

Samarbejde om kerneopgaven

Grib anledningen til at samarbejde

Et bedre samarbejde mellem faggrupperne – på tværs af diagnoser og faggrupper – kan sætte fokus på patienternes komplekse behov og dermed på sygehusenes kerneopgave. Samarbejde kræver vilje og indsats, både fra ledelsen, der skal skabe vilkår og rammer for samarbejdet, og fra de medarbejdere der i den daglige praksis og omgang med hinanden, med patienter og pårørende skaber de relationer, der fremmer koordinering og kommunikation. Gennem relationel koordinering og IPLS – interprofessionel læring og samarbejde – kan sygehusene forbedre kvaliteten for patienterne, effektivisere ydelserne og skabe trivsel for medarbejderne. Der ligger store potentialer i de to tilgange til arbejdet i sundhedssektoren, og store udfordringer til ledere på alle niveauer – fra hospitalsdirektører til ledere af kliniske afdelinger og afsnit.

Af Karen Albertsen, arbejdslivsforsker og ph.d., TeamArbejdsliv

Dorte Jeppesen, chefkonsulent HR & Uddannelse, Region Hovedstaden

og Hans Hvenegaard, arbejds- og organisationspsykolog, direktør, TeamArbejdsliv

”

'Der skal være helhed i tingene, du er et helt menneske, og det hele hænger sammen. For pokker, det gør det jo. Og det oplever man jo ikke altid. Man oplever tit det der med, at når man kommer på øjenafdelingen, så selvom de er søde og dygtige og alt muligt, så er man sådan nogle kæmpestore øjne med ben på, der kommer gående ned ad gangen. Og på diabetes, der er man en stor bugspytkirtel med ben under altså og karkirurgisk, der er du en dunkende gang kar, der kommer gående ned ad gangen, fordi de ser det, som de kan. De ser ikke det hele menneske¹.

”

'Susanne på 47 år samler på diagnoser. Hun dør med hovedpine og ledsmerter, som følge af et færdselsuheld. Som 30-årig fik hun konstateret type 1 diabetes, som i dag er velreguleret, og Susanne formår i dag at leve med sin sygdom uden de store gener. Hun har en god dialog med sin egen læge og lever fornuftigt – med diæt, hyppig træning og selvmonitorering af sin insulinbehandling.

For to år siden fik Susanne konstateret brystkræft og blev få dage efter opereret på brystkirurgisk afdeling. Hun kom efterfølgende i behandling på onkologisk afdeling med kemoterapi og strålebehandling. I den periode var Susanne hjemme, og blev usædvanlig dårlig i fire-fem dage efter hver kemobehandling. Hun kunne ikke følge sin diæt, og blodsukkeret kom derfor i ubalance. Når Susanne kontaktede onkologisk afdeling og spurgte til, hvad kvalmen betød i forhold til hendes diabetes og insulinbehandling, svarede de lidt afvisende, at det havde de ingen viden om, og at det var normalt at have kvalme, når man fik kemoterapi. Susanne blev opfordret til at kontakte egen læge eller medicinsk ambulatorium, men ingen her havde erfaring med at takle madlede som følge af kemoterapi.

Situationen blev værre, og til sidst blev Susanne indlagt på medicinsk afdeling. Her oplevede hun det trygt, da personalet sagde, de nok skulle holde øje med hendes insulin. Hun blev udskrevet efter et døgn og havde derefter kontakt med læger, sygeplejersker, diætister og fysioterapeuter – uden at opleve, at de hverken sammen eller hver for sig havde den fornødne viden om hendes diabetes og bivirkningerne ved kemoterapibehandling. Det var først, da hendes praktiserende læge gik ind som tovholder på hendes forløb, at Susanne oplevede, at der kom sammenhæng i tingene².

Susannes eksempel er komplekst, men ikke enestående. Mange kroniske patienter har i dag mere end en diagnose, og når sundhedsvæsenet skal imødekomme syge menneskers behov for sammenhæng i behandlingen, kræver det indsigt, viden og kommunikation på tværs af de traditionelle faggrænser, samt at man bruger de ressourcer, patienterne selv har.

Susanne er ikke særlig gammel, men ikke mindst de ældre kroniske patienter har et stort behov for, at behandling, pleje og rehabilitering hænger sammen og koordineres inden for hospitalets rammer og mellem hospital og f.eks. hjemmepleje, hjemmehjælp, praktiserende læge og fysioterapi. Mange kroniske patienter har også flere diagnoser. Det gælder f.eks. diabetikeren, der får en kræftdiagnose og følgesygdomme i øjne og fødder. Denne patient får behov for kontakt med mindst fire specialafdelinger, som ofte er placeret på tre-fire matrikler, og for hyppig kontakt med egen læge.

