuligheder
Hvor ofte kommunikerer personer fra følgende faggrupper med dig omkring patienter i forbindelse med stuegang?	1 = Alt for sjældent, 2 = For sjældent 3 = Tilpas, 4 = For ofte, 5 = Alt for ofte
Kommunikeres følgende faggrupper rettidigt med dig omkring patienter i forbindelse med stuegang?	1 = Aldrig, 2 = Sjældent, 3 = Nogle gange, 4 = Ofte, 5 = Altid
Er følgende faggruppers kommunikation med dig præcis vedrørende patienter i forbindelse med stuegang?	1 = Aldrig, 2 = Sjældent, 3 = Nogle gange, 4 = Ofte, 5 = Altid
Når der opstår problemer vedrørende arbejde med patienter i forbindelse med stuegang, samarbejder følgende faggrupper så med dig om at løse problemet, eller skyder de skylden på andre?	1 = Skyder altid skylden på andre, 2 = Skyder ofte skylden på andre, 3 = Hverken eller, 4 = Løser ofte, problemet, 5 = Løser altid problemet
Deler følgende faggrupper dine mål i arbejdet med patienter i forbindelse med stuegang?	1 = Slet ikke, 2 = Lidt, 3 = Til dels, 4 = Meget, 5 = Fuldt ud
Hvor meget ved følgende faggrupper om din rolle i arbejdet med patienter i forbindelse med stuegang?	1 = Ingenting, 2 = Lidt, 3 = Noget, 4 = Meget, 5 = Alting
Respekterer følgende faggrupper din rolle i arbejdet med patienter i forbindelse med stuegang?	1 = Slet ikke, 2 = Lidt, 3 = Til dels, 4 = Meget, 5 = Fuldt ud

associeret med høj relationel koordinering. Men der findes ikke en teori for, hvordan der skal interverneres for at øge relationel koordinering.

Figur 2 er yderligere interessant, fordi spredningen i relationel koordinering er på 0,38 point (4,22-3,84). Skalaen går fra 1 til 5 point, og dermed er afstanden mellem top og bund i studiet ganske lille. Det stiller store krav til den kliniske signifikans, når relationel koordinering måles. Resultaterne i figur 2 er statistisk signifikante, men den kliniske signifikans er uvis. Dette betyder også, at det ikke vides, om spørgeskemaet for relationel koordinering kan måle ændringer i samarbejde og relationer.

Metode

Relationel koordinering måles med et spørgeskema udviklet til formålet af Gittell (2005). I dette projekt er relationel koordinering blevet målt med en dansk oversættelse

af Gittells spørgeskema. Oversættelsen er foretaget af Sanne Lykke Lundstrøm som del af ph.d.-projektet *Relational coordination in Danish General Practice*, udført ved DTU Management Engineering (Lundstrøm 2014).

Spørgeskemaet for relationel koordinering består af syv spørgsmål, som hver især fanger en dimension af relationel koordinering. Figur 3 viser de syv spørgsmål med tilhørende svarmuligheder, som de var formuleret i et forandringsprojekt om stuegang.

For at kunne måle ændringer i relationel koordinering blev der udsendt spørgeskemaer før og efter forandringsprojekterne. Spørgeskemaet blev sendt til alle medarbejdere, som indgik i forandringsprojektet. Spørgeskemaerne blev besvaret anonymt. Dette valg blev truffet i håbet om at øge svarprocenten på bekostning af at kunne spore, hvilke respondenter der deltog i både før og efter målingen. Svarprocenterne er vist i tabel 1.

Respondenten besvarede hvert spørgs-

Tabel 1. Respondenter fra de 11 forandringsprojekter

Afdeling	Respondenter				Tid mellem målinger
	Før antal	Før %	Efter antal	Efter %	
Akutklinikken, Glostrup	26	38	35	38	420 dage
Medicinsk Retina, Glostrup	23	72	14	58	259 dage
Lungemedicinsk - og Medicinsk Afdeling, Dronninglund Aalborg	21	60	21	60	158 dage
Infektionsmedicinsk Afdeling, Aalborg	35	73	31	69	179 dage
Ortopædkirurgisk - og Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Aalborg	74	41	80	44	128 dage
Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme, Glostrup	49	43	49	49	322 dage
AMD-klinikken, Aalborg	35	90	29	83	168 dage
Akutklinikken, Aalborg	52	68	42	68	279 dage
Geriatrisk sengeafsnit, Aalborg	22	58	23	72	266 dage
DHC og Neurologisk sengeafsnit	22	67	23	64	222 dage
Akut Kardiologisk Afsnit, Glostrup	21	62	19	58	278 dage
Total	389		366		
Gennemsnit		59		60	244 dage
Minimum		38		38	128 dage
Maksimum		90		83	420 dage

mål i forhold til alle faggrupper. Dvs. i f.eks. stuegangsprojektet skulle spørgemålet "Kommunikerer følgende faggrupper rettidigt med dig omkring patienter i forbindelse med stuegang?" besvares med hensyn til: Læger, Sygeplejersker, SOSU-assistent, Sygeplejese-kretærer, Lægesekretærer, Bioanalytikere m.fl., som vist i figur 4.

I den første måling på Ortopædkirurgisk og Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Aalborg blev spørgeskemaet kritiseret for at tvinge respondenterne til at bedømme faggrupper, som de ikke arbejdede sam-

men med. Som følge heraf blev der tilføjet et spørgsmål om, hvilke faggrupper respondenterne samarbejdede med: "Hvilke af følgende faggrupper arbejder du sammen med omkring ...?"

