



Charlotte Bredahl Jacobsen og Stine Louring Nielsen

Udvikling mod mere brugerinddragelse

En procesevaluering af et udviklings-
projekt på Glostrup Hospital

Publikationen *Udvikling mod mere brugerinddragelse* kan downloades fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-xxx-x

Projekt 2185

November 2012

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Denne evaluering er en del af en evalueringstrilogi om et projekt på Glostrup Hospital, som har haft til hensigt at skabe bedre muligheder for brugerinddragelse. De to øvrige del-evalueringer, henholdsvis "Forventningssamtalen på N38" og "Tumorambulatoriet på N48", har beskrevet projektets resultater. I dette notat sætter vi fokus på processen og på de ledelsesmæssige og organisatoriske forhold som har haft betydning for projektets successer og fiaskoer.

Notatets primære målgruppe er de, der har været berørt af projektet eller har fulgt det tæt. Andre, som er eller skal i gang med at sætte et brugerinddragelsesprojekt i gang, kan dog også have glæde af at kende erfaringerne fra Glostrup Hospital.

Med notatet her afsluttes et mangeårigt samarbejde med Glostrup Hospital. Vi vil derfor benytte lejligheden til at takke hospitalets ledelse og medarbejdere for et godt samarbejde, engagement på mange niveauer i brugerinddragelse og velvilje til at fortælle om de erfaringer, man har gjort sig undervejs i projektperioden.

Projektet er finansieret af det kommunale momsfond, FOKUS, og Dansk Sundhedsinstitut, nu 'KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning'.

Projektet er designet, udført, analyseret og primært afrapporteret, inden Dansk Sundhedsinstitut fusionerede med AKF og KREVI. Derfor omtaler forfatterne egen organisation som DSI frem for 'KORA' undervejs i notatet.

Charlotte Bredal Jacobsen
Projektchef
KORA

Indhold

Resumé	5
1. Projektets opståen	6
2. Evalueringens formål og tilblivelse	7
3. Arbejdsdeling mellem projektets deltagere	8
3.1 Afdelingsledelsen	8
3.2 Afsnitsledelsen	9
3.3 Arbejdsgrupperne	9
3.3 Udviklingsafdelingen	10
3.4 Dansk Sundhedsinstitut	10
3.5 Opsamling	11
4. To forløb – ét fælles fokus	12
4.1 Fælles identificering	12
4.2 Forandring i tre spor	12
4.3 Fælles evaluering	16
5. Erfaringer	17
5.1 Afdelingsledelsen	17
5.2 Afdelingssygeplejerskerne	18
5.3 Udviklingsafdelingen	18
5.4 Dansk Sundhedsinstitut	19
5.5 Opsamling	19
6. Konklusion – det vi tager med videre	20
6.1 Alle faggrupper skal være medspillere	20
6.2 Afdelingslederne skal give plads til udvikling, men også være klar til at sparke væggened	20
6.3 Gør mulighedsrummet for projektet klart fra start	20
6.4 Udvikling tager tid	20
6.5 Engagement, motivation og mod	20
Litteratur	22

Resumé

Udvikling mod mere brugerinddragelse kræver tid, engagement fra medarbejdere og projektejere og dertil en god portion mod. Dertil synes det væsentligt at have en tovholder, som ikke drukner i de øvrige krav om forandring, der skyller ind over de danske hospitalsafsnit i form af fusioner, ændrede arbejdsopgaver og patientgrupper, samt nye regulativer og retningslinjer, som også skal implementeres. En ekstern tovholder kan støtte engagerede projektejere til at blive ved med at arbejde for udviklingsprojektet – og vende tilbage til det, når andre arbejdsopgaver eller udfordringer har trukket dem væk. Det er nogle af erfaringerne fra et langvarigt udviklingsprojekt på Glostrup Hospitals neurologiske afdeling, som DSI har været del af.

I dette notat sammenfatter vi de erfaringer, vi har gjort os om de ledelsesmæssige og organisatoriske forhold i udviklingsprojektet. Vi fortæller om de roller, som projektets ledende deltagere har haft, og vi beskriver, hvorledes udviklingsprojektets mulighedsrum bliver sat af to forhold:

- Den position projektets primus motorer indtager i hospitalets faglige og ledelsesmæssige hierarki
- De øvrige ledelsesmæssige udfordringer og arbejdsopgaver, som karakteriserer primus motors position.

God læselyst!

1. Projektets opståen

Glostrup Hospital indgik i starten af 2008 et samarbejde med Dansk Sundhedsinstitut (DSI) om et projekt, som havde til formål at fremme brugerinddragelsen på hospitalet. Parterne havde en fælles interesse i at finde måder at styrke samarbejde mellem personale, patienter og pårørende i behandlingsforløb.