Specialisering øger behovet for samarbejde

De seneste års reformer inden for sundhedsvæsenet har medført en øget specialisering. Formålet med reformerne og den øgede specialisering er at opnå den bedst mulige faglige pleje og behandling med de eksisterende, begrænsede ressourcer. Faglig specialisering er nødvendig for at tilgodese et krav om effektiv og evidensbaseret behandling, men aktualiserer samtidig behovet for at sætte fokus på samarbejde på tværs af professioner og diagnoser³.

Effektiviseringen betyder bl.a., at antallet af liggedage er reduceret betydeligt, samtidig med, at der indgår langt flere relationer i forhold til det enkelte patientforløb. I 1935 var der således ca. 15 ansatte pr. 20 senge, mens der i dag er knap 96 ansatte pr. 20 senge (2010). Der er altså i dag langt flere relationer mellem ansatte, samtidig med at indlæggelsestiden er forkortet betydeligt; det er derfor en stor udfordring at opnå præcis og effektiv koordinering af relationerne.

I de senere år har forskerne givet forskellige bud på, hvordan man kan forbedre samarbejdsrelationerne mellem forskellige faggrupper på tværs af professioner, afdelinger og sektorer. Arbejdet med relationel koordinering på hospitaler i USA har vakt stor interesse i Danmark, og IPLS har i de seneste år udviklet sig med inspiration fra Canada og WHO⁴. Her sættes patienten i centrum gennem et øget samarbejde mellem de professionelle, patienter og pårørende. Relationel koordinering og IPLS har et ganske stort indholdsmæssigt overlap, men er hidtil ikke blevet relateret til hinanden.

Relationel koordinering

Den amerikanske forsker Jody Hoffer Gittel har forsket i betydningen af tværfagligt samarbejde i komplekse organisationer i USA. Hun bruger begrebet relationel koordinering, som en betegnelse for 'koordinering af arbejdsrelationer gennem fælles mål, fælles viden og gensidig respekt'.

Koordineringen er tæt knyttet til kommunikation, dvs. omfanget og karakteren af den dialog, der foregår på virksomheden⁵. Relationel koordinering kan, ifølge Gittel, udvikle sig i såvel negative som positive udviklingsspiraler. I den positive spiral bidrager fælles mål, fælles sprog og gensidig respekt til at skabe hyppig, præcis og rettidig kommunikation, som igen bidrager til at styrke koordineringen gennem fælles mål, fælles sprog og gensidig respekt. Omvendt vil mangel på fælles mål og sprog samt mangel på respekt bidrage til sporadisk, upræcis og dårligt timet kommunikation, som igen underbygger den manglende respekt osv. se figur 1.



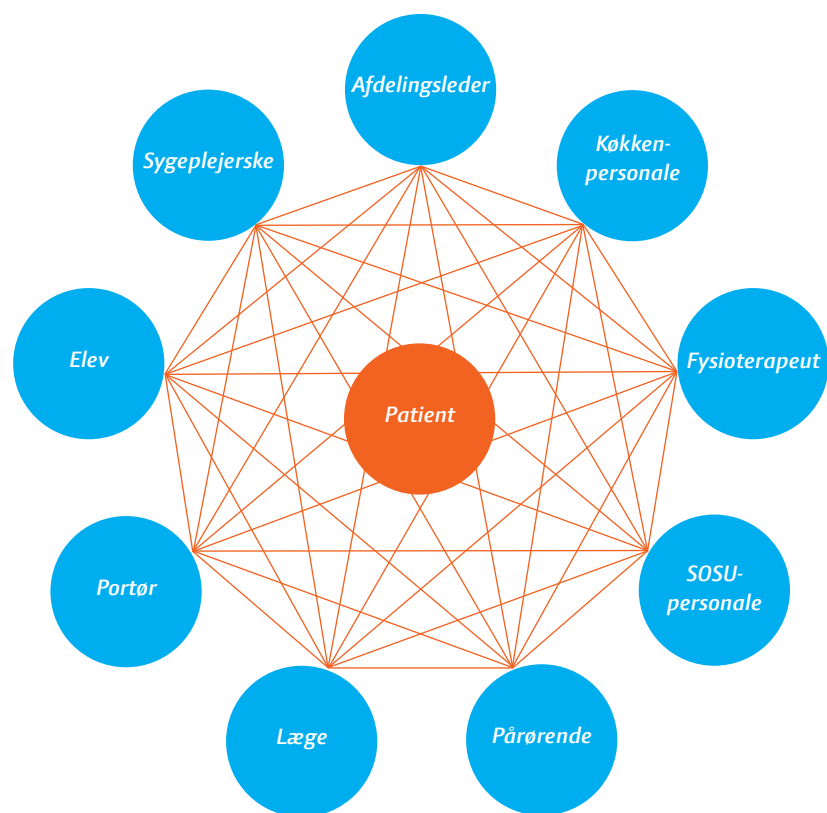
Figur 1. Positiv og negativ udviklingsspiral mellem mål, viden, respekt og henholdsvis adækvat og inadækvat kommunikation⁶