Spørgeskemaet blev sendt pr. e-mail til alle, som var del af givne arbejdsproces. Da der blev spurgt præcist til den arbejdsproces, som den enkelte afdeling arbejdede med, var forventningen, at ændringer i arbejdsprocessen ville resultere i en målbar ændring af relationel koordinering. Relationel koordinering blev beregnet som et

Figur 4. Eksempel på udformning af spørgeskema for måling af relationel koordinering for medicinske patienter

1. Hvor ofte kommunikerer personer fra følgende faggrupper med dig omkring medicinske patienter? (Angiv kun et svar pr. spørgsmål)					
	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
Læger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygeplejersker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lægesekretærer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

gennemsnit af de syv dimensioner. Den statistiske signifikans af ændringerne af relationel koordinering blev vurderet ved ikke-parret t-test med et 5 % signifikansniveau ($P < 0,05$).

Den kvalitative beskrivelse af forandringerne, som skulle sammenlignes med målingerne af relationel koordinering, blev gennemført som historieværksted (Limborg & Hvenegaard 2011, Grex & Ipsen 2010). Historieværksted er en gruppeinterviewmetode, der tvinger deltagerne til at skrive begivenheder på papkort, inden selve interviewet af gruppen starter. Dermed undgås, at en enkelt person dominerer interviewet, og alle deltagers viden kommer med. Historieværkstedet sikrer også, at fakta bliver valideret, idet en persons udsagn bliver kommenteret af de øvrige deltagere.

Historieværkstedet blev gennemført med mellem to og seks deltagere afhængig af afdelingens størrelse og mulighed for at afse ressourcer. Deltagerne var udvalgt, således at de ikke havde ledelsesansvar, og de ikke var del af projektgruppen. Deltagerne havde ligeledes forskellig faglighed som f.eks. læge eller sygeplejerske. Ved historieværkstedet blev respondenterne bedt om at beskrive følgende tre temaer:

1. Betydningsfulde ændringer/begivenheder,

der har været i og omkring afdelingen siden starten af projektet og til nu.

2. Betydningsfulde ændringer/begivenheder, der har været i arbejdsprocesser og udstyr siden starten af projektet og til nu.
3. Samarbejde og relationer til kolleger f.eks. andre faggrupper, som er blevet ændret siden projektet startede.

Deltagerne blev præsenteret for temaerne et ad gangen. Dermed fungerede historieværkstedet som en tragt, hvor 'interviewet/samtalen' blev mere og mere specifik.

Kontekst – de 11 forandringsprojekter

Dette følgeforskningsprojekt blev gennemført som del af projektet *Fra begreb til bundlinje – hvordan øger vi den relationelle koordinering?* 13 forandringsprojekter blev identificeret, hvoraf to blev ekskluderet. Det ene fordi det viste sig at være et klinisk forskningsprojekt, og det andet fordi man ikke kunne nå at lave før- og eftermåling indenfor projektets tidsramme. De 11 forandringsprojekter blev startet i tre bølger, hvor en række forandringsprojekter fulgte ad. Projektet skabte en ramme og sørgede for overordnet projektledelse af de 11 forandringsprojekter. Som følgeforskere har

vi ikke haft indflydelse på gennemførelsen af forandringsprojekterne, og vores eneste kontakt i projektperioden har været et lederinterview med tilhørende rundvisning i afdelingerne.

Hvor forandringsprojekterne ikke var dikteret en projektmodel eller metode, var der en række aktiviteter, som ledere og projektledere i de enkelt forandringsprojekter skulle deltage i. Dette var bl.a., at der skulle foreligge en projektbeskrivelse, de skulle deltage i en workcamp og præsentere deres projektplan for repræsentanter af hospitalsdirektionen. På workcampen var de ansvarlige for forandringsprojekterne interneret på et kursussted i to dage for at udvikle deres projekt samt at blive undervist i relationel koordinering. En sidste forudsætning var, at forandringsprojekterne skulle deltage i følgeforskningsaktiviteterne, dvs. spørgeskemaundersøgelse, lederinterview og historieværksted.

Sammenfatning af de 11 forandringsprojekter

I tabel 2 på næste side sammenfattes de 11 forandringsprojekter, som udgør den empiriske basis. Den anden kolonne betegnet 'genstand' indeholder den formulering, som er benyttet i de udsendte spørgeskemaer. Kolonnen 'ændring' indeholder en kort beskrivelse af de forandringer, som er sket i forandringsprojekterne.

To forandringsprojekter

For at give et indtryk af den type forandringer som er gennemført i forandringsprojekterne, er her to beskrivelser. De indledes med en kort beskrivelse af afdelingen med ledelsesinterview som kilde. Efterfølgende beskrives forandringen med historieværksted som kilde samt analyse.

Medicinsk Retina, Glostrup

Medicinsk Retina er et ambulatorium under øjenafdelingen med 2 SOSU-assistentter, 12 sygeplejersker, 8 læger, 2 uddannelseslæger og 3 sekretærer. Ambulatoriet havde 8500 ambulante besøg i 2011 (Edwards 2014b).

Afdelingen havde over tre år tredoblet produktionen, og medarbejderne oplevede meget travlhed, hvor driften fyldte alt og ikke efterlod tid til forbedringer, hvorfor der var behov for forbedringer af arbejdets organisering.

Arbejdet var organiseret således, at alle patienttyper kunne behandles alle dage. Nogle behandlinger består af flere særskilte aktiviteter som f.eks. fotografi af nethinde inden møde med læge. Arbejdet var delt mellem læger og sygeplejersker, hvor sidstnævnte klargjorde patienter til lægen.