DSI havde indledende, i midten af 2006, formuleret et projektprogram, som skulle understøtte sundhedsvæsenet i bestræbelserne på at gøre brugerinddragelse til realitet. DSI's ønske med programmet var:

- at afdække barrierer og muligheder for brugerinddragelse
- at igangsætte konkret udvikling mod mere brugerinddragelse med lokal forankring
- at lære mere om, hvordan forskning og udvikling kan forenes i bestræbelserne på at gøre brugerinddragelse til en realitet.

Projekter inden for programmet skulle skabe forpligtende samarbejder med lokale aktører i sundhedsvæsenet. Sundhedsfagligt personale skulle afdække og udvikle deres praksis mod mere brugerinddragelse gennem sparring med DSI, som ville bibringe processen relevant forskningsbaseret viden.

Glostrup Hospital var på samme tid begyndt at tænke i mere brugerinddragende baner. Hospitalet ønskede at få fokus på deres arbejde med brugerinddragelse.

I starten af 2007 tog Udviklingsafdelingen ved Glostrup Hospital kontakt til DSI for at høre om mulighederne for et samarbejde. For begge parter var timingen god. Glostrup Hospital kunne hjælpe DSI med at føre projektprogrammet ud i livet, og DSI kunne hjælpe Glostrup Hospital med mere brugerinddragelse og samtidig styrke deres profil. Samarbejdet mellem DSI og Glostrup Hospital var som udgangspunkt et godt match.

Udviklingsafdelingen gjorde herefter et benarbejde i forhold til at finde en afdeling, hvor projektet kunne være forankret. I den forbindelse tog de kontakt til afdelingsledelsen på Neurologisk Afdeling. Afdelingen bestod af flere afsnit, og afdelingsledelsen besluttede, at særligt to af dem kunne have gavn af at indgå i projektet, N38 og N48. Afdelingsledelsen konsulterede afdelingssygeplejerskerne på de to afsnit, som begge så muligheder i at tage del i projektet. Projektets lokale samarbejdspartner stod nu klar.

Samarbejdet om projekt "Brugerinddragelse i sundhedsvæsenet" kom således i stand gennem den rigtige timing og fælles interesser. Projektet er på den måde startet med et initiativ oppefra, men har i praksis taget form ud fra lokale udfordringer og interesser. Projektet har bevidst arbejdet med at fastholde disse lokale udfordringer og interesser for på den måde at styrke en bottom-up baseret tilgang, dvs. en tilgang der tager afsæt i de udfordringer, som projektets aktører identificerer i det lokale miljø frem for på forhånd definerede mål (1).

2. Evalueringens formål og tilblivelse

I denne evaluering fortæller vi historien om den proces, som fulgte fra den tidlige tilblivelse og frem til 2011, hvor projektets aktiviteter var overgået til almindelig drift.

Vi vil have fokus på at identificere det generelle i det specifikke. Dvs. at vores fokus er at finde gennemgående linjer i aktørernes individuelle oplevelser af, hvad der i projektforløbet har været betydningsfuldt for projektets fremdrift, forankring og resultater (2).

Vi vil have fokus på:

- Hvilke roller de forskellige ledelsespersoner har haft i processen
- Hvordan de hver især har oplevet projektets forløb og samarbejdet med hinanden
- Hvad de oplever projektet har givet dem og vil give videre
- Hvilke erfaringer de ønsker at give videre omkring processen.

Evalueringen er primært blevet til ved hjælp af interviews med de implicerede ledelser på Glostrup Hospital. I praksis har DSI afholdt ét fællesinterview med afdelingsledelsen på Neurologisk Afdeling, ét interview med hver af afdelingssygeplejerskerne på henholdsvis afsnit N38 og N48 og ét interview med udviklingskonsulent, Charlotte Andreasen fra Udviklingsafdelingen på Glostrup Hospital.

Derudover har DSI anvendt diverse procesdokumenter som mailkorrespondancer, mødereferater og tidsplaner til at skabe os et overblik over projektets ca. 2 ½ årige forløb. Endelig indgår data fra projektets to øvrige devalueringer som baggrundsmateriale.

3. Arbejdsdeling mellem projektets deltagere

Projekt har forløbet som et tværgående samarbejde mellem flere aktører: Ledelsen på Neurologisk Afdeling på Glostrup Hospital, ledelsen og udvalgte arbejdsgrupper på afsnit N38 og N48, Udviklingsafdelingen og DSI. Endelig er patienter og pårørende inddraget med deres viden i mindre udvalgte dele af projektforsløbet. Parternes roller blev ikke definitivt defineret inden projektets opstart. De har taget form i processen ud fra en dialektik mellem faglige beføjelser og praksis, hvor de daglige arbejdsgange og det faglige råderum har sat mulighederne og begrænsningerne for, hvilke roller projektets aktører har kunnet indtage og blive tildelt.