Gittel og hendes kolleger har igennem spørgeskemaundersøgelser og interviews med medarbejdere undersøgt medarbejderes oplevelse af fælles mål, viden og gensidig respekt. De har endvidere spurgt ind til kvaliteten, karakteren og omfanget af medarbejdernes indbyrdes kommunikation. Forskerne har på baggrund af spørgeskemaer udregnet gennemsnitsscorer for den relationelle koordinering på afdelingsniveau og på virksomhedsniveau og sammenholdt disse mål med indikatorer for f.eks. produktivitet og kvalitet. Gennem undersøgelser i bl.a. luftfart og hospitaler, har de dokumenteret, at en høj relationel koordinering hænger sammen med høj jobtilfredshed, produktivitet, kvalitet i ydelserne og kundetilfredshed⁷⁻¹².

Gittel og hendes kolleger har også undersøgt den relationelle koordinering på kirurgiske hospitalsafdelinger, fordelt på ni hospitaler i USA. Her kunne de dels dokumentere, at der var store forskelle på den relationelle koordinering i de ni afdelinger, dels at der er en positiv sammenhæng mellem graden af relationel koordinering, jobtilfredshed og kvalitet i ydelserne. F.eks. i form af kortere indlæggelsestid, større patienttilfredshed, færre smerter efter operation etc.

Også i en anden undersøgelse, på en stor medicinsk afdeling på et hospital i Boston, kunne forskerne dokumentere, at en højere relationel koordinering i de teams, hver enkelt patient blev behandlet af, hang sammen med kortere indlæggelsestid, mindre risiko for genindlæggelse og lavere total-omkostninger¹³.

Forskerne har tillige udregnet scorer for den relationelle koordinering mellem de enkelte faggrupper (se figur 2). Ved på denne måde at måle og kortlægge kvaliteten og karakteren af relationerne i en organisation, kan virksomheden identificere de stærke og svage led i samarbejdet og sætte ind for at skabe forbedringer de steder, hvor det er mest tiltrængt.



Figur 2. Relationer mellem faggrupper på hospital¹⁴

Kommunikation og social kapital

Relationel koordinering lægger eksplicit vægt på karakteren af kommunikation, som bærer af og tæt forbundet med relationerne i organisationen, og på vigtigheden af den gensidige respekt i samarbejdsrelationerne. Dermed bliver kommunikationen også et oplagt sted at sætte ind for at forbedre relationerne. Gittell og hendes kol-

leger har også dokumenteret, at bestemte måder at lede og organisere arbejdet på, bidrager til at fremme den relationelle koordinering^{15,16}. De har identificeret en række mulige indsatsområder, bl.a. rekruttering af medarbejdere, hvor man ser på såvel de faglige kvalifikationer som evner til samarbejde. Endvidere kan man understøtte den relationelle koordinering i forbindelse med udvikling af belønningsstrukturer og konflikthåndtering.

Relationel koordinering sætter fokus på den del af virksomhedens sociale kapital, som handler om samarbejdsevne^{17,18}. De øvrige dimensioner i social kapital nemlig tillid og retfærdighed har fået relativ stor opmærksomhed i forskningen, mens den dimension, der handler om samarbejdsevne i form af linking, altså samarbejdet mellem ledere og medarbejdere, bridging, samarbejde mellem team/afdelinger, og bounding, samarbejdet internt i teamet, har vist sig vanskeligere at operationalisere og udvikle. Det er netop disse relationer relationel koordinering kan bidrage til at belyse. Mens Relationel koordinering således har mere generelt fokus på samarbejdsrelationerne i komplekse organisationer, så er begrebsrammen omkring Interprofessionel læring og samarbejde udviklet af uddannelsesinstitutioner og praktikere specifikt i relation til sundhedssektoren. IPLS lægger således særligt vægt på samarbejde omkring pleje og behandling af patienter og på at inddrage patientens perspektiv og ressourcer. I det følgende beskriver vi tankerne bag IPLS og lidt om erfaringerne fra praksis på Glostrup Hospital¹⁹.

Interprofessionel læring og samarbejde

Interprofessionel læring og samarbejde (IPLS) handler om, at medarbejderne, ud over deres egen faglighed, har en viden om andre faggruppers kunnen og bruger denne viden i samarbejdet omkring pleje og behandling af patienterne. Her fokuseres på kultur og samarbejde mellem professioner indbyrdes og på i højere grad at inddrage patientens og evt. pårørendes ressourcer, hvor det er relevant og muligt.