Forandring

Medicinsk Retina gennemførte et lean-projekt, som kortlagde, analyserede og udviklede to forskellige patientforløb. Der var lavet faste procedurer for alle aktiviteter i de to patientforløb, som nu også samledes på specifikke dage, hvilket gav ensartet fokus og rytme for personalet. Samarbejdet mellem læger og sygeplejersker var ændret til, at en læge og en sygeplejerske fulgtes ad på en arbejdsdag.

"Man lærer som læge sygeplejerskerne bedre at kende fagligt når man arbejder 1:1 – Sygeplejerskerne har forskellige stærke og svage sider og dette kan lettere bruges når man arbejder sammen i længere perioder." (Respondent, Historieværksted, 30. april 2013)

"Hvis der er tid, kan sygeplejersken være med hos lægen for at følge med hele vejen og lære mere – Det er hensigten med 1:1, men det er ikke altid det sker. Det er rart for sygeplejer-

Tabel 2. Sammenfatning af alle 11 forandringsprojekter

Afdelings navn	Genstand	Ændring
Akutklinikken, Glostrup Hospital	medicinske og neurologiske patienter	Skadestue og akutmodtagelse er lagt sammen organisatorisk og fysisk. Al triage er samlet et sted og der er indført en koordinerende funktion som skal sikre overblik og fordeling af ressource. Nye procedure er implementeret for at skabe ensartethed.
Medicinsk Retina, Øjenafdelingen, Glostrup Hospital	uveitis- og diabetespatienter	Ændret organisering af behandlingsforløb således at samme typer patienter behandles samme dag. Ændret samarbejde og relationer mellem læger og sygeplejersker. Før arbejde faggrupperne for sig, nu arbejder de i teams med en læge og en sygeplejerske.
Lungemedicinsk Afdeling og Medicinsk Afdeling, Dronninglund, Aalborg Universitetshospital	KOL-behandlingsforløbene	Kompetencer er flyttet fra læger og fysioterapeuter til sygeplejerskerne, som nu kan ordinere begrænsede mængder af Duovent, ilt og brug af AIRVO, samt instruere patienten i brug af PEP-fløjte. De nye procedurer er bundet til en checkliste for KOL-patienter, som anviser, hvordan der skal måles og gøres. Den øgede kompetence medfører, at sygeplejerskerne umiddelbart kan følge checklisten og igangsætte behandling.
Infektionsmedicinsk Afdeling, Aalborg Universitetshospital	udskrivelsesforløb, hvor patienten har brug for hjemmehjælp	Ny procedure for udskrivningsprocessen blev udarbejdet og der er lavet en ny morgenkonference hvor sygeplejerskerne deltager og overbringer deres viden til lægerne. "Der bliver taget mere ansvar for alles side (omkring udskrivning)".
Ortopædkirurgisk Afdeling og Medicinsk Endokrinologisk Afdeling Aalborg Universitetshospital	medicinske problemstillinger hos ortopædkirurgiske patienter	Ortopædkirurgisk afdeling har indført medicinsk stuegang i samarbejde med endokrinologisk afdeling. Dette er en radikal ændring hvor endokrinologer går stuegang på ortopædkirurgisk afdeling samt deltager i morgenkonferencen.
Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme (VRR) Operationsgangen, Glostrup	udskiftning af patienter og klargøring af operationsstuen	Afdelingen har indført faste teams på operationsgangen således at det samme personale arbejder sammen på en operationsstue en hel dag. Der indført check-in, time-out og check-out på operationsstuerne der fungerer som checklister i situationerne.
AMD-klinikken, Øjenafdelingen, Aalborg Universitetshospital	behandling af patienter med våd AMD	Patientforløb og arbejdsform er ændret så der er en stram struktur for håndtering af patienten.
Akutmodtagelse og Traume-center (ATC) Aalborg Universitetshospital	patienternes ventetid	Afdelinger har forsøgt at implementere nye procedure som bygger på en ny funktion i Akutmodtagelsen. Funktionen " Sygeplejerske I Front", SIF, skulle modtage patienter og informere om ventetider. Grundet øget patientoptag er det ikke muligt at fastholde funktionen.
Geriatrisk sengeafsnit, Aalborg Universitetshospital	mobilisering/træning/aktiviteter af patienter	Der er lavet nyt kort morgenmøde samt tværfaglig udskrivningskonference. Møderne inddrager de forskellige faggrupper.
Dansk Hovedpinecenter og Neurologisk sengeafsnit N38, Glostrup Hospital	de indlagte MOH-forløb	To afdelinger har i fællesskab udviklet et nyt patientforløb og procedure som strukturerer samarbejdet på tværs af afdelingerne.
Akut Kardiologisk Afsnit M-31, Glostrup Hospital	patienter i forbindelse med stuegang	Tidligere var stuegangen en aktivitet som fyldte hele dagen. Nu er der lavet faste rammer for afvikling af stuegang og der er implementeret et kort morgentavlemøde der fungerer som forstuegang og giver overblik.

Tabel 3. Ændringer for performancemål. Der skete forbedringer på alle syv performancemål (kilde: opgørelse foretaget af afdelingen 2013)

Performancemål	Før	Mål	Efter	Ændring %
Diabetes - ventetid før patient møder læge (minut)	43	25	23	47
Diabetes - Samlet tid for patient på afdelingen (minut)	97	60	73	25
Uveit - ventetid før patient møder læge (minut)	33	25	32	3
Uveit - Samlet tid for patient på afdelingen (minut)	88	73	63	28
Samlet gennemløbstid for patient (uger)	54	6	27	50
Servicemål for henvisninger (% sendt indenfor 8dg)	61	100	97	-59
Ventetid fra henvisning til 1. konsultation (dage)	80	30	45	44

sken fordi man kan se hvad der sker. Det er en faglig læring mellem læge og sygeplejersken.” (Respondent, Historieværksted, 30. april 2013)

Ændringerne betød, at en række centrale performancemål blev forbedret, se tabel 3.

