

Fra begreb til bundlinje, hvordan øger vi den relationelle koordinering Evalueringsrapport

Edwards, Kasper

DOI:
[10.11581/DTU:00000001](https://doi.org/10.11581/DTU:00000001)

Publication date:
2014

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication](#)

Citation (APA):
Edwards, K. (2014). Fra begreb til bundlinje, hvordan øger vi den relationelle koordinering: Evalueringsrapport. Department of Management Engineering, Technical University of Denmark. 10.11581/DTU:00000001

General rights

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

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

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Fra begreb til bundlinje, hvordan øger vi den relationelle koordinering

-

Evalueringsrapport

Udarbejdet af Seniorforsker Kasper Edwards, DTU Management Engineering
Marts 2014

Projektet er støttet af Center for Velfærdsledelse

Ophavsret: Kasper Edwards og DTU Management Engineering, Lyngby, Marts 2014
Rapporten må frit distribueres og kopieres.

Udgivet af DTU Management Engineering, Lyngby, 2014

ISBN: 978-87-93130-10-4

DOI:10.11581/DTU:00000001

Sammenfatning – udviklingsmodel indenfor velfærdsledelse

Hvordan kan man – til gavn for borgeren – samarbejde på tværs af faggrupper, afdelinger og sektorer på arbejdspladser, hvor opgaverne er komplekse, uforudsigelige, gensidigt afhængige og skal løses under tidspres? Dette projekt har taget fat i en af velfærdsinstitutionernes største udfordringer.

Projektet har taget afsæt i den amerikanske professor Jody Hoffer Gittells undersøgelser af, hvad der kendetegner et velfungerende sundhedsvæsen. De omfattende evidensbaserede undersøgelser viser en tydelig sammenhæng mellem behandlingskvalitet og indlæggelsestid og kvaliteten af det, hun kalder relationel koordinering.

Relationel koordinering opstår, når kommunikation og relationer omkring en konkret opgave understøtter hinanden. Dette giver mulighed for en koordineret fælles indsats i situationer, hvor opgaverne er indbyrdes afhængige, præget af usikkerhed og tidspres.

Projektet har gennemført 11 delprojekter. De har alle skabt betydelige forandringer, og 10 af delprojekterne har fastholdt forandringerne, og dermed vurderes de som succesfulde.

Evalueringen har konstateret, at delprojekterne har haft en usædvanlig høj succesrate. De har implementeret og fastholdt organisatorisk forandring. Dette tilskrives den projektmodel, der er udviklet i projektet. Projektmodellen

Det anbefales, at projektmodellen udvikles og afprøves yderligere. Den overordnede projektmodel imødegår nogle af de strukturelle problemer, så som manglende tid til udvikling, projektstruktur og projektkompetence, som medfører, at projekter ikke prioriteres og gennemføres. Dermed er projektmodellen et bud på en generel udviklingsmodel inden for velfærdsledelse.

Historieværksteder i afdelingerne har afdækket, at delprojekterne har skabt store forandringer i samarbejde og arbejdsprocesser. Ændringerne er ikke afspejlet tydeligt i målingerne af relationel koordinering. Det peger på problemer med målingen af relationel koordinering og har skabt ny viden omkring anvendelsen af Gittells værktøj til at måle relationel koordinering.

Den gennemsnitlige udvikling i relationel koordinering er på 0,1 point, og den største ændring i et delprojekt er 0,31 point.

Trods sine begrænsninger som måleværktøj, vurderes det at relationel koordinering har potentialer som procesværktøj i forhold til at øge kvaliteten af kerneydelser i sundhedsvæsenet.

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning – udviklingsmodel indenfor velfærdsledelse	3
Indholdsfortegnelse	4
Forord.....	6
Indledning.....	7
Formålet med evalueringen	10
Metode.....	11
Lederinterview	11
Historieværksted.....	11
Måling af relationel koordinering	12
Analyser af relationel koordinering.....	13
Måling af social kapital	14
Performance- og effektmål	14
Overordnet projektmodel	15
Delprojekterne.....	17
Akutklinikken Glostrup	17
Medicinsk Retina, Glostrup.....	18
Ensartet tilbud til patienter med KOL Medicinsk Center Dronninglund.....	19
Udskrivelsesprocessen Infektionsmedicinsk Afdeling, Aalborg	20
Medicinsk stuegang på Ortopædkirurgisk Afdeling, Aalborg.....	22
Operationsgangen i VRR, Glostrup	23
AMD-klinikken, Aalborg.....	25
Bedre forløb for de ventende patienter på Akutmodtagelse, Aalborg.....	26
Forandring.....	27
Geriatrisk Afdeling, Aalborg.....	27
Hovedpinecenteret og neurologisk sengeafsnit, Glostrup	29
Stuegangsprojektet på Kardiologisk sengeafsnit, Glostrup	31
Måling af relationel koordinering	33
Svarprocenter	33
Ændring i relationel koordinering.....	33

Ændring i social kapital.....	34
Sammenligning af relationel koordinering og social kapital.....	35
Evaluering.....	38
Diskussion.....	40
Store forandringer ses ikke i målingerne af relationel koordinering	40
Hvor følsomt er instrumentet?	41
Et stærkt procesredskab.....	42
Reelle målinger af relationel koordinering.....	42
Sammenligning af relationel koordinering og social kapital.....	43
Effektiv projektmodel	43
Konklusion.....	45
Referencer	46

Forord

Dette er evalueringsrapporten i projekt "Fra begreb til bundlinje - hvordan øger vi den relationelle koordinering?". Projektet er gennemført i samarbejde med Region Nord og Glostrup Hospital i perioden 2012 til og med 2013. Projektet er gennemført som 11 individuelle delprojekter, som er blevet gennemført på Glostrup Hospital og Aalborg Universitetshospital.

Denne evalueringsrapport er en samlet evaluering af hele projektet og de 11 delprojekter. Evalueringen fokuserer primært på projekternes resultater og udvikling i relationel koordinering.

Projektet er støttet af Videncenter for Velfærdsledelse. Region Nordjylland har været projektejer og hovedansøger, DTU Management Engineering har leveret evaluering af projektet.

Rapporten er skrevet af Seniorforsker Kasper Edwards og databehandling samt beregning af relationel koordinering er foretaget af PhD Studerende Sanne Lykke Lundstrøm, DTU Management Engineering.

Jeg vil gerne takke Jens Ravnholdt Petersen for god overordnet projektledelse og kontakt til afdelinger i Region Nord. Christian Volf Pedersen for hjælp til gennemførelse af spørgeskemaundersøgelser og for altid at svare velvilligt på detaljerede spørgsmål. Jeg vil gerne takke Heida Valgeirsdóttir og Morten Finnemann for at være en kæmpe hjælp i forbindelse med kontakt og aftaler med afdelingerne på Glostrup Hospital.

En særlig tak til afdelingerne for at deltage i projektet og venligt tage imod og svare på en fremmed forskers mange spørgsmål i en travl hverdag:

- Akutklinikken Glostrup Hospital, Vena Brauner
- Glostrup Medicinsk Retina, Josefine Fuchs og Anne Thorsteinsen
- Medicinsk Center Dronninglund, Mette Lauritsen
- Infektionsmedicinsk afdeling, Aalborg Universitetshospital, Maj-Britt Nørgaard
- Aalborg Universitetshospital Ortopædkirurgisk afdeling, Hans Peter Jensen, Charlotte Buch Gøthgen og Jenna Rosenqvist Ibsen
- Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme, Glostrup Hospital, Tine Lundbak
- AMD klinikken, Aalborg Universitetshospital, Kirsten Lau Baggesen
- Geriatrisk afdeling, Aalborg Universitetshospital, Jette Boilesen
- Neurologisk Sengeafsnit og Dansk Hovedpinecenter, Glostrup Hospital, Dorte Thomhav og Helle Jensby
- Kardiologisk Sengeafsnit, Glostrup Hospital, Jens Rokkedal
- Akutklinikken Aalborg Universitetshospital, Winnie Poulsen

Sidst tak til deltagerne i historieværkstederne. Jeres åbenhed og ærlighed har givet en uvurderlig viden og indsigt i de ændringer I har været igennem.

Kasper Edwards, DTU Lyngby Marts 2014

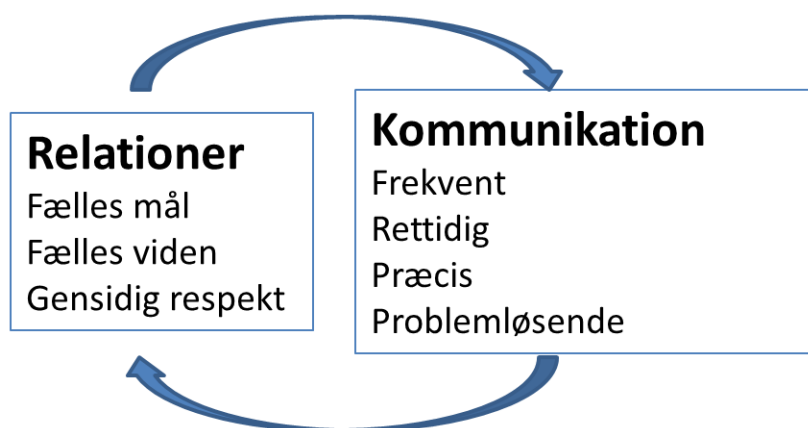
Indledning

Relationel koordinering er et begreb formuleret af Brandise Professor Jody Hoffer Gittel i forbindelse med forskning i hvilke organisatoriske egenskaber som ledte til god performance.

Relationel koordinering defineres som en gensidig forstærkende proces af kommunikation og relationer med det formål at integrere opgaver. Relationel koordinering handler om, at koordinere arbejde gennem relationer som er baseret på fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. Relationerne skal understøttes af kommunikation, som sker med den rette frekvens, er rettidig, præcis og problemløsende.

Relationel koordinering opstår når kommunikation og relationer omkring udførelse af arbejdet understøtter hinanden. Dette giver mulighed for en koordineret fælles indsats i situationer hvor arbejdets opgaver er indbyrdes afhængige, præget af usikkerhed og tidspres.

Relationel koordinering skaber en positiv selvforstærkende mekanisme når relationer og kommunikation omkring arbejdet understøtter hinanden.



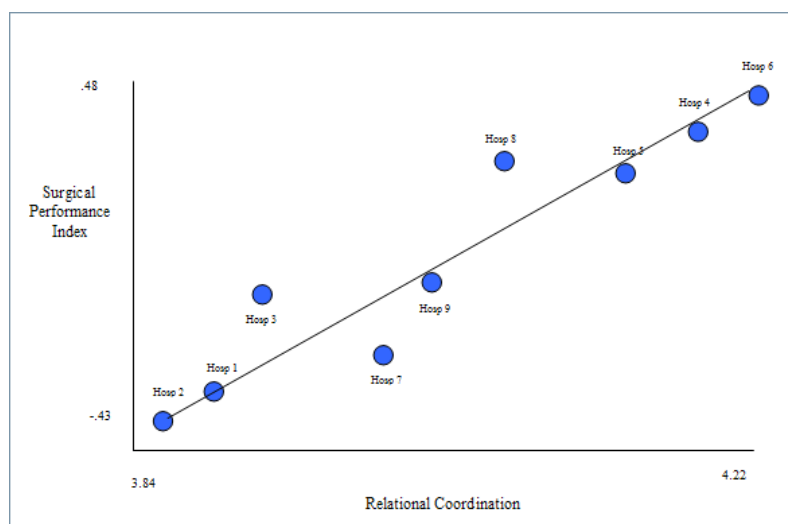
Figur 1: Den positivt forstærkende cirkel i relationel koordinering.

Det antages, at opgaven løses med færre komplikationer, når medarbejdere, som er del af en proces, har fælles mål, fælles viden og respekterer hinanden. Fælles mål og fælles viden betyder at medarbejderne umiddelbart vil koordinere for at løse opgaven bedst muligt, netop fordi de har samme mål og kender hinandens opgaver. Respekt for hinanden betyder, at medarbejderne har tillid til hinandens vurderinger og stoler på, at dette understøtter det fælles mål. Disse positive relationer understøttes af en tilsvarende positiv kommunikationspraksis. Denne praksis er baseret på, at man skal kommunikere om opgaven i tilstrækkeligt omfang – ikke for meget og ikke for lidt. For meget er støj og spild af tid, og for lidt medfører risiko for fejl. Kommunikation skal ske, når det er nødvendigt, og når der er behov for det dvs. rettidigt – det nytter ikke at der kommunikeres at der er hjertestop 7 minutter efter, at det er sket. Kommunikation skal yderligere være præcis, dvs. medarbejderne videregiver den rigtige information på den rigtige måde, som modtageren forventer. Præcis kommunikation letter handling, fordi det umiddelbart kan afkodes af modtageren. Det sidste element er, at kommunikationen skal være problemløsende, således at medarbejderne i fællesskab forsøger at løse problemet og ikke skyder skylden på hinanden.

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 opgaven. Manglende respekt betyder at samarbejdet bryder sammen, da medarbejderne ikke lytter og stoler på hinanden. Tilsvarende gælder de kommunikative dimensioner, hvor sjælden, utidig og upræcis kommunikation medfører at, måske livsvigtig, information ikke videregives. Modsætningen 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 kan måles med et simpelt spørgeskema, som retter sig mod arbejdsopgaven og de personer som indgår. Spørgeskemaet spørger således til de 7 dimensioner, som er vist i figur 1 og måler på de enkelte faggrupper. Således kan en måling af relationel koordinering give et billede af den relationelle koordinering mellem de enkelte faggrupper og dermed være et redskab til at forbedre kommunikation og relationer.

Relationel koordinering er særligt interessant og relevant i sundhedssektoren, fordi Professor Gittells forskning har vist, at der er en sammenhæng mellem kirurgisk performance og relationel koordinering (se Figur 2).



Figur 2: Relationel koordinering målt på 9 amerikanske hospitaler. Kirurgisk performance stiger med relationel koordinering (Gittell, 2009).

Relationel koordinering kan dermed tænkes at være et redskab eller en tilgang, som kan anvendes på danske hospitaler med samme effekt. I teorien om relationel koordinering er effekten, at behandlingskvaliteten stiger, og indlæggelsestiden falder.