Den korte definition på interprofessionel læring og samarbejde er, at IPLS forekommer, når to eller flere faggrupper lærer med, af og om hinanden i et interagerende samarbejde med inddragelse af patienten. I Danmark har fokus indtil videre været på uddannelse af de studerende inden for de mellemlange videregående uddannelser, men på sigt forventes øvrige uddannelser at indgå. Endvidere er der arbejdet med undervisning og træning af samarbejde mellem sundhedsfagligt personale, som har direkte patient-/borgerkontakt. Et vigtigt aspekt ved IPLS er, at samarbejdet bygger på fælles værdier, vision og mål i forhold til behandling og pleje af den enkelte patient. Patientens ressourcer og viden inddrages, hvor det er relevant, for patienter og pårørende betragtes som samarbejdspartnere – eller som en del af det samlede team, både i overført og bogstavelig betydning²⁰.

I arbejdet med IPLS har man udviklet en række metoder til, hvordan man kan arbejde med teamsamarbejde, læring og ændring af kultur samt inddragelse af patienter og deres eventuelle pårørende. Man kan arbejde med IPLS på samfunds niveau (makro-), institutionsniveau (meso-) og afdelings-/afsnitsniveau (mikroniveau), og WHO har i rapporten 'Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice'²¹ dokumenteret, at en række lande, bl.a. USA, England, Canada og Sverige, arbejder med IPLS som led i at løse aktuelle udfordringer inden for sundhedsområdet. Der er endnu begrænset evidens i forhold til IPLS i en dansk kontekst, men internationale studier tyder på, at en systematisk indsats for at uddanne til og træne interprofessionelt samarbejde kan nedsætte:

- Antallet af komplikationer, mortalitet og styrke patientsikkerhed.
- Indlæggelsestider og dermed give øget effektivitet i ressourceforbrug.
- Gnidninger og konflikter mellem sundhedsfagligt personale (WHO 2010).

Endvidere styrker det såvel patient som medarbejdertilfredshed.

Samarbejde på Glostrup Hospital

På Glostrup Hospital er IPLS og samarbejde en del af hospitalets virksomhedsgrundlag og en del af de kliniske afdelingers årlige dialogaftale med direktionen. Direktion og ledergruppe prioriterer IPLS som strategisk indsatsområde for hele hospitalet, og udvalgte kliniske afdelinger har arbejdet med lokale projekter. Hospitalet har sat fokus på en generel kulturændring, hvor man arbejder systematisk med læring gennem interprofessionelt samarbejde, og hvor patientperspektivet indgår som en naturlig del af hverdagen og det kliniske arbejde.

Hospitalet startede i 2009 et målrettet samarbejde med Centre of Interprofessional Education ved University of Toronto i Canada, der har været en stor inspirationskilde til de danske aktiviteter. Hospitalet har udbudt en fem dages facilitatoruddannelse med deltagere fra forskellige professioner og fra andre sektorer.

Uddannelsen er udviklet i samarbejde med University of Toronto og har fokus på at arbejde med magt og hierarkier og på at træne teamsamarbejde, hvor de enkelte medlemmer i højere grad deler viden og observationer. Storytelling bruges som værktøj til at inddrage patientens perspektiv, og her fortæller patienter deres egen sygdomshistorie og deres oplevelse af det interprofessionelle samarbejde.

Udfordringer til ledelsen

Det er en ledelsesopgave at sætte et bedre samarbejde om kerneopgaven på dagsordenen. Det kræver vilje og indsats, og skal man sætte de positive udviklingsspiraler mellem koordinering og kommunikation i gang, sker det ikke uden et langt og sejt træk.