Analyse

I Medicinsk Retina var der sket en fundamental omorganisering fra faggruppeopdelt arbejde til en teamstruktur med en læge og sygeplejerske. Historieværkstedet nævnte gensidig læring mellem læge og sygeplejerske omkring deres fælles arbejde, som i relationel koordinering kan opfattes som, at deres roller bliver eksplicite, og derigennem øges de tre dimensioner for relationer: fælles viden, mål og respekt. Det må antages, at dimensionerne for kommunikation påvirkes, fordi der er tættere samarbejde mellem læge og sygeplejerske. Kommunikation forventes også at blive påvirket af de faste procedurer for patientforløbene, som definerer, hvad, hvornår og hvor ofte der kommunikeres. Således forventes den relationelle koordination at være øget i eftermålingen.

Geriatrisk Afdeling, Aalborg

Geriatrisk sengeafsnit har 16 senge og 22 personer i plejegruppen i treholdsskift, dvs. i dagvagten møder seks personer plus leder og studerende. Personalet består af sygeplejersker, sekretær, SOSU-assistent, fysioterapeut, ergoterapeut og læger (Edwards 2014c).

Patienterne er ældre plejetunge patienter med en gennemsnitsliggetid på 11 dage. Arbejdet er en kombination af behandling, træning/vurdering og forberedelse til udskrivning. Patienterne har oftest flere forskellige sygdomme, og de kræver derfor en del observation at udrede.

Projektets fokus var at udvikle de tre områder: mobilisering, træning og aktivitet som en tværfaglig arbejdsform i afdelingen.

Forandring

Afdelingen arbejdede med at afklare, hvad mobilisering, træning og aktivitet betød for de enkelte faggrupper, så de derigennem kunne organisere arbejde og behandling omkring dette.

Der blev indført et system med en papirpatientmappe som bærer af information, hvor fagpersonalet hurtigst muligt tilføjede

relevant information vedrørende træning og mobilisering. Mappen medførte, at personale, som var ubekendt med patienten, umiddelbart kunne mobilisere en patient på den rigtige måde uden at skulle konsultere en kollega.

Der blev indført et morgenmøde og en tværfaglig patientkonference. Morgenmødet samlede personalet til en kort opsamling på patienternes status, hvor hele personalet bød ind med info om væsentlige ændringer i tilstanden. Den tværfaglige patientkonference samlede alle faggrupper omkring patient og pårørende for at planlægge behandlingsforløb og mål for behandlingen. Alle faggruppers synspunkter inddrages i beslutninger omkring patientens behandling.

"Det er meget effektivt og der 'sker noget'. Tidligere var der en tværfaglig konference hver onsdag som ikke rigtigt fungerede for alle. Ledelse af mødet skifter mellem teamledere og læger, og der er god justits om at holde tiden. Mødet har også karakter af forstuegang, hvor lægerne får værdifulde observationer fra de andre faggrupper." (Respondent, Historieværksted, 16. december 2013)

Analyse

På Geriatrisk Afdeling blev der indført tre strukturerende elementer: patientmappe som informationsbærer, morgenmøde samt den tværfaglige patientkonference, som antageligt bør påvirke relationel koordinering, da dette understøtter dannelsen af fælles viden og mål, samt at det sætter rammer for kommunikationen. Yderligere beskrev historieværkstedet forbedrede relationer mellem medarbejderne, som kom til udtryk gennem formuleringer som *"færre 'dumme' spørgsmål"* og *"større respekt for hver enkelt medarbejder"*. På Geriatrisk Afdeling forventede vi således, at den relationelle koordination blev øget i eftermålingen.

Resultater

Målingerne af relationel koordinering i de 11 forandringsprojekter viser meget begrænsede ændringer, se tabel 4 på næste side. Seks målinger har en ændring på mindre end 0,1 point, fem forandringsprojekter har ændringer på mellem 0,1 og 0,2 point, og to forandringsprojekter har ændringer større end 0,2 point. Ingen af ændringerne er statistisk signifikante.

I to af disse 11 forandringsprojekter blev der målt på hhv. to og tre arbejdsprocesser. Ændringerne spænder fra -0,1 til 0,31 point. I 10 af de 11 forandringsprojekter blev der gennemført organisatoriske ændringer, som er fastholdt efter forandringsprojektets afslutning. Aalborg Akutklinik har dog ikke fastholdt forandringerne, da afdelingen har øget antallet af patienter uden at få tilført ressourcer.

I de 10 forandringsprojekter, hvor forandringerne er fastholdt, er der sket ændringer i samarbejde og relationer. Forandringerne, som blev beskrevet i historieværkstederne, giver for alle forandringsprojekter indtryk af ændringer i strukturer, samarbejde og arbejdsformer. I det 11. forandringsprojekt, hvor forandringen ikke blev fastholdt, medførte det problemer i driften, når SIF-funktionen ikke var bemandet, og de nye procedurer ikke kunne opretholdes. Dette medførte en tilbagegang i relationel koordination på 0,1 point.

I de to forandringsprojekter (Glostrup Akutklinik og Aalborg Geriatrisk), hvor der blev målt på flere arbejdsprocesser, var både niveau og ændring i relationel koordination forskellige mellem arbejdsprocesserne.

