

Ledelse På Tværs

Om at skabe sammenhængende patientforløb i praksis

Af Susanne Østergaard
og Ninna Meier

Foreløbige resultater fra 3-årigt udviklings- og forskningsprojekt mellem Region Midtjylland og CBS peger på, at ledelsesopgaven med at skabe sammenhængende patientforløb har karakter af organisationsudvikling. Opgaven drejer sig om at »geare« egen organisation og personale til at tænke og agere ud fra en opløsning af de traditionelle grænser og til at »se«, at en forudsætning for at løse kerneopgaven i stigende grad vil være at løse opgaven på tværs, med sine samarbejds partnere.

Denne artikel beskriver de foreløbige resultater i arbejdet med at ska-

be mere sammenhængende patientforløb i praksis.

Vi ved at fælles viden, fælles mål og gensidig respekt er afgørende elementer i at lykkes, når koordinering skal foregå på tværs af faggrupper, afdelinger og hospitaler¹. Men hvordan omsætter man som leder denne viden til konkret praksis i en travl hverdag, så man gør en forskel for patienterne? Hvordan leder man, når f.eks. centrale elementer i patientforløb foregår på andre afdelinger eller hospitaler, eller når der skal samarbejdes i »grænselandet«, hvor ingen i princippet har det formelle lederskab?

Et ambitiøst og praksisnært forsknings- og udviklingsprojekt – *Projekt Ledelse På Tværs* – har siden april 2013 taget fat om kernen i denne udfordring og arbejdet med at omsætte forskningsmæssig viden til konkrete tiltag i henholdsvis en

akutafdeling, en kræftafdeling og en medicinsk afdeling. (Se figur 1 på side 34 om de tre afdelinger).

En opgave, der kalder på noget »andet«

Vi er stadig undervejs med projektet, men allerede nu er det klart, at selve begrebet »sammenhængende patientforløb« må nuanceres og operationaliseres, når ambitionen er at komme videre end hensigtserklæringer.

Det er også tydeligt, at den opgave, der ligger i at skabe mere sammenhængende patientforløb på tværs af de formelle organisatoriske og geografiske grænser, kalder på noget andet, end de opgaver, der typisk indgår i det kliniske arbejde. Dette 'andet' har de tre cases arbejdet med i projektets andet år.

Den organisatoriske sammenhæng skabes af arbejde og rammer,

Figur 1. Fakta om de tre deltagende afdelinger

De tre cases er valgt, fordi forskning har vist, at koordinering og ledelse af sundhedsfagligt arbejde kan være særligt udfordrende, specielt når uforudsigeligheden og kompleksiteten er høj (Klein et al. 2006, Strauss et al. 1997).

Medicinsk Afdeling Regionshospitalet Randers

Består af fire sengeafsnit med dertilhørende ambulatorier/ daghospitalet/ klinikker.

En stor del af Medicinsk Afdelings patienter starter deres forløb i Akutafdelingen og derfor er samarbejdet og overgangen mellem de to afdelinger særlig vigtig i arbejdet med at skabe mere sammenhængende patientforløb.

Antal fuldtidsstillinger: 287

Antal indlæggelser: 6.513

**Antal patienter/
ambulante patienter:
17.160/44.989**

Afgrænsning og fokus:

Medicinsk Sengeafsnit 3 (MS3) og de tilhørende klinikker, der behandler patienter inden for specialerne endokrinologi og gastroenterologi.

Akutafdelingen Hospitalsenheden Vest

Akutmodtagelsen består af en døgnåben, visiteret skadestue, samt en modtagelse for akutte kirurgiske, ortopedkirurgiske og medicinske patienter. Akutafdelingen er i gang med – i samarbejde med de andre specialer – at organisere samarbejdet omkring modtagelsen af alle former for akutte patienter og forberede indflytning og ibrugtagning af de nye fysiske rammer, når nybyggeriet i Gødstrup står klar.