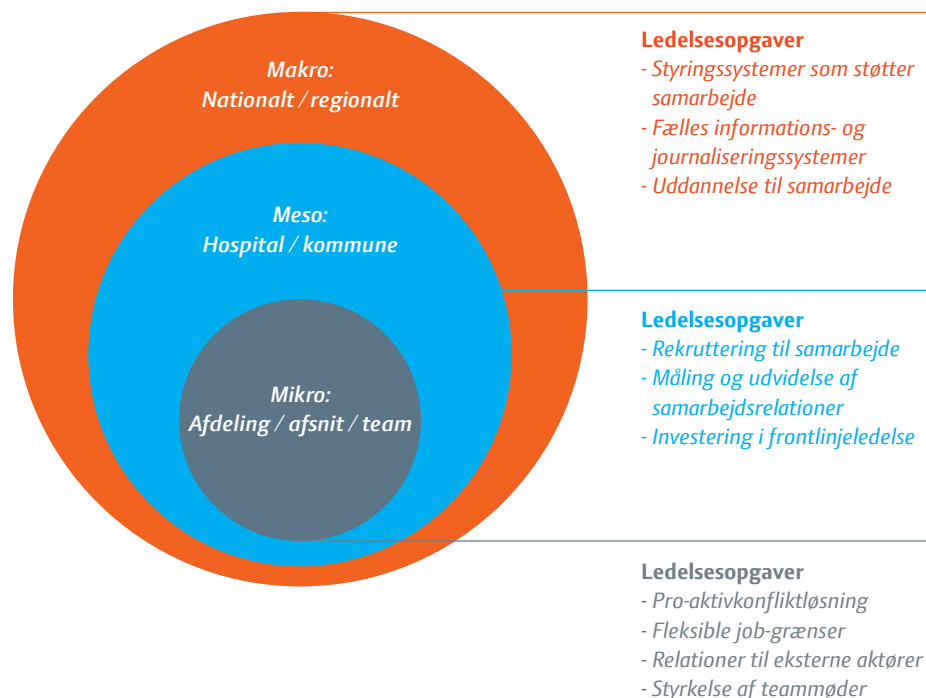
På Glostrup Hospital har ledelsens tydelige engagement, både på det strategiske og det operationelle niveau, betydet, at projekterne er lykkedes, og at samarbejdsrelationer, videndeling og patientinddragelse er blevet en naturlig og mere systematisk del af hverdagen. Ledelsen har bakket op, hele vejen op igennem systemet – og her er ingen hurtige og nemme løsninger, men til gengæld mange muligheder for at sætte ind med bevidste og målrettede indsatser på forskellige niveauer. Gevinsterne, når det lykkes, er bedre kvalitet i ydelserne for patienterne, større effektivitet og bedre trivsel for medarbejderne.

Men selv om ledelsen spiller en afgørende rolle for at skabe vilkår og rammer, som understøtter samarbejdet, kan lederne ikke skabe ændringerne alene. Det er medarbejdere og ledere i fællesskab, der i den daglige praksis og omgang med hinanden og med patienter og pårørende skaber de relationer, som fremmer koordinering og kommunikation. Der findes mange strategier, som ledere på forskellige niveauer i sundhedssystemet kan benytte til at styrke vilkårene for samarbejdet om kerneopgaven.

Figur 3 skitserer mulige indsatser på makro-, meso- og mikroniveau. En koordineret og samtidig indsats på flere niveauer vil skabe det bedste udgangspunkt for forandring. Flere af de skitserede indsatsområder er ikke forbeholdt det niveau, hvor vi har valgt at præsentere dem. Som eksempel kan foreslås, at både uddannelse, måling og belønning af samarbejde tænkes ind på forskellige niveauer. Anbefalingerne har hentet inspiration fra Jody Gittells beskrivelse af organisationsstrategier til styrkelse af den relationelle koordinering²².

Styrk samarbejdet

Samarbejde mellem faggrupper indbyrdes og mellem professionelle og brugere af sundhedsvæsenet kan tænkes ind i lovgivning, programmer, uddannelses tiltag og styringssystemer, som udarbejdes på nationalt og på regionalt niveau. F.eks. kan disse indgange tages i brug:



Figur 3. Ledelsesopgaverne i tilknytning til den professionelle patientkontakt

Brug systemerne til at styre

Styringssystemer med vægt på team og samarbejde kan være med til at styrke interprofessionelt samarbejde og kommunikationen. I sundhedssektoren er flere værktøjer og kvalitetssikringssystemer tilgængelige, f.eks. Den Danske Kvalitetsmodel, lederkontrakter, løn- og bonussystemer samt arbejdspladsvurderinger (APV).

Standarder og vejledninger i Den Danske Kvalitetsmodel stiller allerede krav til samarbejde og inddragelse af patienter og pårørende, og kan bruges som afsæt for ledelsens fokus. Løn- og bonussystemer kan indrettes, så de belønner godt samarbejde. Teamsamarbejde, samarbejde på tværs af afdelinger og faggrupper og mellem professionelle og patienter kan måles som en del af de lovpligtige arbejdspladsvurderinger. Og desuden kan man fra central side prioritere at udvikle indikatorer for godt fungerende samarbejde og kommunikation, bl.a. i fremtidige kvalitetsstandarder samt forløbsprogrammer for de store kroniske sygdomme.

Skab fælles viden og fælles sprog

God relationel koordinering kræver fælles viden og fælles sprog mellem faggrupper. Det kan styrkes ved at udvikle og indføre journaliseringssystemer og informations-systemer, som er tilgængelige og forståelige for alle relevante faggrupper. Det behøver ikke at udelukke, at journalen kan omfatte fagspecifik information, der kun er tilgængelig for eksperter. Men for at sikre den interprofessionelle tilgængelighed er det væsentligt, at nye vejledninger, politikker, audits, etc. udvikles af interprofessionelt sammensatte grupper. Desuden kan fælles viden deles gennem Det Nationale Indikatorprojekt (NIP). I NIP udføres kvalitetsmålinger på udvalgte sygdomsområder, bl.a. diabetes, apopleksi, KOL og hoftenære frakturer. Her er på videnskabeligt grundlag og på hvert sygdomsområde fastlagt mål og indikatorer, der belyser vigtige områder af forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering.