Relationel koordinering kan dermed opfattes som en genvej til bedre performance, dvs. hvis man kan udvikle relationer og kommunikation, da vil det have en positiv effekt på behandlingskvalitet.

Det er dog ikke entydigt, hvordan relationel koordinering øges i en organisation og der kan ikke gives en simpel anvisning. Gittell (2009) peger på en række elementer som for eksempel at udvælge ansatte som evner teamsamarbejde, måling af team præstationer, investering i mellemledere m.v. som er associeret med høj relationel koordination.

På baggrund af Gittells forskning foreslår dette projekt at relationel koordinering ændres gennem en mere generel metode:

1. Anvend procesforbedringer som udgangspunkt for dybere ændringer.
2. Stil coaching og træning til rådighed for at bygge nye mønstre i den relationelle koordinering, der baserer sig på fælles mål, delt viden og gensidig respekt.
3. Redesign organisatorisk praksis, så den støtter de nye relationelle mønstre – ellers vil man gå tilbage til de gamle mønstre, som man forsøger at ændre.

(frit oversat til dansk efter fra www.relationalcoordination.org) (citater fra projektets ansøgning)

Som også bemærket i ansøgningen, er ovenstående interventionsmodel ikke uddybet og mangler evidens for sin effekt. Det skal dog bemærkes, at det er yderst vanskeligt at opnå evidens forstået med medicinske kriterier for organisatoriske interventionsmodeller. Det er ganske simpelt ikke muligt at gennemføre strengt kontrollerede og styrede case/kontrol-studier i afdelinger som er i drift.

Derfor har det været projektets hovedformål at undersøge, afprøve, teste og videreformidle metoder til at øge evnen til relationel koordinering på Aalborg Sygehus og Glostrup Hospital.

Social kapital

Som del af evalueringen har det været et selvstændigt ønske fra Evalueringen at inddrage måling af social kapital i undersøgelsen. Dette ønske er opstået, fordi social kapital er et parallelbegreb til relationel koordinering, og de to begreber muligvis måler forskellige sider af samme fænomen.

Social kapital er, i modsætning til relationel koordinering, en egenskab ved en gruppe eller en afdeling. Social kapital er defineret og teoretiseret på mange måder, men i dette projekt er følgende definition benyttet: *"Virksomhedens sociale kapital er den egenskab der sætter organisationens medlemmer i stand til i fællesskab at løse dens kerneopgave"*

For at kunne løse denne kerneopgave er det nødvendigt at medlemmerne *evner at samarbejde* og at samarbejdet er baseret på et højt niveau af *tillid og retfærdighed*. (Hvidbog om social kapital, 2008).

Social kapital er også associeret med en række positive effekter såsom lav medarbejderomsætning, høj trivsel, høj produktivitet og høj kvalitet. Social kapital er således, på samme måde som relationel koordinering, en eftertragtet ressource. Nyere forskning peger på, at social kapital er bundet til organisationens nærmeste leder, og dermed er redskabet til at udvikle social kapital, at udvikle nærmeste leder.

Som del af evalueringen vil social kapital blive målt og sammenlignet med relationel koordinering.

Formålet med evalueringen

Evalueringens formål er, at undersøge om den relationelle koordinering er blevet øget i projekterne, og hvad der har medført en øget relationel koordinering, på baggrund af den dokumentation som er frembragt i de gennemførte delprojekter og projektets mål og succeskriterier.

Evalueringen er ikke en normal ekstern evaluering af 3. part, fordi evalueringen også har leveret følgeforskning og indsamlet data i projekterne. Det er dog ønsket at evalueringen skal forholde sig nøgternt til projektets succeskriterier og resultater.

Evalueringen forholder sig til projektets succeskriterier, som beskrevet i projektbeskrivelsen:

- En stigning i den relationelle koordinering i delprojekterne på min. ½ point i gennemsnit målt via Gittells RC-index
- Registrering, kortlægning og dokumentation af de metoder og processer, som viser sig effektive i fht. at øge den relationelle koordinering i delprojekterne.

Figur 3: Projektets formål som formuleret i projektbeskrivelsen.

Metode

Evaluering er gennemført som et mixed-method studie og kombinerer dermed kvalitative undersøgelser med kvantitative spørgeskemaundersøgelser. Dette gøres for at kunne forstå, hvad der ligger bag de statistiske sammenhænge. En ændring i relationel koordinering er uinteressant, hvis det ikke kan beskrives, hvad der har medført ændringen.

Lederinterview

Der er gennemført interviews med den projektansvarlige i afdelingen i starten af projektet. Interviewet blev gennemført som et semistruktureret interview med følgende temaer: 1) Afdelingsbeskrivelse, 2) Projektbeskrivelse, 3) Forventede effekter og 4) Mulige barrierer.

Der blev foretaget besøg i afdelingerne for at få en konkret oplevelse og forståelse af afdelingernes indretning, organisering og arbejde.

Historieværksted

Efter delprojekterne havde gennemført deres forandring, blev der gennemført et historieværksted i afdelingen. Historieværkstedet fokuserede på 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.

Historieværkstederne er principielt et struktureret gruppeinterview, hvor medarbejdere fra forskellige faggrupper svarer på ovennævnte temaer. Deltagerne præsenteres for temaerne et ad gangen, og dermed fungerer historieværkstedet som en tragt, som bliver mere og mere specifik. Dette gøres for at undgå at præge respondenterne, før det er absolut nødvendigt. Svar, som ikke er præget, tillægges større betydning end efter prægning. F.eks. er det væsentligt, hvis relationel koordinering nævnes umotiveret af deltagere, da dette indikerer at begrebet er kendt og brugt.

Historieværkstedet har yderligere den egenskab, at deltagerne først bedes skrive begivenhederne for det enkelte tema på papkort uden at tale sammen. Dette sikrer mod, at en respondent bliver toneangivende og former alle svar.

På baggrund af begivenhederne, skrevet på papkort, hæftes papkortene på en tavle i kronologisk rækkefølge og respondenterne interviewes om begivenheden. Historieværkstederne blev optaget og alle papkort affotograferet til senere analyse.



Figur 4: Eksempel på affotograferede papkort fra historieværksted.

Begivenhederne fra historieværkstederne er beskrevet i caserapporterne for hvert delprojekt og ligger til grund for vurderingen af projekterne.

Måling af relationel koordinering

Relationel koordinering er blevet målt med en dansk oversættelse af Professor Gittells spørgeskema. Oversættelsen er foretaget af Sanne Lykke Lundstrøm som del af PhD projektet "Analyse af sammenhænge mellem struktur og social kapital i sundhedsvæsenet", udført ved DTU Management Engineering.

Spørgeskemaet for relationel koordinering består af 7 spørgsmål, som hver især fanger en dimension af relationel koordinering. I det følgende (figur 5) vises de 7 spørgsmål med tilhørende svarmuligheder, som de har været formuleret i et delprojekt 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
Kommunikerer 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	1 = Skyder altid skylden på andre, 2 = Skyder ofte skylden på andre, 3 =

følgende faggrupper så med dig om at løse problemet, eller skyder de skylden på andre?	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

Figur 5: De 7 spørgsmål med tilhørende svarmuligheder som de har været formuleret i et delprojekt om stuegang. For hvert delprojekt er genstanden for spørgsmålet blevet tilpasset.

Hvert spørgsmål besvares af alle i afdelingen eller alle som er berørt af forandringen.

For at kunne beregne ændringer i relationel koordinering er der blevet udsendt spørgeskemaer før og efter projekterne. Spørgeskemaet er sendt til alle som indgår og bliver berørt af delprojektet. Dette betyder at nogle medarbejdere uden for afdelingen har modtaget et spørgeskema.

Spørgeskemaet besvares således, at respondenterne skal svare for alle relevante faggrupper. Dvs. i stuegangsprojektet skal spørgsmålet "Kommunikerer følgende faggrupper rettidigt med dig omkring patienter i forbindelse med stuegang?" besvares med hensyn til: Læger, Sygeplejersker, Sosu-assisterer, Sygeplejesekretærer, Lægesekretærer og Bioanalytikere.

Denne spørgeskemametode gør det muligt at beregne, hvordan de forskellige faggrupper vurderes og vurderer hinanden.

Analysen af relationel koordinering

Relationel koordinering er beregnet for før- og eftermålingerne samt ændringer.

I caserapporterne for de specifikke delprojekter er der foretaget yderligere analyser: 1) Relationel koordineringsmatrix, 2) Relationel koordinering for alle faggrupper, 3) Relationel koordinering vurderet af de øvrige faggrupper og 4) Relationel koordinering vurderet af faggruppen selv.

Relationel Koordinering måles på en 5-points skala, hvor 5 er maksimum, 1 er minimum og værdierne af relationel koordinering skal vurderes på følgende måde:

- Indenfor en gruppe 4-4,5 point (Under 4 er svagt, mere end 4,5 er stærkt)
- Mellem arbejdsgrupper 3,5-4 point (Under 3,5 er svagt, mere end 4 er stærkt)
- Mellem organisationer 3-3,5 point (Under 3 er svagt, mere end 3,5 er stærkt)

Betydning af ændringen mellem før- og eftermåling, afgøres af hvorvidt ændringen er statistisk og klinisk signifikant. Statistisk signifikans er beregnet for ændringerne mellem før- og eftermåling, og T-test er anvendt hertil med $p \leq 0,05$.

Klinisk signifikans relaterer sig til følsomheden af den anvendte skala for relationel koordinering. Ændringer i relationel koordinering under 0,2 point vurderes som uændret relationel koordinering, dvs. ikke klinisk signifikante.

Måling af social kapital

Social kapital er målt med følgende fire spørgsmål som dækker dimensionerne tillid og retfærdighed:

1. Kan man stole på de udmeldinger, der kommer fra ledelsen? (tillid)
2. Stoler ledelsen på, at medarbejderne gør et godt stykke arbejde? (tillid)
3. Bliver konflikter løst på en retfærdig måde? (Retfærdighed)
4. Bliver arbejdsopgaverne fordelt på en retfærdig måde? (Retfærdighed)

For alle spørgsmål er svarskalaen den samme:

- 1= I meget høj grad
- 2= I høj grad
- 3= Delvist
- 4= I ringe grad
- 5= I meget ringe grad

Social kapital opgøres som et gennemsnit af alle gennemførte besvarelser for en afdeling og omregnes til en 100 pointskala for at lette sammenligning med den danske kohorte.

Social kapital vides at være afhængig af nærmeste leder, og derfor er normal praksis, at det opgøres på afdelingsniveau. I dette projekt opgøres social kapital for det enkelte projekt, hvilket i enkelte tilfælde medfører at respondenter med forskellige ledere blandes sammen.

Performance- og effektmål

Performance- og effektmål er mål for ændringer i nøgletal for afdelingen. Dette betyder, at performance- og effektmål kan have forskellig karakter, som ikke tillader sammenligning. Eksempler på performance- og effektmål er 1) ventetid på behandling og 2) gennemsnitlig liggetid, som ikke er sammenlignelige.

Performancemål er indsamlet i det omfang, det er muligt, hvilket ikke har været muligt for alle delprojekter.

Overordnet projektmodel

Delprojekterne har været indlejret i en overordnet projektmodel, som har været ledet af en projektgruppe, som repræsenterede Region Nord og Glostrup Hospital. Projektgruppen har rekrutteret delprojekter fra deres respektive hospitaler.

Delprojekterne blev rekrutteret gennem interne netværk og ledermøder, hvor der blev informeret om det overordnede projekt. Interesserede afdelinger blev opfordret til at indsende en kort projektbeskrivelse og på baggrund heraf, blev de deltagende projekter udvalgt.

Delprojekterne er gennemført i tre bølger, hvor en gruppe delprojekter således blev startet op sammen. I hver bølge af projekter var der planlagt en række aktiviteter, som skulle sikre, at delprojekterne blev formuleret, projektansvarligere blev uddannet, og de nødvendige målinger og forskningsaktiviteter blev gennemført.

Aktivitet	Produkt
Projektmøde 1	
Projektmøde 2	Projektbeskrivelse version 0
Dataindsamling til effektmål	Dokumentation af performance på effekt mål før projektet
12-12 workcamp	Projektbeskrivelse version 1
Projektmøde 3	GO for før-måling
Før-måling af Relationel Koordinering	Dokumentation af niveau af relationel koordinering før projektet
Dags workcamp	Projektbeskrivelse version 2
Lederinterview ved DTU	Input til evaluering
Projektmøde 4	Status
Præsentation for UHL	Midtvejsrapportering
Besøg og dokumentation ved DTU	Input til evaluering
Projektmøde 5	Status
Projektmøde 6	Status
Efter-måling af Relationel Koordinering	Input til evaluering
Historieværksted	Input til evaluering
Projektmøde 7	Status
Præsentation for UHL	Slutrapportering

Figur 6: Projektstruktur med aktivitetsplan og tilhørende produkter for delprojekterne (Kilde: Informationsbrev til deltagerne).

Til projektet var knyttet ressourcer i form af projektstøtte fra Region Nord og Glostrup Hospital samt konsulent Bo Vestergaard. Delprojekterne havde mulighed for at trække disse ressourcer i et antal timer til generel sparring. Projekterne har også haft mulighed for at få refusion for anvendte timer for projektledere.

Projekterne har på workcamp været undervist i relationel koordinering, og konsulent Bo Vestergaard har undervist i "Fair Process", en metode til ledelse og samarbejde.

Delprojekterne

14 delprojekter var i betragtning for at deltage. 1 projekt fik udsendt førmåling, men det viste sig efterfølgende at være primært medicinsk forskning og udgik derfor. 2 delprojekter var forsinket og kunne ikke nå at deltage. Således har 11 delprojekter deltaget og gennemført alle evalueringsaktiviteter.

I det følgende beskrives de 11 gennemførte projekter kort ud fra deres formål, forandring og effektmål, såfremt disse foreligger. Beskrivelsen er forkortede udgaver af de enkelte caserapporter, som har været valideret af afdelingerne. Beskrivelserne af formål bygger på skriftligt materiale og interviews med lederne. Beskrivelsen af forandring bygger på historieværkstederne og et væsentligt element i evalueringen af projektets resultater.