Antal fuldtidsstillinger: 220

Antal indlæggelser: 16.000

Antal patienter: 36.611

Afgrænsning og fokus: Akutmodtagelsen og det akutte sengeafsnit (ASA).

Kræftafdelingen Aarhus Universitetshospital

Varetager den ikke-kirurgiske behandling og kontrol af kræftsygdomme, hvilket bl.a. indebærer stråleterapi, kemoterapi, biologisk behandling og palliation. Afdelingen har en stor gruppe af samarbejdspartnere, bl.a. Radiologisk Afdeling og kirurgiske afdelinger, typisk i de indledende faser af forløbet, og med akutafdelinger og medicinske afdelinger i de senere faser. Størstedelen af kræftbehandling foregår ambulante og forudsætter tæt samarbejde med patienten og eventuelle pårørende, samt patientens egen læge, hjemkommune og lokale hospital.

Antal fuldtidsstillinger: 546

Antal indlæggelser: 10.561

**Antal patienter/ambulante
kontakter:
15.389/116.898**

Afgrænsning og fokus: Brystkræftpatienter og patienter med øvre gastrointestinal-cancer (ØGI).

som ikke nødvendigvis kan »ses« i det enkelte forløb, men som også er en vigtig forudsætning for den patientoplevede sammenhæng.

De måder hvorpå arbejdet er organiseret, praktiseres, ledes og koordineres på, er vigtige elementer. Men også de overordnede rammer, som f.eks. incitamentsstrukturer, økonomiske vilkår, samarbejdsaftaler samt organisatoriske og kliniske standarder, er elementer, som sætter betingelser for arbejdets struktur og praksis (Nemeth et al. 2008).

Organisatorisk sammenhæng kan, som det er vist i eksemplerne fra projektets anden del, skabes på flere måder, og forbedringsinitiativer må tilpasses lokale behov og forankres i den kontekst, som de skal omsættes til praksis i: dette forhold ved vi er af afgørende betydning fra adskillige samfundsfaglige forskningsfelter (Tomoaia-Cotisel et al. 2013, Pettigrew, Woodman & Cameron 2001, Dopson & Fitzgerald 2005). Samtidig peger de foreløbige resultater på, at der er fælles træk både i udfordringerne og i de elementer, som er vigtige for at lykkes. Vi håber, at de erfaringer, som

vi præsenterer her, kan inspirere andre i deres videre arbejde.

De foreløbige resultater

Dataindsamlingen i projektets første fase kortlagde de centrale udfordringer i forbindelse med sammenhæng på hver afdeling. En analyse af det ledelses- og koordineringsarbejde, som allerede pågik i afdelin-

gerne viste, at der for hver afdeling kunne identificeres nogle vigtige temaer og udfordringer, som afdelingerne kunne trække på i deres videre arbejde. De drejede sig blandt andet om:

- *Fragmentering skaber overgange* – at der i alle tre afdelinger var mange involverede i et patientforløb, både afdelinger, enheder og

! Om projektet

Ledelse på Tværs – ledelse og koordinering af sammenhængende patientforløb er et treårigt udviklings- og forskningsprojekt, der gennemføres i samarbejde mellem organisations-konsulenter fra Koncern, HR Udvikling v/projektleder/organisationskonsulent Susanne Østergaard, Region Midtjylland og postdoc Ninna Meier (Institut for Organisation ved CBS).

Projektet forløber fra april 2013 til april 2016.

Projektet startede som en fælles ambition om at bidrage med praksisnær, anvendeligt udviklings- og forskningsarbejde, der adresserer en af de helt centrale udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor. Det sætter fokus på at udvikle og fremme det ledelses- og koordineringsarbejde, der skal til for at skabe mere sammenhængende patientforløb på tre store hospitalsafdelinger, der behandler patienter med akutte, kroniske og livstruende sygdomme. Formålet med projektet er at bidrage med viden om og anbefalinger til, hvad der virker, men ligeså vigtigt med viden om, hvordan og hvorfor disse tiltag virker.