Uddan til samarbejde

Både læger, sygeplejersker, terapeuter og lægesekretærer skal som færdiguddannede samarbejde om at behandle, pleje og passe de samme patienter. Derfor er det vigtigt, at personale inden for alle faggrupper og på tværs af sektorer får mulighed for at træne det fælles samarbejde om patienternes samlede forløb. Så de i praksis udvikler fælles mål og deler viden med hinanden.

Interprofessionelt samarbejde kan opprioriteres, både inden for grund- og efteruddannelser. Det kan ske gennem undervisningsmoduler med direkte fokus på udvikling af kompetencer i samarbejde, gennem tværfaglige undervisningsmoduler, og i praksis ved at tilrettelægge undervisningen gennem gruppeprojekter og gruppeeksamen. Træning i tværfagligt samarbejde indgår allerede i dag i et uddannelsesmodul for studerende inden for mellemlange videregående uddannelser. Modulet kan dog udmærket udvides, så det også kommer til at omfatte bl.a. medicinstuderende og lægesekretærelever.

Rekrutter til samarbejde

På hospitalerne sker ansættelser ofte alene på baggrund af klassiske, faglige kvalifikationer og kompetencer, og ikke på grund af samarbejdsevner. Men gode samarbejdsevner er en vigtig produktivitetfaktor, og derfor er det nødvendigt at se på denne evne ved rekruttering og ansættelse – også af højt specialiserede eksperter. Der er brug for eksperter, som er fagligt dygtige, men også har gode kompetencer i kommunikation og samarbejde, for fagligheden skal som oftest udfolde sig i konkrete og komplicerede samarbejdsrelationer, som kræver vilje og evne til at kommunikere præcist, rettidigt og problemløsende. Gittell citerer en direktør for socialrådgiverne på Massachusetts General Hospital:

”
 'Du kan være den bedste socialrådgiver i verden, men hvis du ikke kan arbejde sammen med andre fagdiscipliner, så kan du ikke arbejde her. Nogle er vældig gode diagnostiske. Men det er kommunikationsfærdighederne (vi ser efter)'²³.
 ”

Mål samarbejdsrelationerne

Den relationelle koordinering kan måles og vurderes. Jody Gittell m.fl. har udviklet et enkelt spørgeskemainstrument til undersøgelse af den relationelle koordinering. Brug af instrumentet kræver dog tilpasning til den konkrete arbejdspraksis og gruppesammensætning. Instrumentet kan anvendes på forskellige niveauer; til måling af den samlede relationelle koordinering i en afdeling eller et afsnit eller til måling af den relationelle koordinering mellem faggrupper indbyrdes i en afdeling. Man kan også tænke sig det anvendt til undersøgelse af samarbejdet mellem afdelinger indbyrdes eller i relation til eksterne samarbejdsparter. Instrumentet kan bl.a. bruges til at identificere stærke og svage led i samarbejdet, og til at sætte strategisk ind der, hvor der er mest behov for det. Instrumentet er oversat til dansk²⁴ og er afprøvet i flere danske undersøgelser.

Ivy Oandasan, Department of Family and Community Medicine, University of Toronto and Kathryn Parker, SickKids Learning Institute, Hospital for sick Children, Toronto, har ligeledes udviklet et IP-Compass, der er et værktøj til at måle en organisations eller afdelings parathed til at arbejde med IPLS. Dette værktøj er oversat til dansk og testes på udvalgte afdelinger på Glostrup Hospital i løbet af 2012.

Invester i frontlinjeledelse

På Glostrup Hospital, hvor IPLS i flere år har været en strategisk satsning, er erfaringen, at det er en udfordring at skabe ledelsesmæssig opbakning på afdelingsniveau. Udfordringen for afdelingsledere og lokale frontlinjeledere er her at skabe organisatorisk rum og kulturer, der sikrer gode interprofessionelle samarbejdsrelationer og rettidig, præcis og respektfuld kommunikation. Det fordrer, at samarbejdet mellem ledere og medarbejdere i sig selv er båret af hyppig, rettidig og præcis kommunikation. Ledelsen skal have ressourcer til at støtte og vejlede medarbejderne i processer og prioriteringer i samarbejdet om kerneopgaven. Det er vanskeligt, hvis frontlinjelederne er for få, eller hvis støtten længere oppe i systemet mangler. Det er derfor vigtigt, at indsatsen prioriteres, og at ledelsen bakker op hele vejen igennem systemet.