Diskussion

I de 11 forandringsprojekter viste historieværkstedet organisatoriske ændringer, som ikke umiddelbart afspejles i ændringerne af relationel koordinering.

Tabel 4. *Udvikling i relationel koordinering i de 11 forandringsprojekter. Ingen ændringer er statistisk signifikante*

Afdeling	Relationel Koordinering		
	Før	Efter	Ændring
Akutklinikken, Glostrup - medicinske pt	3,39	3,42	0,03
Akutklinikken, Glostrup - neurologiske pt	3,02	3,09	0,07
Medicinsk Retina, Glostrup	3,49	3,48	-0,01
Lungemedicinsk - og Medicinsk Afdeling, Dronninglund Aalborg	3,54	3,67	0,14
Infektionsmedicinsk Afdeling, Aalborg	3,48	3,68	0,20
Ortopædkirurgisk - og Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Aalborg	3,19	3,35	0,16
Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme, Glostrup	3,00	3,14	0,14
AMD-klinikken, Aalborg	3,91	3,98	0,07
Akutklinikken, Aalborg	3,44	3,35	-0,10
Geriatrisk sengeafsnit, Aalborg, aktivitet	3,27	3,40	0,13
Geriatrisk sengeafsnit, Aalborg, mobilisering	3,68	3,71	0,03
Geriatrisk sengeafsnit, Aalborg, træning	3,58	3,68	0,11
DHC og Neurologisk sengeafsnit	3,84	4,15	0,31
Akut Kardiologisk Afsnit, Glostrup	3,48	3,52	0,05
Gennemsnit	3,45	3,55	0,10
Standardafvigelse	0,27	0,29	0,10
Minimum	3,00	3,09	-0,10
Maksimum	3,91	4,15	0,31
Range	0,91	1,06	0,40

Medarbejderne i historieværkstederne var i stand til at beskrive de konkrete forandringer, som er sket i afdelingerne og i deres daglige arbejde. Ingen af medarbejderne i historieværkstederne har været drivende i forandringsprojekterne, og de har derfor ikke haft noget umiddelbart motiv til at tegne et glansbillede af forandringsprojekterne. Historieværkstederne har da også for-

talt om bagsiderne såsom kaotisk omstilling og frustrationer i forandringsprojekterne.

Hvis forandringsprojekterne ikke havde haft nogen effekt, ville deltagerne i historieværkstederne ikke have været i stand til præcist at beskrive, hvad de gør anderledes. F.eks. i casen fra Lungemedicinsk og Medicinsk Afdeling, Dronninglund, Aalborg hev en sygeplejerske deres KOL-checklist op af

lommen under historieværkstedet for konkret at beskrive, hvordan de nu arbejdede.

Vi har derfor stor tiltro til historieværkstedet som kilde til at beskrive forandring. I 10 forandringsprojekter var der forventning om øget relationel koordinering, fordi historieværkstedet beskriver ændringer i afdelingernes arbejdsprocesser, dvs. viden som antageligt er generelt i afdelingen og dermed bør øge fælles viden, mål og også rettidig, ofte og præcis kommunikation. I det 11. forandringsprojekt var der en forventning om forringet relationel koordinering, fordi der blev implementeret nye strukturer, Sygeplejerske i Front. Den nye rolle kunne dog ikke opretholdes, hvilket gav anledning til problemer, da rollen er nødvendig for, at systemet fungerer.

Vi forventede med andre ord at se ændringer i relationel koordinering i eftermålingen, selvom vi ikke vidste, hvor stor ændringen numerisk burde være. Ændringerne afspejledes derimod ikke i målingerne af relationel koordinering som eksemplificeret i disse to eksempler:

1. Medicinsk Retina, Glostrup har gennemført et forandringsprojekt, som ændrede afdelingens organisering og behandlingsmåde. Forandringsprojektet medførte ændringer i relationer og samarbejde mellem læger og sygeplejere. Tidligere arbejdede faggrupperne hver for sig, efter forandringsprojektet arbejder en læge og en sygeplejerske nu sammen som et team en hel dag. Dette er en markant forandring af samarbejde og relationer, som burde afspejles i målingen. På trods af den markante positive forandring viste målingerne af relationel koordinering en tilbagegang på 0,01 point.
2. Geriatrisk Afdeling, Aalborg indførte fælles morgenkonference og tværfaglig stuegang, således at faggrupperne nu føler sig hørt og inddraget. At blive hørt

og inddraget er en markant ændring i relationer og samarbejde. Målingen af relationel koordinering viste en ændring på hhv. 0,03 point for mobilisering, 0,11 point for træning og 0,13 point for aktivitet, hvilket står i kontrast til de markante ændringer i samarbejde og relationer.

Vi har valgt at formulere arbejdsprocessen, som der spørges til, så specifikt som muligt, f.eks. "medicinske problemstillinger hos ortopedkirurgiske patienter". Dette er gjort for at forsøge at fange ændringen i relationel koordinering, som er påvirket af forandringsprojektet og dermed få størst mulig ændring i målingen.

Vi mener, at der er et misforhold mellem de ændringer, som er sket i afdelingerne og de målte ændringer i relationel koordinering. Der skal store ændringer til, før det slår ud på relationel koordinerings-skalaen. Samtidig må det dog konstateres, at ændringerne i relationel koordinering går i den forventede retning. Det gælder også Akutklinikken i Aalborg, som viste en ændring på -0,1 point som følge af et nyt system, der ikke fungerer og giver frustrationer.