! Projektets tre faser

Fase 1 bestod af kvalitative studier af det ledelses- og koordineringsarbejde, som allerede praktiseredes i arbejdet med at skabe mere sammenhængende patientforløb i praksis. Et pilotstudie på hver afdeling afdækkede hvor, hvornår og i hvilke funktioner dette arbejde praktiseredes og hvem, der skulle indgå i projektet.

Fase 2 indeholdt et udviklingsforløb i den daglige praksis. Her arbejdede styregruppen, som bestod af afdelingsledelsen og udvalgte funktionsledere, på hver afdeling med at udvikle, planlægge og gennemføre organisatoriske interventioner, som havde til formål at skabe mere sammenhængende patientforløb. Interventionerne udvikledes på baggrund af en tilbagelevering af resultaterne fra dataindsamlingen i fase 1 og ud fra de temaer, som styregrupperne valgte at arbejde med.

Fase 3 omhandler det videre arbejde i de tre afdelinger med at udvikle og omsætte ideerne og tiltagene fra fase to. De lokale organisatoriske effekter af disse interventioner undersøges via kvalitative studier af ændringer i forståelse, organisering og udførelse af de berørte dele af ledelses- og koordineringsarbejdet, som blev identificeret i afdelingen i fase 1.

Efter fase 1 i 2014 og fase 2 i 2015 afholdtes en fælles workshop, som har været designet således, at de tre afdelinger har arbejdet med de foreløbige resultater, udvekslet erfaringer, samt fået og givet inspiration til projektets følgegruppe. (Følgegruppen består af en repræsentant fra hospitalsledelsen fra hver af de tre deltagende cases, en repræsentant fra Region Midtjyllands direktion, to repræsentanter fra Koncern, HR – henholdsvis afdelings- og kontorchef, samt de to projektledere for henholdsvis forsknings- og udviklingsdelen).

fagprofessionelle. Den geografiske og organisatoriske opdeling af arbejdet havde også betydning i det daglige samarbejde om patientforløbene.

- *Uforudsigelighed og variation* – at der med akutte, kronisk syge og livstruende syge patienter ofte var stor uforudsigelighed, variation og kompleksitet i det kliniske arbejde med den enkelte patients tilstand og behandlingsbehov, hvilket ikke udelukkende kunne koordineres eller håndteres via standarder, men krævede særlig agil ad hoc koordinering og tilpassede løsninger.
- *Fra samarbejdsaftaler til hverdagspraksis* – at gode samarbejdsaftaler på afdelingsniveau ikke var nok: arbejdet med at implementere arbejdsgange og aftaler, så de 'lever' i klinikken, var en vigtig, men også udfordrende, og tidskrævende opgave.
- *Accelererede forløb* – at accelererede patientforløb, og øget tidspres i det hele taget, krævede hurtig koordinering og samarbejde og behov for at geare hinanden til at håndtere den fælles op-

gave. Dette øgede behovet for delt viden og for samarbejdsrelationer, som man kan trække på, når der skulle samarbejdes hurtigt og på tværs af organisatoriske og geografiske grænser.

Med afsæt i ovennævnte temaer udvalgte de respektive afdelinger nogle fokusområder i deres daglige praksis, som ville gøre en forskel for patienterne, og som kaldte på særlig bevågenhed i forhold til, hvordan man som leder forbedrer samarbejdet på tværs af faggrupper, afsnit, afdelinger og hospitaler. Det er der foreløbig kommet nogle konkrete aktiviteter og erfaringer ud af.

Hvorfor ledelse på tværs?