Lær at løse konflikter

På afdelings-, afsnits- eller teamniveau kan konflikter ofte ses som indikatorer for, at noget i systemet eller i processen omkring kerneopgaven ikke fungerer optimalt. Skal konflikten løses, er det vigtigt at holde fokus på løsningen af det aktuelle problem; ikke på placering af skyld. En fingerpegende kultur kan både føre til, at problemer og fejl skjules, så organisationen ikke får mulighed for at lære nyt og udvikle praksis. Og til at konflikter bliver personlige frem for faglige. Den lokale ledelse spiller en central rolle, når den problemløsende, og ikke fingerpegende kultur skal skabes. Formelle procedurer og politikker for håndtering af konflikter, f.eks. konfliktmægling, kan også bidrage til udviklingen af konstruktiv og proaktiv konflikt håndtering.

Skab fleksible jobgrænser

På højtspecialiserede områder er der grænser for, hvor fleksible jobgrænserne kan være. Medarbejdere skal naturligvis ikke udføre opgaver, de ikke har kompetencer til; omvendt er det vigtigt, at faggrænserne ikke er stivere, end at det er muligt at sætte patientens samlede behov i forgrunden. Uanset om arbejdsopgaven falder inden for den ene eller den anden medarbejders jobbeskrivelse. Som historien om Susanne viser, kan stive faggrænser eller manglende viden om andre specialer være en hindring for det smidige og effektive samarbejde om at give patienten det bedst tænkelige forløb.

Styrk teammøder og konferencer

På det lokale niveau er det en væsentlig ledelsesopgave at få teammøder og konferencer til at fungere, så de styrker den relationelle koordinering og det interprofessionelle samarbejde. For at sikre, at pleje og behandling tager udgangspunkt i fælles mål, er det vigtigt, at alle berørte faggrupper inddrages; f.eks. i forbindelse med indlæggelse og udskrivning af patienter. Det er også afgørende, at teammøder, konferencer, etc. fungerer effektivt, med klare mål, klare rollefordelinger og klar og forståelig kommunikation. Og at både medarbejdere og ledere prioriterer deltagelse højt. Det er ledelsens ansvar at sikre det.

Skab gode relationer til eksterne aktører

I mange tilfælde er det ikke tilstrækkeligt for det gode patientforløb, at samarbejdet internt på hospitalet fungerer godt. Hospitalet må også være i stand til at kommunikere effektivt med eksterne aktører; det være sig andre hospitaler, kommuner eller almen praksis. Med kortere og kortere indlæggelsestider øges risikoen for 'svingdørs-patienter', og derfor er behovet for et effektivt samarbejde med eksterne aktører yderligere skærpet. Forløbsprogrammer for de store kroniske sygdomme er en hjælp til at støtte dette samarbejde.

Grib anledningen!

Uden en dedikeret indsats, sker forandringerne ikke. Men er beslutningen truffet, er der mange anledninger til at bringe samarbejde, læring og kommunikation i fokus. Ledelsen kan være bevidst om at udnytte disse anledninger – og at gribe dem. F.eks. når noget er gået særlig godt og bør fejres; måske gode NIP tal, patienttilfredshedsmålinger eller andre begivenheder, hvor et team eller en afdeling har udmærket sig. Anledninger kan også opstå i en aktuel konflikt mellem faggrupper eller pga. mistrivsel blandt personalet. Eller i forbindelse med behandling af patientklager eller en utilsigtet hændelse. Afdelingsledere og ansvarlige mellemledere bør gribe alle de anledninger, som giver mulighed for at reflektere over eksisterende praksis; i et perspektiv, der har patienten i centrum, og med fokus på koordinering af relationer i et interprofessionelt samarbejde.

Det er en opgave for ledere på alle niveauer i sundhedsvæsenet at sikre den rigtige teknologi, hensigtsmæssige journaliserings-, kvalitets- og belønningssystemer, uddannelse, rekruttering, samarbejdsfora, fleksible jobgrænser og proaktiv konfliktløsning. Og alt sammen for at understøtte et effektivt samarbejde mellem faggrupper og mellem sundhedsvæsenets forskellige søjler. Lykkes det kan borgeren og borgernes behov for alvor sættes i centrum.

Som det forhåbentligt er fremgået af det foregående, så er der for os at se betydeligt indholdsmæssigt overlap mellem IPLS og relationel koordinering. Begge begreber lægger vægt på, at det skaber bedre kvalitet i ydelserne, når der bliver arbejdet ud fra fælles mål og viden bliver delt, så man opnår en fælles forståelse af samarbejdet omkring kerneopgaven. I en tid med stagnerende budgetter og øgede krav til produktivitet, er der klart potentialer i at styrke samarbejdet om kerneopgaven på måder, så de eksisterende medarbejderressourcer udnyttes bedre. Der er da også allerede gang i en række initiativer i Danmark, både omkring IPLS og omkring relationel koordinering, og der er næppe tvivl om, at de kommende år vil bringe flere.