Akutklinikken Glostrup

Akutklinikken på Glostrup Hospital har gennemført et projekt, som er en sammenlægning mellem skadestuen og akutmodtagelsen i Medicinsk afdeling M. Projektet skal resultere i én indgang til hospitalet, hvor al triage samles et sted. Ændringen betyder også at Glostrup Hospital ikke længere skulle have selvhenvendelse af patienter om natten fra kl 22 – 7. Akutklinikken har ca. 40 ansatte hovedsageligt sygeplejersker, sekretærer og en læge. Øvrige læger kommer fra afd. M og andre afdelinger.

I projektet implementeres en koordinerende funktion i den nye akutklinik, som skal sørge for overblik og fordeling af ressourcer efter størst behov.

Projektet blev startet op allerede forår 2012 men blev forsinket grundet ombygning og først afsluttet sommer 2013.

Projektet er gennemført som et ledelsesdrevet projekt med et antal arbejdsgrupper bestående af personalet.

Formålet med projektet var at understøtte sammenlægningen ved at skabe et bedre overblik i afdelingen, bedre samarbejde, sikre den rigtige prioritering af patienterne, mindre ventetid og større sammenhæng mellem de forskellige processer i Akutklinikken. Samtidig var ønsket at ensarte arbejdsgangene og patientforløbene for de patientgrupper, der tidligere blev modtaget i både skadestuen og i modtagelsen, og som nu bliver samlet et sted.

Forandring

Akutklinikken på Glostrup Hospital har gennemført et projekt, hvor skadestuen og akutmodtagelsen i Medicinsk afdeling M er blevet lagt sammen. Akutklinikken er i denne forbindelse blevet bygget om, og der er indført nye procedurer for håndtering af patienter.

Målingerne af relationel koordinering viser en meget beskeden fremgang i relationel koordinering for neurologiske patienter til trods for, at niveauet i førmålingen var lavt. Relationel koordinering for medicinske patienter er uændret men generelt højere.

Social kapital ændrer sig betydeligt fra at være langt under det nationale gennemsnit til at være svagt over.

Den kvalitative undersøgelse (historieværkstedet) indikerer, at Akutklinikken har gennemført et omfattende projekt, hvor to afdelinger er lagt sammen. Sammenlægningen har medført betydelige ændringer i samarbejde både mellem og indenfor faggrupperne.

Historieværkstedet viser, at der er implementeret nye procedurer, samt at disse er fastholdt efter projektets afslutning. De nye procedurer, herunder triage, har skabt en fælles forståelse af arbejdet samt et bedre og tættere samarbejde mellem sekretærerne og sygeplejerskerne.

Projektet vurderes at være en succes, fordi det er lykkedes at gennemføre en organisatorisk sammenlægning samt implementere og fastholde nye procedurer. Historieværkstedet viser forbedret samarbejde og øget arbejdsglæde, hvilket understøttes af en betydelig udvikling i social kapital i afdelingen.

Medicinsk Retina, Glostrup

Medicinsk Retina er et ambulatorium med programmer for UVEIT, Steno/Diabetes HS, veneokklusioner, AMD forundersøgelse og AMD behandling samt foto af retina.

Medicinsk Retina består af 2 SOSU ass., 12 sygeplejersker, 8 læger, 2 uddannelseslæger og 3 sekretærer, der deles med forskningsenheden. Ambulatoriet havde 8500 ambulante besøg i 2011.

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

Det overordnede fokus har været at skabe bedre flow for patienten, mindre ventetid og større sammenhæng mellem de forskellige patientforløb/processer i MR.

Projektet skal give overblik fra planlægningsfaserne over patientforløbene til afslutning af behandlingen, samt forbedre den synergi der tilstræbes i at have hele den medicinske behandling samlet i et ambulatorium med de fordele og bindinger det skaber

Forandring

Medicinsk Retina har gennemført et lean-projekt som har kortlagt, analyseret og udviklet patientforløb for Diabetes og UVEIT. Projektets formål har været at øge kvalitet, forbedre koordination og samarbejde og mindske ventetid.

Projektet har resulteret i ændret procedure i afdelingen, og nu behandles særlige diagnosegrupper på særlige dage, hvilket giver ensartet fokus og rytme for personalet. Den væsentligste ændring i samarbejdsrelationerne er sket mellem læger og sygeplejersker. Tidligere forberedte sygeplejerskerne en gruppe patienter til lægerne, og nu arbejder den samme læge og sygeplejerske sammen hele dagen.

Ændringerne har betydet, at kvaliteten er øget, patienter behandles hurtigere og venter mindre.

Performancemål	Før	Mål	Efter	Ændring %
Diabetes - ventetid før patient møder læge (minut)	43	25	23	46,51
Diabetes - Samlet tid for patient på afdelingen (minut)	97	60	73	24,74
Uveit - ventetid før patient møder læge (minut)	33	25	32	3,03
Uveit - Samlet tid for patient på afdelingen (minut)	88	73	63	28,41
Samlet gennemløbstid for patient (uger)	54	6	27	50,00
Servicemål for henvisninger (% sendt indenfor 8dg)	61	100	97	-59,02
Ventetid fra henvisning til 1. konsultation (dage)	80	30	45	43,75

Figur 7: Ændringer for performancemål. Der er sket forbedringer på alle 7 performancemål.

Relationel koordination er ændret i meget begrænset omfang og kun få ændringer er statistisk signifikante. Dog er alle ændringer med undtagelse af SOSU positive.

Den kvalitative undersøgelse (historieværksted), med tre deltagere og observation i afdelingen, giver indtryk af et projekt, som er gennemført med succes.

Ændringen til en læge og en sygeplejerske opleves generelt meget positivt. Det giver bedre samarbejde, og gør det nemmere for personalet at følge patienten. Dette har igen den fordel at patienten oplever at der er styr på behandlingen.

Tavlemøderne opleves som et positivt tiltag, og muliggør at procedurer løbende tilpasses, og der er nu kortere fra ide til implementering.

Projektet vurderes at være en succes, fordi der er opnået forbedringer på de ønskede performancemål. Statistisk er der få stigninger i relationel koordination. Den kvalitative undersøgelse giver et anderledes stærkt indtryk af forbedret samarbejde og relationer i personalegruppen.

Ensartet tilbud til patienter med KOL Medicinsk Center Dronninglund

Medicinsk afdeling M2 i Dronninglund er et sengeafsnit, som bl.a. modtager KOL-patienter. Afdelingen har 19 fuldtidsstillinger fordelt på ca. 25 personer. Afdeling M2 har ca. 1200 til 1400 patientforløb årligt. Afdelingen er organiseret i to teams, som hver har ansvaret for 9 patienter.

Afdeling M2 i Dronninglund har gennemført et projekt, som har til formål at:

- Løfte kvaliteten i behandling af patienter med KOL
- Sikre ensartet evidensbaserede tilbud på Aalborg Sygehus til patienter med KOL
- Optimere samarbejdet med primærsektor omkring patienter med KOL

Samtidig med de nævnte formål ønskes det konkret at øge antallet af spirometrimålinger pr. patient. Det er håbet, at en mere ensartet og evidensbaseret behandling vil medføre forbedret behandlingskvalitet og færre genindlæggelser.

Der er i projektet gennemført en række aktiviteter med det formål at træne personalet i brug af udstyr, samt øge medarbejdernes viden om KOL. Yderligere er der arbejdet på at øge samarbejdet mellem lungemedicinsk afdeling i Dronninglund og på Aalborg Sygehus.

Forandring

Medicinsk afdeling M2 i Dronninglund har gennemført et projekt som indførte nyt udstyr og nye procedure for behandling af patienter med KOL. Projektet har ændret samarbejdet og

flyttet kompetencer 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.

Patienterne behandles nu væsentligt hurtigere, hvilket er vigtigt for den oplevede behandlingskvalitet, hvor en patient med vejrtrækningsbesvær ankommer og ønsker hurtig behandling.

Der forefindes ikke data på udviklingen i antal spirometrier, som nævnt, skyldes dette, at spirometrimålinger ikke blev registreret i perioden primo 2010 til ultimo 2012.

Spørgeskemaundersøgelsen af relationel koordination har betydelig forskel på antal besvarelser fra faggrupperne, og der er kun få statistisk signifikante ændringer.

Relationel koordinations dimensionen kommunikation, vurderet af alle respondenter, er øget væsentligt for SOSU og sygeplejersker. Yderligere har SOSU-gruppen statisk og klinisk signifikante ændringer på tre af fire kommunikationsdimensioner i relationel koordination. For alle disse gælder, at målingerne har ændret sig fra dårlig til god relationel koordination, vurderet af de andre faggrupper.

Den kvalitative undersøgelse (historieværksted), med fire deltagere fra afdelingen, giver indtryk af et velgennemført projekt, som har haft stor effekt. De nye procedurer og udstyr blev brugt systematisk, og der var stor fokus på behandling af KOL-patienterne. Det vurderes, at implementeringen, herunder undervisningsdage, praktisk leg og afprøvning af AIRVO, har haft stor betydning for projektets succes. Undervisningen er sket som en integreret del af dagligdagen, dvs. det har ikke været nødvendigt med ud-af-huset aktiviteter. Den daglige rutine har været opretholdt, samtidig med at personalet har modtaget undervisning.

Ledelsesmæssigt har fokus været rette mod at fastholde de nye procedurer. Konkret er dette gjort ved at diskutere de nye procedurer på personalemøder og lægekonerferencer.

Der kan kvantitativt ikke dokumenteres betydelige ændringer i relationel koordination. Dette tilskrives primært, at det ikke er de samme, som har besvaret før og efter, f.eks. er der 10 læger i første undersøgelse og 1 læge i anden.

Dog er det bemærkelsesværdigt, at SOSU-gruppen er steget betydeligt og signifikant på de tre kommunikationsdimensioner. Det interessante er, at samarbejdet betegnes som godt og uændret før og efter projektet. Historieværkstedet afslører ikke andre betydelige ændringer, og det vurderes derfor, at de nye procedurer, og særligt checklisten, ligger til grund for dette.

KOL-projektet har tydeliggjort læger, sygeplejerskers, SOSU's og fysioterapeuters rolle omkring KOL-patienter. Dette er fastholdt af checklisten, som angiver hvilken procedure, der skal følges. Dermed er den relationelle koordination blevet forbedret, i og med der er større klarhed om faggruppernes opgaver.

Udskrivelsesprocessen Infektionsmedicinsk Afdeling, Aalborg

Infektionsmedicinsk afdeling har 20 senge og i dagvagten 6 sygeplejersker og 6 SOSU samt et antal læger. 98 % af patienterne er akutte. Patienterne er ofte svært syge med f.eks. meningitis, tropesygdomme, HIV og AIDS

Infektionsmedicinsk afdeling er fagligt engageret og deltager løbende i pilotprojekter om f.eks. nye metoder og nyt software.

Infektionsmedicinsk afdeling oplevede før projektet, at patienter som medicinsk var færdigbehandlet, måtte vente på at blive udskrevet på grund af manglende papirarbejde og/eller varsling til kommunen.

Udskrivningsprocessen er kompleks i den forstand, at det kræver information fra og til mange parter, før patienten endeligt kan udskrives. Parterne i udskrivning er pårørende, kommunen, herunder hjemmepleje og hjemmesygepleje, læger og andre faggrupper på hospitalet. Patienter, som udskrives, er lægeligt færdigbehandlet men oftest ikke 100 % rehabiliteret og vil kræve pleje og behandling i hjemmet. Det er derfor tvingende nødvendigt, at parterne som overtager patienten er varslet, har korrekt information og instruktioner.

Udskrivningsprocessen er en tung og ressourcekrævende opgave, som før indførelse af nyt IT var ringe understøttet. Dette var medvirkende til at øge mængden af telefonkommunikation, som vanskeliggøres af forskellige telefontider, optagede telefoner og fravær af kontaktperson.

Det var projektets formål at:

- melde patienter/borgere hjem til rette tid og samtidig at forsøge at undgå at forlænge indlæggelsestiden unødigt.
- øge kvaliteten i dokumentationen af udskrivningsforløbet

Det var erkendelsen i afdelingen, at der var manglende tværfagligt fokus på udskrivelsesforløbet, og at dette kunne være en del af årsagen til forlængende indlæggelser. Konkret skulle projektet forbedre udskrivningsprocessen ved at lave en ensartet struktur for processen og forbedre det tværfaglige samarbejde. Udskrivningsprocessen skulle lettes, så yngre sygeplejersker selvstændigt kunne gennemføre udskrivning af patienter. Dette kunne gøres gennem en procedure eller et skema, som støtter processen.

Forandring

Infektionsmedicinsk afdeling har gennemført et projekt, som har sat udskrivningsprocessen i system ved først at kortlægge alle aktiviteter, som sygeplejerskerne udfører eller koordinerer. Problemer i udskrivningsprocessen er blevet dokumenteret og synliggjort, og en procedure for udskrivningsprocessen blev udarbejdet, hvilket resulterede i en pjece.

Projektet har særligt fokuseret på at inddrage lægerne i udskrivningsprocessen. Dette er sket gennem information, fokus på udskrivelse og ændret morgenkonference.

Måling af relationel koordination viser ikke en signifikant øget relationel koordination mellem læger og sygeplejersker. Historieværkstedet viser dog, at samarbejde og relationer til lægerne omkring udskrivningsprocessen er blevet meget bedre og "lægerne er blevet mere serviceminded". Lægerne er blevet klar over, at alt udskrivningsrelevant skal være i orden inden kl. 12, hvis patienten skal hjem samme dag.

Relationer til det kommunale system, særligt visitatorer, er blevet meget forbedret og mindre ressourcekrævende. Dette skyldes hovedsageligt TSM som betyder at hovedparten af kommunikationen sker elektronisk. TSM sikrer også, at der er enighed på begge sider af sektorgrænsen om, hvad der skal beskrives grundet de foruddefinerede felter i systemet. Relationen har derfor fået mere faglig karakter og "man skal ikke forholde sig til personen".