I takt med den øgede specialisering og organisatoriske og geografiske spredning af sundhedsfagligt arbejde bliver koordineringsmængden større, kompleksiteten stiger og behovet for tillidsbaserede koordinerings- og samarbejdsformer stiger.²

Dermed bliver opgaven i at opbygge, organisere samarbejdsrelationer, videndelingstiltag og fælles

procedurer på tværs mere og mere vigtig for arbejdet med at løse kerneopgaven.

Denne del af ledelse på tværs-opgaven varetages typisk af afdelingsledere, mens en anden og ofte mindre organisatorisk 'synlig' del af ledelse og koordinering på tværs, foregår i det daglige kliniske arbejde af medarbejdere og afsnitsledere på det operationelle niveau.

Uafhængigt af funktion og niveau ser de foreløbige resultater ud til at pege på, at tre centrale elementer gør sig gældende for dette arbejde:

1. Ledelse på tværs er ofte organisatorisk »usynligt arbejde«, særligt når det er tæt på patienten.³
2. »Du skal se opgaven for at kunne løse den«: første skridt i at arbejde med ledelse og koordinering af sammenhængende patientforløb er at synliggøre og anerkende opgaven og det arbejde, der skal til for at løse den. Dette gælder på afdelingsniveau og på det operationelle niveau.
3. Ledelse på tværs ser ud til at kalde på en særlig anerkendelse af relationers betydning, på vig-

tigheden af hvordan man samarbejder og får skabt mening, ejerskab og følgeskab på alle niveauer – samt at aktiviteterne på de forskellige niveauer er forbundne.

Nedenfor er beskrevet nogle eksempler fra hver case, der illustrerer hvilke tiltag, der er igangsat:

Case 1 – Medicinsk afdeling

Medicinsk afdeling satte fokus på samarbejdet med Akutafdelingen på deres hospital. To afdelinger, som i udgangspunktet havde meget forskellige opfattelser af, hvad der var bedst for den akutte medicinske patient i forhold til »faglighed« og »flow«. De havde på papiret formuleret en række fælles aftaler, men i praksis fungerede det ikke hensigtsmæssigt, specielt udenfor dagtid.

Dialogfora mellem afdelingsledelserne

Nogle af de aktiviteter, der blev iværksat, var etablering af organisatoriske dialogfora henover de traditionelle afdelings- og faggrænser. Som det første blev der organiseret møder mellem de to afdelingsledel-

ser, som satte fokus på, hvad der skulle kendetegne et godt patientforløb, når de var to år fremme. Dette indebar blandt andet at de involverede ledere reflekterede over og arbejdede med, hvad det krævede at nå dertil i egen afdeling og hvad det kaldte på i det grænseland, hvor de tilsammen skulle lede og skabe rammerne for det fremadrettede samarbejde.

Disse møder, som i dag er blevet faste samarbejds møder, har bidraget til, at der er skabt større klarhed i forhold til hvilken rolle, ansvar og funktion flowkoordinator, visitator, afdelingssygeplejerske versus oversygeplejerske har i dagligdagen.

Dette arbejde indebar også en stillingtagen til, hvad de i fællesskab skulle gøre, når dagens indtag af patienter oversteg kapaciteten, og i det hele taget en drøftelse af behovet for at involvere funktionslederne på tværs af de to afdelinger i det videre samarbejde med at komme fra strategiske hensigtserklæringer til implementering i praksis.

Dialogfora mellem funktionslederne
Dernæst blev der etableret dialogfo-

ra mellem funktionslederne på de to afdelinger. Intentionen var her at afdekke de »knaster«, der kunne være i samarbejdet i dagligdagen – specielt i forbindelse med de mere komplicerede patientforløb.

På møderne blev fælles udfordringer og temaer identificeret, og konkrete løsninger blev aftalt, herunder hvilket indhold stuegangen på Akutafdelingen skal have og hvordan den skal afvikles. Særligt vigtigt var også, at der via møderne blev dannet relationer og skabt større tillid på tværs af afdelingerne i det daglige samarbejde.