I 2010 blev Dansk Selskab for Interprofessionel læring og samarbejde www.ipls.dk dannet. Selskabet har til formål at udbrede IPLS indenfor sundhedsvæsenet i Danmark. Der er oprettet et internationalt forum for forskning og udvikling af relationel koordinering: Relational Coordination Research Collaborative, under ledelse af Jody Gittell.

I løbet af de næste par år vil relationel koordinering være omdrejningspunktet for bl.a. to større projekter: 1) 'Relationel koordinering' i et samarbejde mellem Region Nord, Ålborg Hospital og Glostrup Hospital med støtte fra Videncenter for Velfærdsledelse. 2) Forskningsprojektet 'Relationel koordinering i hverdagsrehabilitering' udført af TeamArbejdsliv med støtte fra Arbejdsmiljøforskningsfonden.

Referencer

- 1 Martin, Helle Max, 2010: "Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv", Dansk Sundhedsinstitut, København, s. 43.
- 2 IPLS – Interprofessionel læring og samarbejde i Sundhedsvæsenet, Bestyrelsen for IPLS, 2011.
- 3 Jørgensen P.E., Jeppesen D. og Holtzmann J.S.: "Syg? Samarbejde på tværs af sektorer giver bedre resultat", Politiken, 19 marts 2010.
- 4 WHO, Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of Human Resources for Health (2010): Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice, (WHO/HRH/HPN/10.3). WHO, Geneva.
- 5 Gittell, J.H. (2009): High Performance Healthcare. Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience. McGraw Hill, New York.
- 6 Gittell, J.H., Edmondson, A. & Schein, E.: Learning to coordinate: A dual intervention Model of Organizational change: <http://ebookbrowse.com/learning-to-coordinate-a-dual-intervention-model-of-organizational-change-doc-d143482528>.
- 7 Gittell, J.H. (2003): The Southwest Airlines way – Using the Power of Relationships to Achieve High Performance. The McGraw-Hill Companies, Inc., New York.
- 8 Gittell, J.H. (2008): Relationships and Resilience: Care rovider responses to pressures from managed care. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 44(1): 25- 47.
- 9 Gittell, J.H. (2009): High Performance Healthcare. Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience. McGraw Hill, New York.
- 10 Gittell, J. H. (2011): Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience, Presentation, 26.01.11 Greenhouse for leadership: <http://www.lederweb.dk/Dokumentarkiv/Artikler/Konference-De-skjulte-velfærdsreserver/>.
- 11 Gittell, J.H., Weinberg, D., Pfefferle, S. & Bishop C. (2008): Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes. *Human Resource Management Journal*, 18(2):154-170.

- 12 Oshsner, M., Leana, C. & Appelbaum, E. (2009): Improving direct care work: Integrating theory, research and practice. White Paper – Alfred P. Sloan Foundation July, 29th, (U.st.).
- 13 Gittell, J.H. (2009): High Performance Healthcare. Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience. McGraw Hill, New York.
- 14 Gittell, J.H., Edmondson, A. & Schein, E.: Learning to coordinate: A dual intervention Model of Organizational change: <http://ebookbrowse.com/learning-to-coordinate-a-dual-intervention-model-of-organizational-change-doc-d143482528>.
- 15 Gittell, J.H. (2009): High Performance Healthcare. Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience. McGraw Hill, New York.
- 16 Oshsner, M., Leana, C. & Appelbaum, E. (2009): Improving direct care work: Integrating theory, research and practice. White Paper – Alfred P. Sloan Foundation July, 29th, (U.st.).
- 17 Olesen, K.G., Toft E., Hasle P. & Kristensen, T.S. (2008): Virksomhedens sociale kapital. Hvidbog. Arbejdsmiljørådet, København.
- 18 Hasle, P., Toft, E. & Olesen K.G. (2010): Ledelse med social kapital. L&R Business, København.
- 19 Glostrup Hospital (2011). Interprofessionel læring og samarbejde – Uddannelsesforløb til IPLS facilitator. Evalueringsrapport.
- 20 Holtzmann J. S., Hovedskov J. og Jeppesen D. (2011): "Interprofessionel læring har skabt en anden tilgang til patienterne på Glostrup Hospital" i Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, nr. 5.
- 21 WHO, Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of HumanResources for Health (2010): Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice, (WHO/HRH/HPN/10.3). WHO, Geneva.
- 22 Gittell, J.H. (2009): High Performance Healthcare. Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience. McGraw Hill, New York.
- 23 Citat oversat efter: Gittell, J.H. (2009): High Performance Healthcare. Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience. McGraw Hill, New York, s. 59.
- 24 Lundstrøm, S.L.: Analyzing the correlation between structure, social capital and relational coordination in general practice.