Det grundlæggende problem i ovenstående er, at vurderingen af ændringerne i samarbejde og relationer sker på en subjektiv skala ud fra historieværkstederne, som vi efterfølgende kobler til måling af relationel koordinering. Der er ingen teori eller empiri, der på nuværende tidspunkt udsiger, hvilke ændringer i samarbejde og relationer, der giver ændring i relationel koordinering på X point. Det vækker derfor bekymring for anvendelsen af spørgeskemaet om relationel koordinering, når markante ændringer i samarbejde og relationer som f.eks. i Medicinsk Retina ikke afspejles i målingerne. Ændringen til små teams med en læge og en sygeplejerske må påvirke dimensionerne i relationel koordinering. Et så tæt samarbejde må udvikle deres fælles

viden og mål. Det må ligeledes påvirke de kommunikative dimensioner, i og med at frekvensen for kommunikation ændrer sig og bliver mere rettidig, da de arbejder sammen hele dagen. Det må yderligere medføre, at kommunikationen bliver mere præcis, da læge-sygeplejerske teams med tiden udvikler et sprogbrug, som passer til arbejdsituationen. Disse ændringer kan imidlertid ikke genfindes i spørgeskemaresultaterne.

De kvantitative data er indsamlet anonymt uden nogen form for identifikation af deltagerne, udover hvilken professionel rolle de har. Dette valg blev truffet for at få så ærligt et svar som muligt fra respondenterne, uden at de skulle være bekymret for at blive identificeret. Den valgte anonymitet betyder dog også, at det ikke har været muligt at kontrollere, om det var de samme deltagere, der responderede i før- og eftermålinger.

Vi har ikke tal på medarbejderomsætningen i de 11 cases; men ingen deltagere på historieværksteder nævner fyringsrunder, medarbejderudskiftning eller tilsvarende, som ville indikere en unormal medarbejderomsætning. Den gennemsnitlige tid mellem målinger er 244 dage, unormal medarbejderomsætning burde derfor have været present i deltagernes hukommelse og dermed nævnt i historieværkstederne. Der har naturligvis været en vis medarbejderomsætning; men den vurderes ikke at have indflydelse på eftermålingen af relationel koordinering.

Et andet og muligvis større problem i målingerne er de meget varierende svarprocenter, som spænder fra 38% til 90%. Umiddelbart er det vanskeligt at fæste lid til de cases, hvor svarprocenten er meget lav. Man kan mistænke, at det enten er den positive eller negative medarbejdergruppe, som vælger at besvare spørgeskemaet med dertilhørende bias. Analyse af svarprocenter og ændring i relationel koordinering viser dog ingen sammenhæng, dvs. både cases med høje og lave svarprocenter viser

samme ændringer i relationel koordinering. Vi forventer derfor ikke, at højere svarprocenter ville have ændret resultaterne.

Vi konkluderer således, at spørgeskemaet for relationel koordinering kun i begrænset omfang er i stand til at måle ændringer i samarbejde og relationer, og at der skal betydelige forandringer til, før at det slår ud på skalaen. Vi mistænker, at dette er generelt for måling af relationel koordinering i og med, at forskellen mellem top og bund i Gittells (2009a) undersøgelse af sundhed er på 0,38 point, hvor den største ændring her er 0,31 point.

Dette rejser spørgsmålet om, hvad spørgeskemaet for relationel koordinering måler.

Hvad måler spørgeskemaet for relationel koordinering?

Måling af relationel koordinering forekommer at være følsomt overfor følgende faktorer: 1) Arbejdsprocessen, 2) Forholdet mellem forventning og praksis, og 3) Valg af respondenter

1) Arbejdsprocessen

Spørgeskemaet spørger direkte til relationel koordinering for en given arbejdsproces f.eks.: *"Kommunikerer følgende faggrupper rettidigt med dig omkring udskiftning af patienter og klargøring af operationsstuen?"*

Der har i projektet været to afdelinger, hvor der blev målt på flere forskellige arbejdsprocesser: Geriatrik Afdeling, Aalborg og Akutklinikken i Glostrup. Begge afdelinger udmærker sig ved, at målingerne af arbejdsprocesserne er forskellige både i niveau og i ændring. For begge afdelinger er arbejdsprocesserne målt i samme spørgeskema. Det er altså de samme personer, som har svaret. Eksempelvis spørges der i Geriatrik Afdeling ind til tre forskellige arbejdsprocesser: 1) Mobilisering af patienter, 2) Træning af patienter og 3) Aktiviteter

med patienter. Dvs. respondenterne har for hver af de tre arbejdsprocesser besvaret alle syv spørgsmål om relationel koordinering. At der er forskel på relationel koordinering i de forskellige arbejdsprocesser betyder, at respondenterne tydeligvis skelner mellem de forskellige arbejdsprocesser, de svarer på. Derfor konkluderes det, at spørgeskemaet for relationel koordinering er følsomt overfor den arbejdsproces, som der spørges til.

2) Forholdet mellem forventning og praksis

Dimensioner som rettidighed og præcision vil være afhængig af erfaring med samarbejde og praksis. Relationel koordinering forekommer ved at måle forholdet mellem forventning og den praksis, som udfolder sig i arbejdsprocessen. Forventning styres af, hvor stærkt arbejdsprocessen er standardiseret, og i hvilket omfang respondenterne er eksponeret for arbejdsprocessen. Når der spørges til, om kommunikationen er ofte/præcis/rettidig, da vil svaret afhænge af, om der foreligger implicite eller eksplicite aftaler m.a.o., og om arbejdet er standardiseret. Aftalerne former således en forventning til, hvor ofte der bør kommunikeres, hvordan og om hvad der kommunikeres (præcis) og hvornår (rettidig).