Den nye strukturerede udskrivningsproces, støttet af TSM og FMK, har medført, at afdelingen nu bruger mindre ressourcer på udskrivning og dermed har kunnet fastholde antal udskrivinger på trods personalereduktion og højere belægningsprocent.

Projektet vurderes som en succes, idet praksis for udskrivning er ændret, og at denne ændring er fastholdt.

Medicinsk stuegang på Ortopædkirurgisk Afdeling, Aalborg

Mange, og især ældre ortopædkirurgiske patienter, har medicinske lidelser ud over deres umiddelbare ortopædkirurgiske problem. Som ortopædkirurgisk patient er det umiddelbare fokus naturligt at løse den akutte ortopædkirurgiske problemstilling, og dermed har der ikke været fokus på patientens medicinske lidelser. Dette har betydet, at nogle patienter har oplevet, at deres medicinske lidelser er kommet ud af kontrol under indlæggelsesforløbet. Dette kan have medført gener, komplikationer og forlænget indlæggelse m.v. og var ønskeligt at undgå.

Det grundlæggende problem har været, at der i en ortopædkirurgisk afdeling ikke var medicinsk specialviden, som tidligt i forløbet observerer og justerer en medicinsk problemstilling under opsejling. Den medicinske problemstilling kunne derfor udvikle sig fra normal og let håndterlig ubalance, til f.eks. akut nyresvigt, hjerteflimren, vand i lungerne o. lign. Handling ville typisk have været at rekvirere medicinsk tilsyn – en procedure som i sig selv kunne være langsommelig og forsinkende.

Forandring

Ortopædkirurgisk Afdeling og Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital har gennemført projekt "Koordinering af samarbejdet omkring medicinske problemstillinger hos ortopædkirurgiske patienter". De to væsentligste ændringer i projektet er:

- 1) Endokrinologer skulle gå stuegang på ortopædkirurgisk afdeling
- 2) Forstuegang med deltagelse af ortopædkirurger og endokrinologer

Projektets formål har været:

- At sikre den ortopædkirurgiske patient med en medicinsk problemstilling et optimalt indlæggelsesforløb, hvor der tages højde for alle facetter i patientens sygdomsbillede
- At skabe gode og bæredygtige samarbejdsrelationer, der vil udfordre normer, kulturer og interesser i to afdelinger og de berørte faggrupper

Projektet har øget den relationelle koordination, og alle signifikante ændringer er positive. Særligt er den relationelle koordination for endokrinologerne steget betydeligt og signifikant. Der skal dog tages forbehold for den lave svarprocent (hhv. 41 % og 44 %), som medfører, at de målte ændringer ikke nødvendigvis er repræsentative for den samlede respondentgruppe.

I projektperioden er antallet af medicinske tilsyn faldet med 63 % dvs. fra 70 til 26 målt i samme tre-måneders periode 2011 og 2012. Faldet i medicinske tilsyn tilskrives primært den medicinske stuegang på ortopædkirurgisk afdeling, som opdager og håndterer de medicinske problemstillinger. Behandlingskvaliteten for medicinske problemstillinger er øget, i den forstand, at de håndteres tidligere i sygdomsforløbet end tidligere. Dette giver mere ro, fordi patienter, pårørende og sygeplejersker opfatter, at de medicinske problemstillinger er under kontrol.

Den øgede medicinske kompetence har medført et generelt kompetenceløft, idet medicinske problemstillinger nu diskuteres løbende, og ortopædpersonalet lærer heraf. På et enkelt område er der dog et kompetencetab, idet kontrol af blodsukker nu helt er overtaget af endokrinologerne, hvilket medfører at ortopæd læger og sygeplejersker ikke bruger denne kompetence længere.

Der er opstået en klar forståelse for hvad hhv. ortopæd og endokrinologer kan bruge hinanden til og hvordan. Dette har givet et stærkt samarbejde til gavn for både patienter og personale.

Stigningen i relationel koordination og det positive samarbejde er ikke fordi enkeltpersoner har udviklet et godt samarbejde. En endokrinolog er kun på ortopædkirurgisk afdeling 2-3 gange om måneden. Strukturen omkring samarbejdet har været afgørende, og særligt den systematiske forstuegang tillægges betydning herfor. Forstuegangen betyder, at der er en ramme og struktur, som understøtter samarbejdet omkring patienter med medicinske problemstillinger.

Projektet vurderes at være en succes, fordi det er lykkedes at implementere medicinsk stuegang på ortopædkirurgisk afdeling og at fastholde denne nye praksis.

Operationsgangen i VRR, Glostrup

Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme (VRR) er Danmarks største reumatologiske funktion og et af Nordeuropas største tværfaglige afdelinger for rygsygdomme med ca. 220 medarbejdere. VRR blev skabt i oktober 2012, da det daværende Videncenter for Rygsygdomme (VR) blev fusioneret med Reumatologi. Det tidligere VR var selv gennem en fusionsproces i 2010, og således har VRR været gennem flere omstruktureringer. VRR samlede aktiviteter fra tidligere Neurokirurgiske Afdeling på Glostrup Hospital og Rigshospitalet, samt ryg-aktiviteten fra Hvidovre og Hørsholm Hospitals ortopædkirurgiske afdelinger.

Projektet har været fokuseret på operationsgangen (OP), som består af ortopædkirurgisk og neurokirurgisk speciale med 22 medarbejdere i plejen og ca. 16-18 læger tilknyttede. Derudover er OP meget afhængige af deres samarbejdspartnere, som består af 3-4 portører, 3-4 fra rengøringspersonalet og ca. 10-15 anæstesiologer fra afd. Y.

Projektet startede primo 2013 og blev afsluttet november 2013. Projektet og workshops blev faciliteret af Afdelingen for HR og Kvalitet, Glostrup Hospital. Projektet har primært anvendt lean-teknikker dvs. kortlægning af processer med efterfølgende identifikation af forbedringer. Et ugentligt kaizen-møde blev implementeret som del af projektet.

Projektets formål har været at optimere afviklingen på operationsgangen. I 2012 var målet 2600 operationer, som skulle øges til 3000 i 2013. Der har inden projektets start været uklarhed i ledelsen, om hvem der reelt styrerede operationsgangen. Traditionelt ligger ledelsen af OP hos anæstesiologerne, men på VRR ligger ledelsen af OP under neurokirurgerne. Dette har bidraget til den ledelsesmæssige uklarhed, hvor både HR og hospitalsledelsen har været i spil for at afklare den ledelsesmæssige situation. Med dette afklaret blev projektet igangsat.

Projektet skulle undersøge udnyttelsen af operationsstuer, fremmøde samt koordinering og bemanding på operationsgangen. Yderligere var det ønsket, at projektet ville skabe en ensartet kultur og praksis for afvikling på operationsgangen. Da VRR er samlet fra forskellige

afdelinger, var der i personalegruppen forskellig kultur og forskellige opfattelser af, hvordan samme procedure og samme operation skulle udføres, helt ned til hvordan patienter skulle lejres ved et givent indgreb.

Personalegruppen har været præget af dårlig koordinering og dårlig kommunikation og dårlig trivsel, som viste sig i en undersøgelse i 2012, hvor 30 % følte sig mobbet.

Forandring

VRR er opstået gennem en sammenlægning af 4 afdelinger og der har inden været forskellige opfattelser af praksis samt forskellige kulturer. Projektet har medført betydelige ændringer i arbejdets organisering og udførelse. Der er blevet indført en teamstruktur som indebærer at det samme team bemande en operationsstue en hel dag. Teamet mødes fast kl. 8.00 (også kirurg) og gennemgår dagens program, hvad skal laves, hvordan og eventuelle forventede problemer.

Teamstrukturen er i og efter projektet blevet fastholdt og respekteres, dvs. alle faggrupper er til stede som aftalt. Teammødet beskrives som et yderst velfungerende tiltag, hvor alle spørgsmål til dagens patienter afklares. Dette har medført, at faggrupperne har en fælles forståelse for dagens opgaver, og dette er en væsentlig faktor i afvikling af programmet.

Sikker kirurgi er blevet implementeret, og der er nu både checkin, timeout og checkud. Sådanne procedurer kan være meget vanskelige at fastholde, fordi enkelte faggrupper ikke opfatter det som relevant og nødvendigt. Men på VRR fastholdes rutinen, og den er blevet meget effektiv. En del af succesen med fastholdelse kan tilskrives, at rutinen er effektiv og tager et eller få minutter, og resten – muligvis hovedparten - må tilskrives et ledelsesmæssigt fokus på at fastholde besluttede tiltag.

Der er indført ugentlige Kaizenmøder, som har været omdrejningspunktet for alle ændringer i afdelingen. Kaizenmøderne er korte fællesmøder, hvor alle er samlet tirsdag fra kl. 8.00 til 8.10. Kaizen-møderne samler, diskuterer og prioriterer forbedringsforslag. Kaizenmøderne lytter til alle, og der er kommet forslag fra alle faggrupper.

Hjælper- og gangfunktion er blevet forbedret, således at operationsstuerne har god support, og teamet ikke behøver at forlade stuerne for at hente udstyr eller andet. Skal man forlade stuen, til f.eks. frokost, er der altid en hjælper til at overtage, og dermed holdes stuerne i gang hele tiden. Dette understøttes af forbedret udnyttelse af telefoner, hvor der er kommet telefoner til alle, således at kommunikation kan ske hurtigt og effektivt til rette vedkommende. Vigtigheden af telefoner bør ses i relation til teamstrukturen, hvor kommunikation i team, til support og leder, nu kan ske direkte.

Relationel koordinering er ikke ændret betydeligt mellem før- og eftermålingen. Kun ganske få ændringer er statistisk signifikante. En del af forklaringen på dette er, at der er få personer i de enkelte faggrupper, og ikke alle har svaret hver gang, dvs. enkeltpersoner kan påvirke målingerne betydeligt.

Historieværkstedet giver indtryk af betydelige forandringer i det daglige arbejde. Det var forventet, at disse forandringer ville vise sig som forbedringer i den relationelle koordinering. Der er, som nævnt, meget begrænsede ændringer i relationel koordinering.

Beskrivelsen af ændringerne efterlader indtryk af en meget positiv udvikling i samarbejde, produktivitet og faglighed.

AMD-klinikken, Aalborg

AMD-klinikken, Øjenafdelingen, Aalborg Universitetshospital behandler patienter med Aldersrelateret Makula Degeration (AMD), som er den hyppigste årsag til blindhed i Danmark. AMD optræder i to former, en våd og en tør med hhv. 15% og 85% af patientpopulationen. Den våde form har kunnet behandles med injektion i øjet siden 2006. For de fleste patienter betyder AMD livslang kontrol og behandling med injektion i øjet.

Dette har medført at AMD-klinikken har oplevet en løbende stigning i antallet af akkumulerede patienter fra 404 patienter i 2008, til 1244 patienter i 2012. Antallet af patienter forventes at stige løbende.

Personalet har naturligvis oplevet et stigende pres i perioden, og der var derfor behov for at udvikle processer og behandlingsmetoder i afdelingen. Dette motiverede projektet, som skulle skaffe plads til flere patienter uden at få tilført øgede ressourcer, samt forbedre logistik for både patienter og organisation, og skabe faglig udvikling.

Overordnet skulle projektet øge kvaliteten. Men dette skulle være både den patientoplevede kvalitet, faglige kvalitet og organisatoriske kvalitet. Behandlingsmæssigt var det ønsket kun at give det nødvendige antal injektioner pr. patient og dermed mindske antallet af besøg i afdelingen. Projektet måtte ikke mindske den allerede eksisterende høje patienttilfredshed og det gode arbejdsmiljø.

Forandring

AMD-klinikken på Aalborg Universitetshospital har gennemført et projekt, som har ændret patientforløb og behandlingsmetode for AMD-patienter. Overordnet er patientforløbet gået fra at være den samme delaktivitet for alle patienter, samme dag til at hele behandlingsforløbet for patienten afsluttes samme dag.

Implementeringen har været en radikal ændring, hvor det hele blev ændret fra den ene dag til den anden. Dette resulterede i, hvad deltagerne i historieværkstedet kaldte, "kaos". Personalet omorganiserede selv processerne, og har efter en række ændringer fået tilpasset det nye koncept til et velfungerende system.

Det nye system er betydeligt mere effektivt og det samme personale behandler nu en tre gange så stor patientbestand. Omlægning af indkaldelse og planlægning af et patientbesøg har medført, at der skrives betydeligt færre indkaldelser. Tidligere var der en indkaldelse pr. besøg, og nu er der kun en indkaldelse til første besøg, hvorefter patienten får næste dato ved endt behandling. Samling af alle aktiviteter på en dag har medført betydeligt færre transporter af patienter.

Målingerne af relationel koordination viser ingen eller meget små ændringer mellem før og eftermåling. Dette er muligvis en konsekvens af, at den første spørgeskemaundersøgelse blev sendt ud, efter at de mest radikale ændringer var sket. De små ændringer står i kontrast til historieværkstedet, som giver indtryk af betydelige forbedringer.

Relationel koordination ligger generelt meget højt, dvs. fra god til meget god i afdelingen. Tilsvarende er social kapital uændret og bedre end det nationale gennemsnit.

Relationel koordination er blevet nævnt og diskuteret af enkelte i personalegruppen, men det er ikke blevet anvendt selvstændigt. Projektet har primært ændret patientforløb og

behandlingsmetoder ud fra et medicinskfagligt og logistisk synspunkt. Dette har været motiverende for personalet, som selv har deltaget i at udvikle og tilpasse processerne.

Historieværkstedet indikerer, at der nu er større fleksibilitet og større respekt mellem faggrupperne.

Samlet set vurderes projektet til at være en succes, idet der er foretaget en organisatorisk forandring, som har resulteret i betydelige forbedringer. Det bemærkes i den forbindelse, at DRG-systemet ikke belønner denne effektivisering – tværtimod. Det reducerede antal patientbesøg har medført en nedgang i DRG-takster.