Siden er der etableret formelle kvartalsvise koordineringsmøder med funktionslederne fra begge afdelinger, hvor såvel planlægningsmæssige og faglige forhold drøftes og besluttes.

Prøvehandling »Hent patienten«

Der har desuden været gennemført en prøvehandling, »Hent patienten«, som havde til formål at sikre bedre overgange, når patienter skal indlægges fra Akutafdelingen til Medicinsk Afdeling.

Konkret betød det, at en sygeple-

jerske fra Medicinsk Afdeling hentede patienten i Akutafdelingen og at overleveringen foregik inde ved patienten, efter en fælles aftalt struktur. På den måde fik alle, inkl. patienten, viden om, hvad næste skridt i behandlingen var og fik afklaret eventuelle spørgsmål.

Udover en øget patientoplevelt trykthed har prøvehandlingen om den tydelige overlevering af viden og ansvaret for modtagelse af patienten givet større kendskab til hinanden, fagligt og relationelt. Selvom arbejdsgangen var tidskrævende, og dette kan være udfordrende i en travl hverdag, er der ønske om at arbejde videre med dette tiltag.

Case 2 – Kræftafdelingen

Kræftafdelingen satte, ud over et fokus på det interne samarbejde mellem stråle- og kemoterapi-afsnit, fokus på samspillet mellem universitetshospitalet og de lokale hospitaler i håndteringen af patienter, som modtager behandling begge steder.

I det arbejde startede afdelingen med et konkret lokalt hospital, hvor knap 800 fælles patienter årligt var i behandlingsforløb begge steder,

afhængigt af hvor i forløbet de var og hvad de fejlede. Erfaringerne fra forløbene fra både patienter og personale var, at den nuværende organisering af behandling og pleje af kræftpatienter kunne give anledning til uklarhed i samspillet mellem de to hospitaler.

For at sætte fokus på samarbejdet på tværs blev der gennemført brugerdialoger med patienter og pårørende, som var i behandling på begge hospitaler. Mødet med brugerne afdækkede mulige indsatsområder og forslag til planlægning af forskellige tiltag, men det videre arbejde var ikke let. Forankring hos hospitalsledelsen var nødvendig for fortsættelse.

Konkrete tiltag

I det videre arbejde er der igangsat følgende tiltag:

- Der er kommet en fælles klarhed omkring visitation af patienter både internt på lokalsygehuset og fra Kræftafdeling ind i Akutafdelingen, herunder en fælles opfattelse af hvad man forstår ved »åben indlæggelse«.
- Man arbejder nu efter samme fag-

Om forfatterne



Susanne Østergaard

Projektleder, Organisationskonsulent, Koncern HR, Region Midtjylland. Arbejder med organisations- og ledelsesudvikling. Projektledelse af dokumentations- og udviklingsprojekter samt arbejde med omstruktureringer, fusion og besparelser. Medforfatter til en række udgivelser om ledelse i praksis i Region Midtjylland. susoes@rm.dk



Ninna Meier

Projektleder i KORA, en stilling hun pt har orlov fra, mens hun er Postdoc forsker på institut for organisation på CBS. Hun har lavet en Phd om klinisk ledelse på afsnitsniveau og forsker nu i organisatorisk sammenhæng, ledelse og koordinering på tværs, samt organisering af sundhedsfagligt arbejde.

lige retningslinjer f.eks. i forhold til håndtering af »isolation«, »feber« og »diarre«. Der er givet undervisning på lokalhospitalet, så alle har den fornødne kompetence til at anvende den såkaldte Port-a-Cath, som kræftpatienter kan have.

- Der arbejdes med ny form for sta-

tusbeskrivelse i den elektroniske patientjournal, således at der er en fælles klar beskrivelse af status og behandlingsbehov, som personalet kan tale med patienter ud fra, uanset afdeling.

- Der har været gennemført informationsmøde på lokalhospitalet, hvor fokus har været samarbejdet