Spørgsmålene vedrørende problemløsende kommunikation, delte mål og viden samt gensidig respekt afdækker respondentens subjektive opfattelse af de øvrige faggrupper i forhold til arbejdsprocessen. Dette betyder, at eksponeringen for arbejdsprocessen bør have en betydning. Hvis respondenterne sjældent er del af arbejdsprocessen, er det ikke sandsynligt, at respondenterne udfolder sin rolle i arbejdsprocessen på samme måde som andre, der udfører arbejdsprocessen ofte. Det er uden betydning, om det er over eller under standard, det centrale er, at arbejdsprocessen løses anderledes end forventet. Dette kan have den betydning, at

respondenter med lav eksponering ikke er en del af praksis og dermed vil opleve, at de øvrige faggrupper ikke deler dennes mål og viden – for alle parter er forventningen ikke indfriet. Dette vil igen påvirke oplevelsen af problemløsende kommunikation og gensidig respekt, som kan medføre lavere vurdering i spørgeskemaet, fordi respondenterne står uden for en etableret praksis. Denne problemstilling kunne undersøges i yderligere respondentinterviews. Det var imidlertid ikke muligt i denne undersøgelse.

Dette forhold kan være en mulig forklaring på den manglende ændring i målingerne af relationel koordinering. I alle cases er spørgeskemaet sendt ud til hele afdelingen, dvs. alle som formelt er relateret til afdelingen. Det er ikke nødvendigvis alle medarbejdere i en afdeling, som tager del i de arbejdsprocesser, der spørges til. Der er en vis empirisk indikation for dette, i og med at den første måling på Aalborg Ortopædkirurgisk Afdeling affødte betydelig kritik fra respondenter og medførte, at der blev tilføjet et spørgsmål om, hvilke faggrupper man samarbejder med i arbejdsprocessen.

3) Valg af respondenter

Ovenstående har implikationer for måling af relationel koordinering, som bør rettes mod de medarbejdere, som reelt er del af den arbejdsproces, der ønskes undersøgt. Alternativt bør der på anden vis kunne differentieres mellem respondenter, som er del eller ikke del af arbejdsprocessen. Dette problem accentueres, jo mere specifikt arbejdsprocessen formuleres. På den anden side mener vi, at brede formuleringer af arbejdsprocessen, som f.eks. "arbejde med patienter", også er problematiske, idet tolkning bliver vanskeligere af, at formuleringen dækker mange forskelligartede arbejdsprocesser.

Relationel koordinering bør derfor ikke benyttes som benchmark mellem arbejds-

processer, afdelinger eller hospitaler. Den konkrete kontekst, organisering, kompetencer, faglighed og patientsammensætning vil påvirke målingen. Dertil kommer, at en meget høj score ikke nødvendigvis er udtryk for et optimum. En høj score er udtryk for, at forventninger og praksis stemmer overens, og dermed er en høj grad af standardisering og specialisering en forudsætning for relationel koordinering. Relationel koordinering kan på denne måde opfattes som den sociale side af standardisering af arbejdsprocesser. I nogle tilfælde vil dette medføre en mindre grad af fleksibilitet, som ikke nødvendigvis er ønskværdigt i sundhedssystemet.

Et andet perspektiv ved interventioner i psykosocialt arbejdsmiljø

Relationel koordinering er muligvis et redskab, der kan åbne nye perspektiver ved interventioner i psykosocialt arbejdsmiljø. Dette er naturligvis under hensyn til ovenstående forbehold. Det er netop det specifikke fokus på arbejdsprocessen, der differentierer relationel koordinering fra NFA's 3-dækker, som er hyppigt anvendt til afdækning af psykosocialt arbejdsmiljø. Hvor NFA's 3-dækker giver et billede af forholdene på en arbejdsplads uafhængigt af det konkrete arbejde, er det netop sidstnævnte, som relationel koordinering afdækker. Dette giver mulighed for at tackle arbejdsmiljøproblemer såsom mobning ud fra et arbejdsprocesperspektiv. Arbejdsprocesser bestemmer relationerne mellem medarbejdere. Uheldigt udformede arbejdsprocesser kan være direkte årsag til dårligt psykosocialt arbejdsmiljø. Arbejdsprocesser, hvor f.eks. kvalitets- og tidskrav er vanskelige at overholde, vil ofte føre til problemer i de personlige relationer mellem den, som konstant afleverer for sent og i for ringe kvalitet, og modtageren – til trods for

at det er arbejdsprocessen og ikke personen, som er årsagen.

Konklusion

Vi har i denne artikel rejst forskningsspørgsmålet: Kan spørgeskemaet for relationel koordinering måle ændringer i samarbejde og relationer?

11 forandringsprojekter har været undersøgt, hvoraf 10 har fastholdt forandringer efter forandringsprojektets afslutning. Kvalitative undersøgelser af de 10 forandringsprojekter viste alle ændringer i samarbejde og relationer, som burde korrespondere med tilsvarende ændringer i relationel koordinering.

Ændringerne i relationel koordinering er meget små, og ingen af ændringerne er statistisk signifikante. Alle ændringer går dog i den forventede retning. Spørgeskemaet for relationel koordinering er således kun i begrænset omfang i stand til at måle ændringer i samarbejde og relationer; der skal betydelige forandringer til, før at det slår ud på skalaen.