Bedre forløb for de ventende patienter på Akutmodtagelse, Aalborg

Sygeplejeske i Front eller SIF er et projekt gennemført på Akutmodtagelsen, Aalborg Universitetshospital, som blev startet og implementeret april 2013. SIF er betegnelsen for en ny rolle i Akutmodtagelsen, som skal modtage patienter og være bindeled mellem behandling, patienter og sekretærer.

Der har tidligere været en funktion som venteværelsessygeplejer, som ikke fungerede. Modtagelse og information til ventende patienter er vigtigt, fordi patienter som venter nogle gange vælger at skælde ud, når de ikke kan komme til med det samme. Hvis patienterne føler sig set og hørt, er det forventningen, at relationen til personalet bliver bedre, og færre bliver overfuset.

SIF skal også være bindeled mellem behandlingspersonalet og sekretærerne som sidder i modtageområdet og kende status for patienter i behandling. SIF skal reducere antallet af afbrydelser, hvor sekretær kontakter sygeplejerne for at få information. Dette vil forhåbentligt give mere effektiv tid og bedre arbejdsmiljø.

SIF har en bred funktion og mange opgaver, når patienten modtages.

”SIF skal i samarbejde med sekretæren registrere patienterne der henvender sig. Hun skal tilse og opstarte behandling (is, sm stillende, slynge) og fortælle om ventetid, evt. sende pt hjem i ventetiden.

SIF sygeplejersken skal have arbejdsplads og være i sekretariatet hele tiden. Specielt her i starten er det vigtigt, at hun er i sekretariatet, også hvis der ikke er patienter der skal registreres, da hun kan tage impulsive arbejdsopgaver og forespørgsler, som ellers ville forstyrre sekretæren.”

(Informationsbrev til personalet om SIF, april 2013).

Projektet var ledelsesinitieret, men selve udviklingen og beskrivelsen af SIF samt implementering var styret af en projektgruppe. Inden projektet startede var der blevet udarbejdet funktionsbeskrivelse for SIF med tilhørende actioncard. Der var oprettet en særlig blå telefon til SIF og visitkort til patienter. Yderligere var der indrettet et behandlerhjørne til SIF i sekretariatet.

Afdelingen er i samme periode overgået til at være Fælles Akutmodtagelse (FAM), hvilket har medført nye regler, procedure og flere patienter. Implementering af IT-systemer i relation til FAM har ikke bidraget til at lette arbejdsbyrderne. I forhold til før FAM, skal der efter FAM dokumenteres mere, og det i systemer som er meget langsomme at anvende.

Forandring

Akutmodtagelsen, Aalborg Universitetshospital har gennemført et projekt med det formål at implementere en ny rolle, en såkaldt Sygeplejerske i Front SIF. SIF skal møde patienten, når denne ankommer, og foretage en hurtig faglig vurdering af patienten. SIF skal være bindeled mellem de ventende patienter og behandlerne, således at ventende patienter ved, hvornår de kan forvente at blive behandlet.

Målingen af relationel koordination og social kapital viser en tilbagegang for begge. Dette understøttes af historieværkstedet.

Ideen med SIF er god og burde give en bedre arbejdssituation for både sekretærer og sygeplejersker. Men i praksis er SIF den første funktion/rolle, som fjernes, hvis der mangler ressourcer som følge af sygdom eller høj belastning.

Dette er problematisk, da rutiner og procedurer er lavet om til at anvende SIF. Når SIF ikke bemandes, er der en række opgaver, som skal varetages, der ikke har faste roller. Dette giver uklarheder i afviklingen og belaster de øvrige funktioner. SIF får dermed ikke den forventede effekt. Når der er lav belastning, er der mulighed for at bemane SIF men ikke behov. Når der høj belastning er der ikke mulighed for at bemane SIF men stort behov. Implementering af SIF og manglende prioritering af SIF forstærker problemerne i pressede situationer. Når SIF ikke er der, ved sekretærene ikke hvad der sker og bliver nød til at ringe ofte, hvilket tager tid fra behandling og skaber irritation hos behandlerne.

Afdelingen har samtidig med implementering af SIF overgået fra at være gammeldags skadestue til at være fælles akutmodtagelse FAM. På baggrund af historieværkstedet forekommer det, at overgangen til FAM med tilhørende regler, bærer hovedansvaret for tilbagegang i relationel koordination og social kapital. Særligt regler som ændrer arbejdsopgaverne forøger fagopdelingen mellem sygeplejer og sekretær, er problematiske i denne henseende.

Overgangen til FAM har også medført en øget patientmasse, idet alle patienter skal gennem FAM. Der er ikke blevet tilført ressourcer til afdelingen.

Implementeringen af IT-systemer i relation til FAM har ikke lettet arbejdet for de ansatte. Alt skal nu dokumenteres helt ned til et plaster til patienten. Systemerne er langsomme, hvilket medfører, at personalet enten ikke kan nå at registrere eller er nød til at gøre det senere.

SIF var en god ide, og den vil også kunne virke efter hensigten. Men SIF prioriteres ikke i dagligdagen, og kun når der er rigeligt med ressourcer, bruges SIF.

Geriatrisk Afdeling, Aalborg

Geriatrisk sengeafsnit er en ung afdeling som blev genopstartet i 2009. Geriatrisk sengeafsnit har 16 senge og 22 personer i plejegruppen i 3-holdsskift, dvs. i dagvagten møder 6 personer plus leder og studerende. Personalet består af sygeplejersker, sekretær, SOSU'er, fysioterapeuter, ergoterapeuter og læger.

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 kræver derfor en del observation at udrede.

Udskrivning for denne patientgruppe er kompleks og ressourcekrævende, idet mange patienter udskrives med et andet, og ofte lavere, funktionsniveau end ved indlæggelse. Mange

patienter har sociale problemer, kan ikke pleje sig selv og behandling /udskrivning kræver derfor betydelig koordinering med særligt pårørende, hjemmehjælp og hjemmesygepleje.

Som ung afdeling har Geriatrisk sengeafsnit arbejdet med at finde sin form og organisering. Der har tidligere været arbejdet med teams, og at være del af dette projekt gav afdelingen mulighed for at arbejde videre med teamstruktur og få gavn af de ressourcer som projektet stillede til rådighed.

Projektets fokus var at udvikle mobilisering, træning og aktivitet som en tværfaglig arbejdsform i afdelingen. Afdelingen har derfor arbejdet med at afklare, hvad mobilisering, træning og aktivitet betyder for de enkelte faggrupper, og hvordan man organiserer arbejde og behandling omkring dette.

Projektet er gennemført som et tværfagligt udviklingsprojekt, hvor en projektgruppe bestående af 2 fra plejepersonalet, 1 læge og 2 terapeuter, har arbejdet med at udvikle:

- 1) En patientmappe som indeholder de væsentligste oplysninger om patientens funktionsniveau, og hvordan denne mobiliseres bedst
- 2) Informationsmateriale til patient og pårørende
- 3) Tværfaglig patientkonference på patientens 3. hverdag i afdelingen
- 4) Spørgeskema til patient og pårørende

Projektets konkrete mål har været at:

- Forbedre kommunikation omkring mobilisering, træning og aktivitet
- Aktivere pårørende

Forandring

Geriatrisk sengeafsnit, Aalborg Universitetshospital, har gennemført et organisatorisk udviklingsprojekt for at udvikle mobilisering, træning og aktivitet som en tværfaglig arbejdsform.

Historieværkstedet giver indtryk af, at alle projektets mål til fulde er blevet opfyldt. Patientmappen er et aktivt redskab, som benyttes og vedligeholdes. Patientmappen er et effektivt redskab til at videregive væsentlig information mellem faggrupper og pårørende vedrørende træning og mobilisering. Det betyder, at en afløser umiddelbart kan mobilisere en patient på den rigtige måde uden at skulle konsultere en kollega. Dette fremmer effektivitet og mindsker afbrydelser af det øvrige personale.

Morgenmødet og den tværfaglige patientkonference forekommer at være meget væsentlige ændringer. Tidligere patientkonferencer blev beskrevet som spild af tid. Men, den tværfaglige patientkonference er et stærkt redskab, hvor alle faggrupper er med, og alle bliver hørt. Sætningen "alle bliver hørt" nævnes adskillige gange og synes at være kernen i den ændring som er sket i afdelingen. Det er startet som en strukturel ændring gennem ændret morgenmøde og tværfaglig patientkonference, og er siden blevet en kulturel ændring. Dette medfører gensidig respekt mellem faggrupperne, fordi faggrupperne på møderne netop oplever, at deres faglige input har betydning for den samlede behandling af patienterne.

Spørgeskemaet til patienter og pårørende tjener to formål. For det første indsamler det alle de relevante oplysninger om patienten, som alle faggrupper har brug for til behandling og påbegyndelse af udskrivning. For det andet er det en synlig del af et behandlingsforløb, som patienter og særligt pårørende kan forholde sig til. Dermed undgår afdelingen en mængde

spørgsmål om behandling og prognose, inden denne viden er etableret. Det skaber en trykramme omkring patient og pårørende.

Med til dette hører at afdelingen er blevet meget mere disciplinerede omkring overholdelse af møder og varighed af møder. Møder har nu kort og afmålt tidsrum, som skal overholdes. Dette har bl.a. været drevet af respekt for patienter og pårørende, som tager fri fra arbejde for at deltage i den tværfaglige patientkonference. Dermed bliver det utænkeligt at aflyse.

Målingerne af relationel koordination har fokuseret på træning, aktivitet og mobilisering. Mobilisering scorer højere end de øvrige, og det forekommer at være fordi netop mobilisering er en kerneopgave, som diskuteres på møder og beskrives i patientmappen. Således er mobilisering mere i fokus, og faggrupperne vurderer hinanden bedre.

Generelt er relationel koordination steget svagt i afdelingen. Særligt lægerne er steget i relationel koordination, men lægerne havde det laveste niveau fra start. Der er en asymmetri i den relationelle koordination mellem læger og de øvrige faggrupper, således at lægerne vurderer de andre højere, end de selv bliver vurderet. Dette indikerer, at lægerne har overblik over de andre faggruppers arbejde, sandsynligvis fordi lægerne er definerende for behandlingsforløbet. I en afdeling med så meget fokus på teamwork bør denne asymmetri mindskes, hvilket kan ske ved at lægerne generelt informerer mere om deres arbejde.

På baggrund af de betydelige ændringer som er sket i afdelingen, er det opfattelsen, at der er sket væsentlige ændringer i relationerne. Disse ændringer afspejles ikke tydeligt i målingerne af relationel koordination, og større positive ændringer var forventet.

Interessant er det, at de tre målinger af relationel koordination er forskellige, og at denne forskel er afspejlet i historieværkstedet. Mobilisering er et tema, som nævnes, mens aktivitet og træning ikke nævnes. Dette indikerer, at måling af relationel koordination er meget sensitivt overfor den genstand eller proces, som måles.

Geriatrisk afdelings sociale kapital er steget en anelse og er på niveau med det nationale gennemsnit, dvs. udmærket og giver ikke anledning til bemærkninger.

Konkluderende er det vurderingen, at Geriatrisk afdeling har gennemført et projekt, som har implementeret en ny morgenmødestruktur og en tværfaglig patientkonference. Dette har haft positiv effekt på behandlingen af patienter samt faggruppernes respekt for hinanden og medarbejdernes oplevelse af deres arbejde.

Hovedpinecenteret og neurologisk sengeafsnit, Glostrup

Dansk hovedpinecenter og sengeafdeling N38 har gennemført et fælles projekt vedrørende samarbejdet omkring patienter med medicinoverforbrugshovedpine (MOH). MOH patienter gennemgår et 8 ugers medicinsaneringsforløb, hvor de bliver indlagt de første 2 uger. I forløbet gennemgår patienterne en tværfaglig intensiv behandling, som involverer læger, sygeplejersker, psykologer, fysioterapeuter, lægesekretær, plejepersonale, psykiater og patienter. MOH-patienter følger et fast behandlingsforløb

I de første to uger af forløbet "bor" patienterne på N38, som har 6 senge til dette, og behandles på hovedpinecentret.

Behandlingen af MOH-patienter er organiseret i faste forløb, men patienterne har vidt forskellige behandlingsbehov, og individuel tilpasning af behandlingsforløb er nødvendigt for at få tilstrækkelig effekt. Dette kræver betydelig koordinering og deling af viden mellem

hovedpinecentret og N38, fordi de to afdelinger ser hver sin side af patienten, og den bedste behandling opnås, hvis begge sider inkluderes i behandlingsteamets overvejelser.

Inden projektet tilkendegav patienter, at de ikke altid oplevede, at patientforløbet var et "forløb". Koordination mellem hovedpinecentret og N38 fejlede og kom eksempelvis til udtryk ved, at N38 sendte patienter afsted til behandling, som var aflyst, eller hovedpinecentret henviste til ydelser på N38, som ikke eksisterede.

Projektet er gennemført som et IPLS (interprofessionel læring og samarbejder) projekt og er faciliteret af Glostrup Hospital HR & Kvalitet. IPLS er en tilgang og en metode, som Glostrup Hospital bruger til udvikling af patientforløb, samarbejdsrelationer, organisationsudvikling m.v., med fokus på læring og patientinddragelse.

IPLS og relationel koordinering er nært beslægtede i den forstand, at IPLS er en systematisk tilgang til udvikling af samarbejde. Relationel koordinering har ikke et metodeapparat til at udvikle relationel koordinering.

Projektets mål har været:

- Samarbejde og koordinering mellem faggrupperne og afsnittene.
- Frontlinjepersonalets oplevelse af håndtering af ændringer i forløbet
- Bedre at kunne skabe bro mellem seancerne
- Øge medarbejdertilfredsheden (trivsel)
- Kompetenceløfte den enkelte

Herigennem

- Øge den samlede kvalitet i forløbet og måske graden af saneringssucces på lang sigt og forebygge genindlæggelser
- Øge patienttilfredsheden

Forandring

Danske Hovedpinecentre og N38 har gennemført et projekt om samarbejdet om patienter med medicinoverforbrugshovedpine (MOH).

Spørgeskemaundersøgelserne viser for det første, at relationel koordinering var høj allerede inden projektet. For det andet viser undersøgelsen en betydelig stigning i relationel koordinering, som for nogle af dimensionerne er meget høje i eftermålingerne.

Social kapital var meget høj i både før- og eftermålingerne, hvilket indikerer et godt socialt miljø og god ledelse. Høj social kapital er yderligere en indikation på, at organisatoriske forandringer relativt let kan gennemføres, fordi der er tillid mellem de ansatte.

Historieværkstedet indikerer, at der er sket betydelige ændringer i samarbejdet mellem N38 og DHC. Personalet fra N38 indledte historieværkstedet med at forklare, at der ikke var sket ændringer i deres arbejde. Det viste sig dog gennem historieværkstedet, at der var sket mange ændringer i samarbejdet mellem N38 og DHC.

Projektet har affødt bedre procedure for samarbejde og koordinering, som både er indlejret i strukturer såsom dagsorden for møder, men også personalets handling. Det er efter projektet normalt at meddele ændringer i pleje eller behandling mellem DHC og N38.

Målingerne af relationel koordination viser en betydelig stigning i den fælles forståelse. Dette antages at være en direkte konsekvens af projektet, som netop har arbejdet med patientforløbet, og hvad der sker på hhv. DHC og N38.

Visitationsmøderne har ændret sig således at N38 burde blive hørt. Det forekommer dog, at denne proces udviser stor personafhængig variation. Dette kommer til udtryk ved, at N38 ikke altid føler sig hørt. Dette kan være personafhængigt for både N38 og DHC og indikerer, at der er behov for yderligere struktur på møderne.

Generelt opfattes projektet som en succes, fordi både spørgeskemaundersøgelserne og historieværkstedet viser, at projektet har haft stor effekt på samarbejdet mellem DHC og N38. Procedure og samarbejdsrelationer er ændret til det bedre. Dette udtrykkes bedst gennem historieværkstedet, hvor der var enighed om, at der var sket et skift fra "dem og os" til vi om samarbejdet mellem N38 og DHC.

Stuegangsprojektet på Kardiologisk sengeafsnit, Glostrup

Akut Kardiologisk Afsnit M-31 har 20 senge og et højt flow af patienter. Afdelingen behandler ca. 2500 patienter/år med en gennemsnitlig liggetid på 2.8 døgn. Patienter kommer ind med mistanke om hjerterelaterede problemer og skal hurtigt udredes. Dette betyder at afdelingen laver rigtigt mange undersøgelser f.eks. blodprøver, EKG, ekkokardiogram mv.

Afdelingen havde tidligere organiseret stuegang som en undersøgende / behandlende stuegang. Afdelingen oplevede at stuegangen strakte sig over unødvendigt meget af dagen og optog hele dagen. Arbejdet i afdelingen var præget af mange forstyrrelser og afbrydelser i hverdagen med tilhørende frustration. For patienter og pårørende betød dette meget ventetid.

Projektet var organiseret som en projektgruppe, hvori afdelingsledelsen indgik og en arbejdsgruppe med deltagelse af personale. Projektet blev gennemført med støtte fra afdelingen for HR & Kvalitet, bl.a. forestod en kortlægning af stuegangen på M31.

Projektets mål var at:

- Udvikle en effektiv stuegang på M31
- Skabe klare og mere ensartede rammer for afviklingen af stuegangen for alle faggrupper
- Opfylde kravene til den Danske Kvalitetsmodel
- Udvikle stuegang, der er præget af:
 - klare arbejdsgange
 - godt samarbejde
 - bedre kompetenceudnyttelse hos personalet
 - bedre udnyttelse af IT

Forandring

Akut Kardiologisk Afsnit M-31 har gennemført et omfattende projekt, som har ændret organiseringen af stuegangen. Ændringen i stuegang er sket samtidig med ændring i sygeplejeformen.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at relationel koordinering vurderet af alle har en svag fremgang i relationel koordinering, således at eftermålingen vurderes som god (>3,5). Relationel koordinering vurderet af faggrupperne selv går meget frem og vurderes som god i eftermålingen. Relationel koordinering vurderet af andre faggrupper er lave i både før- og eftermålingen.

Læger, sygeplejersker og sygeplejeseekretær har generelt fremgang i relationel koordinering i projektet. SOSU, sekretærer og bioanalytikere går tilbage. På baggrund af historieværkstedet vurderes dette at skyldes stuegangsprojektets fokus, som netop har været på læger, sygeplejersker og sygeplejeseekretær. Der har yderligere været projekt om udvikling og ændring af sygeplejen som forstærker dette.

Historieværkstedet indikerer, at der er sket betydelige ændringer i arbejdet i afdelingen. Ændringen i stuegang har medført mere struktur, og der er kommet faste rammer for, hvad de enkelte faggrupper skal lave. I forbindelse med stuegangsprojektet er der indført tavlemøde hver morgen.

Tavlemødet skal holdes fra kl 9.00 til kl 9.15, og det er hensigten med tavlemødet at få et overblik over patienter, personale og opgaver. Tavlemødet skal fungere som en forstuegang, der på overordnet niveau kan fokusere indsatsen for læger og plejepersonale ud fra den tilgængelige information.

Tavlemødet holder dog ikke altid den berammede tid og har udviklet sig i en anden retning end oprindeligt planlagt. For mange detaljer diskuteres, og enkelte læger benytter tavlemødet som arena for at overhøre plejepersonalet, med negative konsekvenser for engagement. Som prioriteringsfunktion er tavlemødet velfungerende og bidrager til at aflaste bagvagten.

Projektet har medført, at der er lavet flere skrivepladser, hvilket øger fleksibiliteten, når der skal skrives notater.

Overordnet kan det konkluderes, at Akut Kardiologisk Afsnit M-31 har gennemført et omfattende projekt, som har ændret organiseringen og samarbejdet omkring stuegangen. Historieværkstedet indikerer betydelige ændringer i samarbejde og relationer som følge af projektet.

Måling af relationel koordinering

Der er i projektet gennemført målinger af relationel koordinering på 14 processer, fordelt på 11 afdelinger. På Glostrup Hospital er der gennemført 6 målinger på 5 afdelinger. I Region Nord er der gennemført 8 målinger på 5 afdelinger.

Svarprocenter

Følgende tabel giver overblik over antal respondenter som har gennemført spørgeskemaundersøgelsen med tilhørende svarprocent for hhv. før- og eftermålingerne. Spørgeskemaerne er udsendt til personalet og der er spurgt til en eller flere processer. F.eks. har spørgeskemaet til Glostrup Akutklinik spurgt til processen for både medicinske og neurologiske patienter. Opgørelsen over svarprocenter indeholder derfor kun afdelingsnavne og ikke de enkelte processer.

Afdeling	Respondenter			
	Før antal	Før %	Efter antal	Efter %
Glostrup Akutklinik medicinske pt	26	38%	35	38%
Glostrup Medicinsk Retina	23	72%	14	58%
Dronninglund KOL	21	60%	21	60%
Aalborg Infektionsmedicinsk	35	73%	31	69%
Aalborg Ortopædkir	74	41%	80	44%
Glostrup VRR	49	43%	49	49%
Aalborg, AMD-klinikken	35	90%	29	83%
Aalborg Akutklinik	52	68%	42	68%
Aalborg Geriatrisk Aktivitet	22	58%	23	72%
Glostrup Neurologisk	22	67%	23	64%
Glostrup Kardiologisk	21	62%	19	58%
Total	389	54%	366	51%
Gennemsnit		59%		60%
Minimum		38%		38%
Maksimum		90%		83%

389 personer har gennemført spørgeskemaundersøgelserne i førmålingen og 366 personer i eftermålingerne. Svarprocenterne svinger fra 38 % til 90 % med et gennemsnit på ca. 60 %

Ændring i relationel koordinering

Relationel koordinering er målt med Gittells spørgeskema som beskrevet i metodekapitlet. Relationel koordinering beregnes som en samlet score for den målte proces. God relationel koordinering mellem faggrupper i samme afdeling er 3,5 – 4 point.

Afdeling	RC vurderet af alle		
	Før	Efter	Ændring
Glostrup Akutklinik medicinske pt	3,39	3,42	0,03
Glostrup Akutklinik neurologiske pt	3,02	3,09	0,07
Glostrup Medicinsk Retina	3,49	3,48	-0,01
Dronninglund KOL	3,54	3,67	0,14
Aalborg Infektionsmedicinsk	3,48	3,68	0,20
Aalborg Ortopædkir	3,19	3,35	0,16
Glostrup VRR	3,00	3,14	0,14
Aalborg, AMD-klinikken	3,91	3,98	0,07
Aalborg Akutklinik	3,44	3,35	-0,10
Aalborg Geriatrisk Aktivitet	3,27	3,40	0,13
Aalborg Geriatrisk mobilisering	3,68	3,71	0,03
Aalborg Geriatrisk træning	3,58	3,68	0,11
Glostrup Neurologisk	3,84	4,15	0,31
Glostrup Kardiologisk	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

Figur 8 Relationel koordinering vurderet af alle faggrupper for hver case. Før og efterværdier under 3,5 er farvet rødt og værdier over 4 point er farvet grønt. Ændringer mindre <0 er farvet rødt og ændringer >0 er farvet grønt.

Der er gennemført målinger på 14 processer. 7 af målingerne havde ringe relationel koordinering (>3,5) både før og efter projektet. 4 projekter havde god relationel koordinering før og efter projektet. Et projekt havde ringe relationel koordinering før og god efter og et projekt havde god relationel koordinering og meget god efter. Ingen af ændringerne er statistisk signifikante (T-test).

Ændringerne i relationel koordinering er generelt beskedne. 12 processer har fremgang i relationel koordinering, og 2 processer har tilbagegang.

Gennemsnittet for alle processer stiger med 0,1 point fra 3,45 til 3,55 point og vurderes dermed som god relationel koordinering.

Sammenfattende har 6 processer ændringer på mindre end 0,1 point. 6 processer har ændringer på mere end 0,1 point og mindre end 0,2 point, og 2 processer har ændringer, som er større end 0,2 point.

Ændring i social kapital

Social kapital er målt som del af spørgeskemaet med 4 spørgsmål, som beskrevet i metodekapitlet.

Social kapital er opgjort for hvert af de 11 projekter uden hensyn til eventuelle organisatoriske skel. Social kapital er også opgjort med samme 5-pointsskala som relationel koordinering. Der er dog ikke evidens for, at de to skalaer er sammenlignelige, altså at f.eks. et point i omregnet social kapital modsvares af et point i relationel koordinering.

Dette til trods er det interessant at forsøge at sammenligne de to begreber.

Afdeling	Social kapital			Social kapital - RCskala		
	før	Efter	Ændring	før	Efter	Ændring
Glostrup Akutklinik	55,73	67,68	11,95	3,23	3,71	0,48
Glostrup Medicinsk Retina	63,02	67,08	4,06	3,52	3,68	0,16
Dronninglund KOL	64,13	69,89	5,76	3,57	3,80	0,23
Aalborg Infektionsmedicinsk	63,02	67,08	4,06	3,52	3,68	0,16
Aalborg Ortopædkir	57,48	55,85	-1,63	3,30	3,23	-0,07
Glostrup VRR	72,54	67,97	-4,57	3,90	3,72	-0,18
Aalborg, AMD-klinikken	66,43	68,3	1,87	3,66	3,73	0,07
Aalborg Akutklinik	68,63	63,11	-5,52	3,75	3,52	-0,22
Aalborg Geriatrik	61,64	64,4	2,76	3,47	3,58	0,11
Glostrup Neurologisk	70,92	73,21	2,29	3,84	3,93	0,09
Glostrup Kardiologisk	64,47	66,12	1,65	3,58	3,64	0,07
Gennemsnit	64,36	66,43	2,06	3,57	3,66	0,08
Standardafvigelse	5,15	4,40	4,85	0,21	0,18	0,19
Varians	24,12	17,58	21,39	0,04	0,03	0,03
Minimum	55,73	55,85	-5,52	3,23	3,23	-0,22
Maksimum	72,54	73,21	11,95	3,90	3,93	0,48
Range	16,81	17,36	17,47	0,67	0,69	0,70

Figur 9: Ændringer i social kapital for de enkelte afdelinger. For før og efter er der farvet rød og grøn for niveau som ligger hhv. under og over den nationale kohorte. Tabellen "Social kapital - RCskala" viser social kapital omregnet til samme pointskala som relationel koordinering for at muliggøre sammenligning.

Social kapital ændrer sig klinisk signifikant hvis ændringen er 5 point eller mere, hvilket svarer til signifikanskriteriet på 0,2 point for relationel koordinering.

Ud fra dette kriterium ses at 3 projekter har klinisk signifikante ændringer i social kapital, et negativt og to positivt.

Sammenligning af relationel koordinering og social kapital

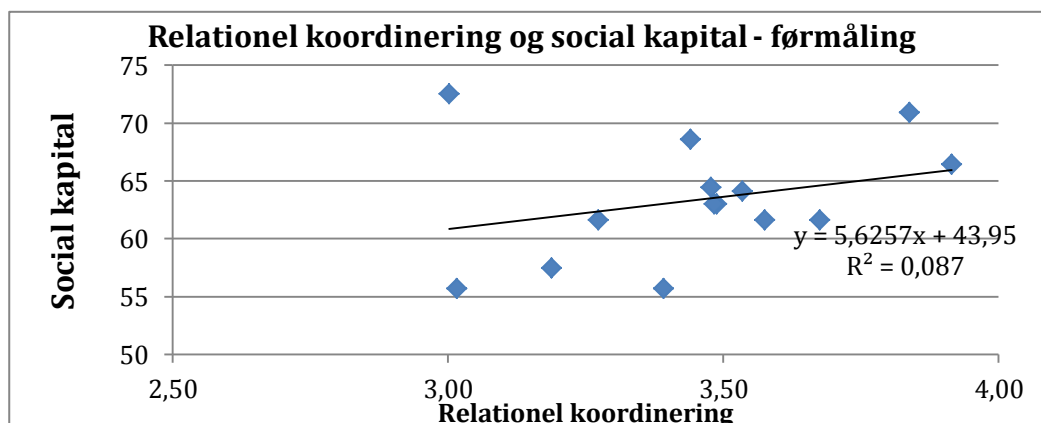
Det er relevant og interessant at sammenligne relationel koordinering og social kapital på baggrund af de indsamlede data. En sådan sammenligning vil give indsigt i, hvorvidt de to begreber fanger samme fænomen. Som nævnt skal omregningen tages med forbehold da de to skalaer er forskellige og ikke nødvendigvis opfører sig på samme måde. Figur 10 viser tabeller for relationel koordinering og social kapital, som dermed umiddelbart kan sammenlignes.