Forholdet mellem resultaterne fra spørgeskemaet og de kvalitative undersøgelser peger således på nye indsigter i relationel koordinering:

- Relationel koordinering er følsom overfor den specifikke arbejdsproces, der måles på, og målemetoden er derfor ikke velegnet som benchmark mellem arbejdsprocesser og afdelinger.
- Relationel koordinering måler forholdet mellem fagpersonens forventning til en arbejdsproces og oplevet praksis.
- Ved måling af relationel koordinering er det kun medarbejdere, som er del af den undersøgte arbejdsproces, der bør inkluderes i en undersøgelse. Eller som minimum bør undersøgelsen kunne dif-

ferentiere mellem respondenter, som er del eller ikke del af arbejdsprocessen.

- Relationel koordinerings fokus på en specifik arbejdsproces åbner muligheder ved afdækning og intervention i det psykosociale arbejdsmiljø, og dermed er det et supplement til NFA's 3-dækker. Måling af relationel koordinering muliggør dermed i højere grad interventioner, som rettes mod mere specifikke forhold i selve arbejdet

Videre forskning

Den videre anvendelse af relationel koordinering og i den forbindelse specielt brug af spørgeskemaet i forskning og praksis kræver, at der laves nøje følsomhedsanalyser af spørgeskemaet. Der er også behov for at undersøge, om nogle typer af forandringer påvirker nogle eller alle dimensioner af relationel koordinering. F.eks. kunne man forvente, at lean og værdistrømsanalyse

netop ville påvirke relationel koordinering, fordi det skaber en fælles forståelse af arbejdsprocesser og opgaver. Det bør tilsvarende undersøges, om relationel koordinering viser større ændringer, hvis man alene udvælger respondenter, som er del af den adspurgte arbejdsproces.

Tilkendegivelse

Denne artikel er resultat af følgeforskning, som er finansieret af projektet *Fra begreb til bundlinje – Hvordan øger vi den relationelle koordinering?*, der har modtaget tilskud fra Center for Velfærdsledelse.

Vi vil gerne takke Region Nord, Aalborg Universitetshospital, Glostrup Hospital og i særdeleshed de deltagende afdelinger for deres imødekommenhed overfor projektet.

Vi vil gerne takke redaktionen og reviewerne, hvis grundige kommentarer har medført betydelige forbedringer af artiklen.

REFERENCER

- Bakeman, Roger & Robert Helmreich (1975): Cohesiveness and Performance: Covariation and Causality in an Undersea Environment, i *Journal of Experimental Social Psychology*, 11, 5, 478–489.
- Edwards, Kasper (2014a): *Fra begreb til bundlinje, hvordan øger vi den relationelle koordinering. Evalueringsrapport*, Rapport, DTU, DOI:10.11581/DTU:00000001.
- Edwards, Kasper (2014b): *Relationel Coordination RegNord Caserapport*, Medicinsk Retina, Øjenafdelingen, Glostrup Hospital Lean i Øjet, Caserapport i projekt *Fra begreb til bundlinje – hvordan øger vi den relationelle koordinering*.
- Edwards, Kasper (2014c): *Relationel Coordination RegNord Caserapport*, Involverende stuegang på Geriatrisk sengeafsnit, Aalborg Universitetshospital, Caserapport i projekt *Fra begreb til bundlinje – hvordan øger vi den relationelle koordinering*.
- Gittell, Jody Hoffer (2000): *Organizing Work to Support Relational Co-Ordination*, i *The International Journal of Human Resource Management*, 11, 3, 517-539. DOI:10.1080/095851900339747.
- Gittell, Jody Hoffer (2002): *Relationships between Service Providers and Their Impact on Customers*, i *Journal of Service Research*, 4, 4, 299-311. DOI:10.1177/1094670502004004007.
- Gittell, Jody Hoffer (2005): *The Southwest Airlines Way: Using the Power of Relationships to Achieve High Performance*, New York, McGraw-Hill Professional.
- Gittell, Jody Hoffer (2009a): *High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*, New York, McGraw-Hill Professional.
- Gittell, Jody Hoffer (2009b): *Relational Coordination*.

- nation: *Guidelines for Theory, Measurement and Analysis*, http://rcrc.brandeis.edu/downloads/Relational_Coordination_Guidelines_8-25-11.pdf
- Grex, Sara & Christine Ipsen (2010): *The Chronicle Workshop – a Method to Enhance and Explore Innovative Processes in Project Based Organisations*, *International Conference on Organizational Learning*, 2010.
- Leana, Carrie R. & Harry J. Van Buren (1999): Organizational social capital and employment practices, i *Academy of Management Review*, 24, 3, 538–555.
- Limborg, Hans Jørgen & Hans Hvenegaard (2011): *The Chronicle Workshop: The Use of Narratives to Reveal the Story of a Work Community and Understand Its Culture*, i Lauge Baungaard Rasmussen (red.): *Facilitating Change: Using Interactive Methods in Organizations, Communities and Networks*, Lyngby, Polyteknisk Forlag.
- Lundstrøm, Sanne Lykke (2014): *Relational Coordination in Danish General Practice*, DTU Management Engineering, Technical University of Denmark.
- NFA's 3-dækker, website: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/publikationer/spoergeskemaer/psykisk-arbejdsmiljoe>
- Olesen, Kristian Gylling et al. (2008): *Virksomhedens Sociale Kapital. Hvidbog*, København, Arbejdsmiljørådet.

Kasper Edwards, seniorforsker, ph.d., DTU Management Engineering
e-mail: kaed@dtu.dk

Sanne Lykke Lundstrøm, ph.d., DTU Management Engineering
e-mail: sanne.lykke.lundstroem@regionh.dk