Afdeling	RC vurderet af alle			Social kapital - Rcskala		
	Før	Efter	Ændring	før	Efter	Ændring
Glostrup Akutklinik medicinske pt	3,39	3,42	0,03	3,23	3,71	0,48
Glostrup Akutklinik neurologiske pt	3,02	3,09	0,08	3,23	3,71	0,48
Glostrup Medicinsk Retina	3,49	3,48	0,00	3,52	3,68	0,16
Dronninglund KOL	3,54	3,67	0,14	3,57	3,80	0,23
Aalborg Infektionsmedicinsk	3,48	3,68	0,20	3,52	3,68	0,16
Aalborg Ortopædkir	3,19	3,35	0,16	3,30	3,23	-0,07
Glostrup VRR	3,00	3,14	0,14	3,90	3,72	-0,18
Aalborg, AMD-klinikken	3,91	3,98	0,07	3,66	3,73	0,07
Aalborg Akutklinik	3,44	3,35	-0,10	3,75	3,52	-0,22
Aalborg Geriatrisk Aktivitet	3,27	3,40	0,13	3,47	3,58	0,11
Aalborg Geriatrisk mobilisering	3,68	3,71	0,03	3,47	3,58	0,11
Aalborg Geriatrisk træning	3,58	3,68	0,11	3,47	3,58	0,11
Glostrup Neurologisk	3,84	4,15	0,31	3,84	3,93	0,09
Glostrup Kardiologisk	3,48	3,52	0,05	3,58	3,64	0,07
Gennemsnit	3,45	3,55	0,10	3,53	3,65	0,11
Standardafvigelse	0,27	0,29	0,10	0,20	0,16	0,20
Varians	0,07	0,08	0,01	0,04	0,02	0,04
Minimum	3,00	3,09	-0,10	3,23	3,23	-0,22
Maksimum	3,91	4,15	0,31	3,90	3,93	0,48
Range	0,91	1,06	0,40	0,67	0,69	0,70

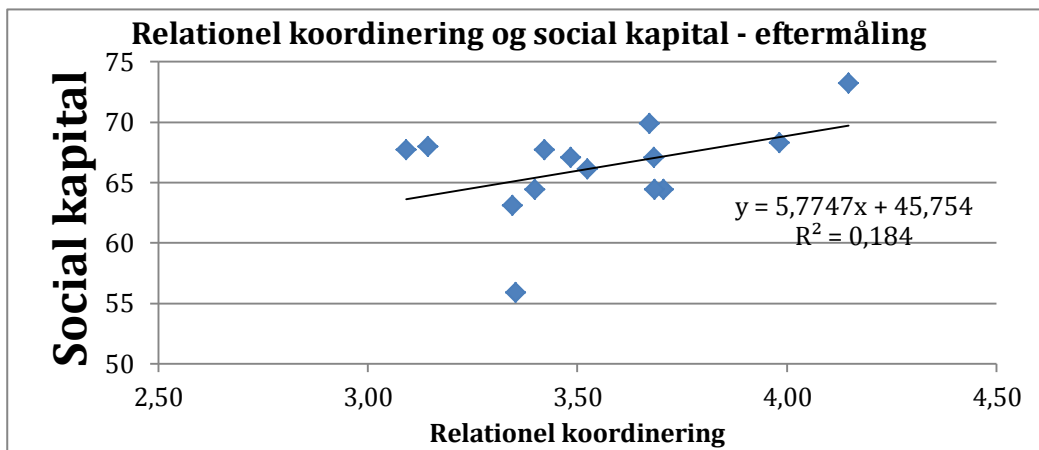
Figur 10: Relationel koordinering og social kapital omregnet til RC-skala for at tillade sammenligning.

Det ses at social kapital varierer mere end relationel koordinering. Den maksimale ændring er 0,48 for social kapital mod 0,31 for relationel koordinering. Tabellen viser også, at der er to tilfælde, hvor relationel koordinering og social kapital bevæger sig i forskellig retning. Dette er en stærk indikation på, at de måler forskellige fænomener.

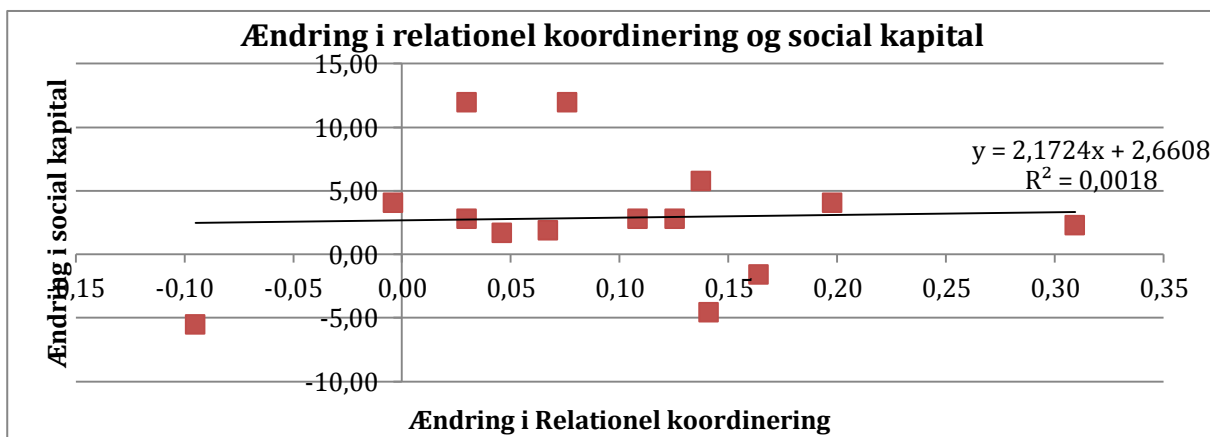
For at undersøge om relationel koordinering og social kapital fanger samme fænomen (korrelation), er før- og eftermålingerne samt ændringerne plottet mod hinanden i de følgende tre figurer.



Figur 11: Relationel koordinering plottet mod social kapital for førmålingen.



Figur 12: Relationel koordinering plottet mod social kapital for eftermålingen.



Figur 13: Relationel koordinering plottet mod social kapital for ændringerne.

Førmålingen og ændringerne viser ingen korrelation, og eftermålingen viser en meget svag korrelation. Samlet er korrelationen i eftermålingen for svag, og det konkluderes at der ikke er korrelation mellem relationel koordinering og social kapital. Social kapital og relationel koordinering fanger dermed forskellige fænomener.

er korrelation mellem relationel koordinering og social kapital.

Evaluering

Formålet med evalueringen var at undersøge om projektet er lykkedes med at nå sine formulerede mål:

- En stigning i den relationelle koordinering i delprojekterne på min. ½ point i gennemsnit målt via Gittells RC-index
- Registrering, kortlægning og dokumentation af de metoder og processer, som viser sig effektive i fht. at øge den relationelle koordinering i delprojekterne.

Den gennemsnitlige stigning i relationel koordinering for alle processer er 0,1 point og dermed mindre end det erklærede mål for projektet på 0,5 point. Den største målte ændring for en enkelt proces er på 0,31 point, og dermed opnår ingen af processerne projektets mål på 0,5 point.

Evalueringen har registreret de metoder og processer, som er blevet ændret i projekterne. Delprojekterne har alle fulgt den overordnede projektmodel som vist i figur 6 på side 15. Dermed har delprojekterne i et vist omfang også benyttet den interventionsmodel, som blev skitseret i projektbeskrivelsen:

1. Anvend procesforbedringer som udgangspunkt for dybere ændringer.
2. Stil coaching og træning til rådighed for at bygge nye mønstre i den relationelle koordinering, der baserer sig på fælles mål, delt viden og gensidig respekt.
3. Redesign organisatorisk praksis, så den støtter de nye relationelle mønstre – ellers vil man gå tilbage til de gamle mønstre, som man forsøger at ændre.

Interventionsmodellen vurderes kun at have været brugt i et vist omfang fordi delprojekterne nok har anvendt procesforbedringer som udgangspunkt. Men, det er dog vanskeligt at vurdere, om det har været som udgangspunkt for dybere ændringer, blandt andet fordi begrebet dybe ændringer er uklart. En række af delprojekterne, såsom Medicinsk Retina Glostrup og AMD-klinikken Aalborg, har gennemført ændringer, som fundamentalt har lavet om på afdelingernes organisering, planlægning og samarbejde. Dette opfattes umiddelbart som dybe ændringer. Dybe ændringer kan dog også være grundlæggende ændringer i kultur og holdning. Andre afdelinger har også lavet betydelige ændringer, men det kan ikke vurderes, om de bør kategoriseres som dybe.

Der har været stillet coaching til rådighed til lederne af delprojekterne. Ingen historieværksteder indikerer, at der er brugt træning og coaching til udvikling af nye mønstre i den relationelle koordinering. Relationel koordinering eller begreberne som er relateret til relationel koordinering kan ikke genfindes i historieværkstederne, hvilket indikerer, at begreberne ikke har været brugt eksplicit i personalegrupperne.

Alle delprojekterne har redesignet den organisatoriske praksis, men evalueringen kan ikke finde belæg, for at det er gjort for at støtte nye relationelle mønstre. Den modsatte sammenhæng forekommer at være observeret i delprojekterne: Processerne er blevet redesignet ud fra procesoptimeringsperspektiv, som f.eks. lean, og derigennem er nye relationelle mønstre opstået.

Delprojekter har anvendt forskellige metoder til at gennemføre deres forandring (se Figur 14). Nogle projekter har anvendt Lean som metode, dvs. værdistrømsanalyse og

udvikling/implementering af nye og forbedrede processer. Dette har været fulgt op af løbende forbedring i form af tavlemøder. Andre projekter har gennemført en kortlægning af aktiviteter men ikke ud fra en lean-tankegang, dvs. eksplicit fokus på spild.

Afdeling	Metode/ændring
Glostrup FAM medicinske	Sammenlægning og implementering af nye processer. Nye processer er dikteret af regionen dvs. overgang til FAM
Glostrup Medicinsk Retina	Lean og tavlemøder
Dronninglund KOL	Faglig udvikling og undervisning. Implementering af struktureret procedure for KOL patienter
Aal Infektionsmedicinsk	Kortlægning af alle aktiviteter og implementering af ny proces
Aal Ortopædkir	Implementering af struktureret lægemøde og medicinsk stuegang
VRR, Glostrup	Lean og tavlemøder
AMD-klinikken, Aalborg	Implementering af nye processer og behandlingsformer
Aalborg Akutklinik	Implementering af ny rolle (SIF) og nye arbejdsprocesser i modtagelsen
Aalborg Geriatrik	Tværfaglig patientkonference og nye arbejdsprocesser
Glostrup Neurologisk	IPLS-metode til udvikling af samarbejde mellem afdelinger.
Glostrup Kardiologisk	Lean og tavlemøder

Figur 14: Oversigt over metoder/ændringer i projekterne.

Det er ikke muligt at vurdere, om nogle metoder er mere effektive end andre til at øge den relationelle koordinering. Metoderne er forskellige, og der er ikke særlige tiltag eller egenskaber i projekterne, som har vist sig i historieværkstederne. De 3 projekter med den mest sammenlignelige metode har anvendt lean og tavlemøder, og de udviser stor variation i ændring i relationel koordinering fra 0 til 0,14 point.

Der kan derfor ikke peges på særlige metoder i projekterne, som har vist sig særligt effektive i forhold til at øge den relationelle koordinering.

Diskussion

Projektet havde sat som mål at opnå en ændring i relationel koordinering på 0,5 point, hvilket ikke blev nået. Den største ændring var 0,31 point, og gennemsnittet var 0,1 point.

Det er dog spørgsmålet, om en ændring på 0,5 point i gennemsnit overhovedet var realistisk muligt. Der er ingen forskning, der peger på hvor store ændringer i relationel koordinering, der bør forventes af et projekt. Der er i det hele taget meget begrænset viden om hvordan relationel koordinering udvikler sig over tid.

Interessen for relationel koordinering udsprang af Gittells forskning i Amerikanske hospitaler, som viste en sammenhæng mellem kirurgisk performance og relationel koordinering, som vist i figur 1. I det Amerikansk studie er forskellen mellem top og bund i relationel koordinering 0,38 point. I dette lys forekommer en stigning på 0,5 point ganske voldsom.

Store forandringer ses ikke i målingerne af relationel koordinering

De 10 af de 11 projekter har gennemført organisatoriske ændringer, hvor processer og samarbejdsrelationer er forandret betydeligt. Akutklinikken i Aalborg kan ikke fastholde SIF-rollen, når patientbelastningen er høj. Dette er ikke et udtryk for manglende implementering eller dårlig projektledelse. Det er alene et udtryk for, at det medicinskfaglige behov hos patienter naturligt har højere prioritet end SIF, som har mere karakter af at være en servicefunktion.

Forandringerne, som er beskrevet i historieværkstederne, vurderes at være betydelige i den forstand, at medarbejdernes arbejde og samarbejde er blevet ændret. Således vurderes forandringerne i afdelingerne at være store, hvilket står i skærende kontrast til de målte ændringer i relationel koordinering. Dette understreges af tre eksempler: 1) Medicinsk Retina, Gentofte, har gennemført et projekt, som har ændret afdelingens organisering og behandlingsmåde. Projektet har også ændret relationerne mellem læger og sygeplejere. Før arbejdede faggrupperne for sig, og nu arbejder en læge og en sygeplejer sammen. Alligevel viser målingerne af relationel koordinering ingen ændring. 2) Ortopædkirurgisk sengeafsnit på Aalborg har indført struktureret lægekonference og medicinsk stuegang, dvs. en endokrinolog går stuegang på afdelingen. Der er dermed introduceret en helt ny struktur og en ny rolle, og dermed nye relationer. Dette er en fundamental ændring i arbejdet, og alligevel er ændringen kun 0,16 point – hvilket reelt er for lidt til at opfattes som klinisk signifikant. 3) Den største ændring ses i projektet hos neurologisk sengeafsnit og Dansk hovedpinecenter. Her er der implementeret strukturer og udviklet samarbejde mellem de to afdelinger. Mange medarbejdere er påvirket af ændrede samarbejdsformer mellem afdelinger. Historieværkstedet gav indtryk af en meget stor ændring, og alligevel er den målte ændring i relationel koordinering kun 0,31 point.

Dette rejser yderligere spørgsmål om spørgeskemaet for relationel koordinering, og hvad det måler, og hvor følsomt det er. Dette omtales også som instrumentets følsomhed.

Hvor følsomt er instrumentet?

Spørgeskemaet spørger direkte til relationel koordinering for en given proces f.eks.:

Kommunikerer følgende faggrupper rettidigt med dig omkring *udskiftning af patienter og klargøring af operationsstuen*?

Figur 15: Eksempel på spørgsmål hvor processen er fremhævet med kursiv.

Der har i projektet været målt på 2 afdelinger med flere processer: Geriatriisk afdeling Aalborg og Akutklinikken i Glostrup. Begge udmærker sig ved, at målingerne for relationel koordinering er ganske forskellig både i niveau og i ændring. For begge afdelinger er processerne målt i samme spørgeskema og dermed er det samme personer som har svaret for alle processer. Respondenterne skelner tydeligvis mellem de processer de svarer på og på baggrund af dette konkluderes, at spørgeskemaet for relationel koordinering er følsomt overfor processen.

Dermed bliver det væsentligt at overveje hvad som påvirker respondenternes besvarelser. Besvarelserne vil antageligt være afhængige af, hvor meget og hvor ofte respondenterne tager del i processen, der spørges om. Dimensioner, som for eksempel rettidighed og præcision, vil være afhængig af erfaring med samarbejde og praksis. Grupper udvikler ofte en egen praksis, som er velfungerende i netop den gruppe, fordi kompetencer og præferencer medfører en særlig arbejdsdeling. Men selvsamme praksis virker ikke nødvendigvis godt for en anden gruppe eller når dele af gruppen udskiftes.

Måling af relationel koordinering bør ske under nøje overvejelse af hvilken proces der skal måles, fordi målingerne vil være stærkt afhængige heraf. Dette er viden, som ikke var tilstede ved projektets start, og som derfor ikke er indgået i overvejelserne over valg af processer.

Relationel koordinering kan opfattes som den sociale side af processtandardisering. Når processen er veldefineret og rollerne er tydelige for medarbejderne, er den relationelle koordinering høj. Relationel koordinering måler forholdet mellem forventning og praksis. Forventning styres af, hvor stærkt processen er standardiseret, og hvor ofte/ hvor meget respondenterne tager del i arbejdsprocessen.

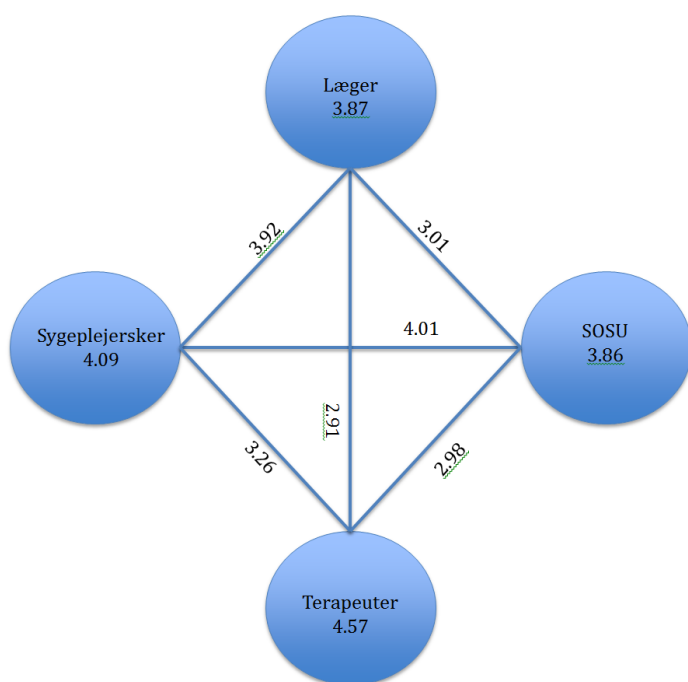
Social kapital er ikke følsom overfor proces, fordi det måler forholdet mellem praksis og forventning, som er givet af bredere normer i samfundet.

Relationel koordinering er på baggrund af ovenstående et vanskeligt redskab at benytte alene til måling af processer. Resultaterne af målingerne lader sig ikke let omforme til indsats og anvisning.

Relationel koordinering bør derfor ikke benyttes som benchmark mellem processer, afdelinger og hospitaler. Den konkrete kontekst, organisering, kompetencer, faglighed og patientmix 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 en høj grad af standardisering og specialisering. I nogle tilfælde vil dette medføre en mindre grad af fleksibilitet, som ikke nødvendigvis er ønskværdigt i sundhedssystemet.

Et stærkt procesredskab

Men relationel koordinering kan være et stærkt procesredskab. Relationel koordinering fanger medarbejdernes opfattelse af den praksis, de oplever omkring processen og vurderer den i forhold til deres egne forventninger. Dette kan benyttes som redskab til dialog mellem medarbejderne omkring processen og dermed skabe fælles forståelse og videreudvikling af processer. Særligt anvendeligt er netværksgrafen for relationel koordinering som ses i figur 16.



Figur 16: Netværksgraf for et delprojekt. Grafen viser god relationel koordinering mellem sygeplejersker og SOSU men lav relationel koordinering mellem læger og SOSU.

Figur 16 viser eksempelvis god relationel koordinering mellem sygeplejersker og SOSU men lav relationel koordinering mellem læger og SOSU. Dette kan umiddelbar benyttes som redskab i en gruppeproces, hvor medarbejderne er samlet for at udvikle samarbejde. Det bliver her muligt direkte at spørge ind til, for eksempel, hvad rettidig kommunikation er for de enkelte faggrupper.

Relationel koordinering som procesredskab kan med fordel kombineres med lean og IPLS. Den største udvikling i relationel koordinering var i Hovedpinecenteret og Neurologisk sengeafsnit – Glostrup, som netop benyttede IPLS. Dette er dog ikke muligt at generalisere ud fra et eksempel, men teoretisk understøtter IPLS og Lean, relationel koordinering.

Reelle målinger af relationel koordinering

Målingerne af relationel koordinering har i dette projekt den særligt positive kvalitet, at medarbejderne ikke er blevet instrueret i besvarelse af spørgeskemaerne. I dette ligger også, at projektet ikke har kørt relationel koordineringskampagner i afdelingerne. Sådanne kampagner ville have kunnet booste målingerne af relationel koordinering. Bag dette ligger overvejelser i projektet, om at relationel koordinering bør kunne forbedres uden at italesætte begreberne overfor medarbejderne.

Sammenligning af relationel koordinering og social kapital

Sammenligning af målingerne af relationel koordinering og social kapital viste, at der ikke er korrelation, og at de ikke måler samme fænomen.

Relationel koordinering måler forholdet mellem den enkelte fagpersons forventninger og oplevet praksis for en specifik proces. Denne proces kan gå på tværs af afdelinger.

Social kapital måler bredere og mere grundlæggende egenskaber omkring en gruppes samarbejde og dennes nærmeste leder.

Relationel koordinering og social kapital måler således ikke samme fænomen og har hver sin anvendelse.

Relationel koordinering kan afdække samarbejdsproblemer omkring en specifik proces og anvendes et præcist procesudviklingsværktøj. Social kapital kan afdække grundlæggende problemer med tillid og retfærdig, som kan løses gennem udvikling af ledelse og samarbejde.

Effektiv projektmodel

10 ud af 11 projekter vurderes som værende en succes, fordi de har formået at skabe betydelig forandring og fastholde forandringen. Dette er bemærkelsesværdigt, fordi succesraten i forandringsprojekter ofte beskrives som meget lavere. Det er vanskeligt at finde undersøgelser som på baggrund af solidt datamateriale, kan udtale sig kategorisk om succesrate. Ikke desto mindre svæver der tal i litteratur og tidsskrifter, om leanprojekter der i bedste fald har en 50 % succesrate og i værste fald helt ned til 10 % succes.

Det er derfor bemærkelsesværdigt, at 10 ud af 11 projekter er lykkedes med at gennemføre og fastholde forandring, nogen af hvilke er ganske radikale, hvor de har ændret arbejde og relationer for medarbejderne. 1 projekt har gennemført forandringen men har ikke ressourcer til at prioritere funktionen. På sin vis er dette projekt også en succes, men ydre omstændigheder medfører, at afdelingen ikke kan fastholde det.

Dette perspektiv var ikke en del af evalueringen, men et så bemærkelsesværdigt resultat kræver forklaring.

Historieværkstederne taler konsistent om en forandring, som er gennemført og fastholdt, men siger intet om hvorfor. Lederinterviewene og samtaler med lederne i andre sammenhænge tegner et billede af den overordnede projektmodel som værende årsagen.

Projekter i sundhed kan enten være kliniske udviklingsprojekter eller organisatorisk udvikling. De kliniske udviklingsprojekter er oftest drevet af fagpersoners faglige interesse og ydre pres om at implementere nye kliniske standarder. Generelt lykkedes de kliniske udviklingsprojekter, fordi der er et element af fagligt engagement og patientens travl motivere det medicinskfaglige personale. Ofte vil der også være knyttet forskellige former for mål som f.eks. NIP eller DRG takst som lægger pres på at få gennemført projektet. De organisatoriske udviklingsprojekter er betydeligt vanskeligere i sundhed, og et naivt skøn er, at de normalt har samme lave succesrate som leanprojekter.

Disse projekter har karakter af organisatoriske udviklingsprojekter og ville forventeligt have haft en begrænset succesrate. Dette fordi at uden faglig drift eller stærkt ydre pres, er der ikke tid i dagligdagen til at udvikle og drive projekter.

Den overordnede projektmodel sørger for, at de projektledende medarbejdere tages ud af driften og får mulighed for at formulere og udvikle deres projekt. Den overordnede projektmodel har præsenteret relationel koordinering og fair proces som perspektiver, men den har ikke dikteret en specifik model. Dette vurderes at være et godt designvalg i den forstand, at de projektledende medarbejdere kunne vælge projektmetode og redskaber som de allerede var komfortable med. Der har ikke været behov for at lære en ny projektmetode, og medarbejderne har kunnet kaste sig direkte over at formulere deres eget projekt.

Den overordnede projektmodel har også skabt en ydre bevågenhed og forventning til projekterne. Hospitalsledelserne er blevet informeret om projekterne, og der er fra projektet blevet fulgt op på delprojekterne. Evalueringen og interesse for forskning har muligvis også ydet et beskedent bidrag.

Den overordnede projektmodel har startet delprojekterne i bølger, dvs. delprojektlederne har været samlet for at formulere deres eget projekt og diskutere det med ligesindede. Sparring med ligesindede har stor betydning, fordi de er påvirket af de samme daglige udfordringer, som vanskeliggør implementering og fastholdelse.

Projektmodellen vurderes at kunne avendes bredt og med succes på hospitaler.

Konklusion

Region Nord og Glostrup Hospital har gennemført et projekt, som havde til formål at udvikle relationel koordinering med 0,5 point og kortlægge de metoder, som viser sig effektive i forhold til at øge den relationelle koordinering.

Projektet har gennemført 11 delprojekter, som alle har gennemført betydelige forandringer og 10 af delprojekterne har fastholdt forandringerne, og dermed vurderes de som succesfulde.

Den gennemsnitlige udvikling i relationel koordinering er på 0,1 point, og den største ændring i et delprojekt er 0,31 point. Projektet er således ikke lykkedes med at opnå en forbedring af relationel koordinering på 0,5 point. Projektet kan ikke identificere særlige metoder, som er effektive til at øge den relationelle koordinering.

Delprojekterne har skabt store forandringer i samarbejde og arbejdsprocesser, som blev afdækket i historieværksteder i afdelingerne. Ændringerne er ikke afspejlet i målingerne af relationel koordinering, hvilket peger på problemer med målingen af relationel koordinering og har skabt ny viden:

- Relationel koordinering er meget følsom overfor den proces, der måles på.
- Relationel koordinering måler forholdet mellem fagpersonens forventning til en proces og oplevet praksis. Forventninger kan styres gennem procedure og standarder.
- Relationel koordinering er ikke velegnet som benchmark mellem processer og afdelinger.
- Relationel koordinering er et stærkt procesredskab til udvikling af processer og samarbejde som lader sig anvende med lean eller IPLS.
- Relationel koordinering og social kapital er ikke samme fænomen og bør anvendes til forskellige formål.

Evalueringen har konstateret at delprojekterne har haft en overraskende høj succesrate i forhold til, at de har implementeret og fastholdt organisatorisk forandring. Dette tilskrives den overordnede projektmodel, som har startet delprojekterne i bølger. Ved at indgå i en overordnet projektramme har delprojekterne oplevet et motiverende ydre pres og forventning. Projekterne har samtidig fået tid og mulighed til at udvikle deres delprojekt, samtidig med at de har kunnet sparre med kollegaer og den overordnede projektledelse.

Det anbefales at den overordnede projektmodel udvikles og afprøves yderligere. Den overordnede projektmodel imødegår nogle af de strukturelle problemer så som manglende tid til udvikling, projektstruktur og projektkompetence som medfører at projekter ikke prioriteres og gennemføres. Dermed er den overordnede projektmodel et bud på en generel udviklingsmodel for hospitaler.

Referencer

Gittell, Jody Hoffer. High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience. McGraw-Hill Professional, 2009.

Olesen, Kristian Gylling, Eva Thoft, Peter Hasle, and Tage Søndergård Kristensen. *Virksomhedens Sociale Kapital - Hvidbog*. Copenhagen: Arbejdsmiljørådet, 2008.