Arbejdsfordelingen på projektet kan overordnet deles op ud fra en skelnen mellem konstant og situationsspecifik berøring med projektet. Det følgende beskriver, hvilke roller de forskellige personer har haft i projektet ud fra dette skel.

3.1 Afdelingsledelsen

Ledelsen på Neurologisk Afdeling har primært været i berøring med projektet i bestemte faser og overgange af projektet.

Formelt har deres rolle været at åbne døre, når projektets udvikling er stødt på udfordringer. I praksis er dette bl.a. sket gennem ledelsens tildeling af en tillægsordning for nogle af de ansvarshavende på afsnittene. Men i forhold til at åbne døre for større strukturelle ændringer, som dele af arbejdet mod mere brugerinddragelse fordrede, er dørene forblevet lukkede.

Ledelsens rolle var især afgørende i den indledende fase, hvor projektet skulle finde sin lokale forankring på Glostrup Hospital. Afdelingsledelsen var gate-keeper:

"Vores rolle er at vælte vægge og filtrere de projekter, som tilfører værdi videre i systemet, og bremse de projekter der ikke gør." (Ledende overlæge)

I forhold til ledelsens filtrering af projekter var projektet mod mere brugerinddragelse et af dem, der slap gennem nåleøjet og ført videre ind i systemet. Videreførelsen af projektet har på ledelsesniveau været afhængig af den øvrige kontekst. For afdelingsledelsen er det meget de ting, der foregår udenom og hen over projektet, som optager dem. De oplever dagligt at blive bombarderet med nye regler og tiltag, som kan være udfordrende at se tilførslen af værdi af.

Samtidig fortæller afdelingsledelsen, at de selv har mange "ideer i skuffen", som bare venter på det rigtige øjeblik, det rigtige projekt, som ideen kan tilknyttes, eller den rigtige personprofil. Koblingen af egne interesser, plads til et projekt i mængden af regler og tiltag der skal implementeres, og afdelingsledelsens vurdering af om projektet tilfører værdi, har således været afgørende for, at de valgte at deltage i projektet.

Afdelingsledelsens rolle har i praksis været at gribe den bold, som udviklingsafdelingen kastede, om at samarbejde med DSI om et brugerinddragelsesprojekt. Og at kaste bolden videre til afsnitsledelsen på N38 og N48. Ledelsens motivation for netop at kaste bolden herhen var bl.a., at de havde modtaget negative LUP-tal, som dækkede over patientklager i forbindelse med indlæggelser. Afdelingsledelsen havde her indledende en "skuffe-idé" om, at arbejde mod mere brugerinddragelsen i behandlingsforløb kunne være en løsning. Ligeledes så de projektet som en anledning til at skabe en stærkere profil og selvbevidsthed på afsnit N38, og afsnit N48 fik mulighed for at sætte ekstra fokus på deres hjernetumor-patienter. På den måde så ledelsen projektet som noget, der kunne tilføre værdi til både de to lokale afsnit, Neurologisk Afdeling og Glostrup hospital.

Da projektet er skudt i gang, indgår afdelingsledelsen i en styrende projektgruppe sammen med afdelingssygeplejersken på N38, den ansvarlige overlæge og afdelingssygeplejersken på N48, udviklingsafdelingen og DSI. Gennem løbende møder beslutter denne gruppe projektets videre forløb og følger op på projektets fremdrift. Det er bl.a. ved disse møder, at afdelingsledelsen gøres opmærksom på, hvilke vægge der bør brydes ned af hensyn til projektets succes.

3.2 Afsnitsledelsen

Afdelingssygeplejerskerne på de to neurologiske afsnit på Glostrup Hospital har haft den konstante og daglige berøring med projektet. Det har været dem, der i deres daglige praksis på afsnittene har ageret primus motor og givet projektet lokal form i samarbejde med deres personalegruppe inden for det mulighedsrum, som afdelingsledelsen udstak.

Afdelingssygeplejersken på N48 beskriver selv sin rolle i projektet som at være den, der har overblik og føling med sin personalegruppe og deres behov. Hun har herigennem oplevet hele tiden at vide, hvor hun skulle gribe ind og udfylde huller eller uddelegere arbejde. Hun har hele tiden vidst, hvor hendes personalemedlemmer har været i relation til projektet og deres øvrige arbejde. I forbindelse med projektet kobledede hun bl.a. ekstra sundhedspersonel på tumorambulatoriet på grund af arbejdsbyrden, og det var også hende, der forhandlede et løntillæg til to projektansvarlige sundhedspersonaler med afdelingsledelsen. Her var tale om praktiske forhold, som skulle gøre gennemførelsen og tilslutningen til projektet mulig.

Afsnit N38 skiftede afdelingssygeplejerske undervejs i projektet. Den første afdelingssygeplejerske så potentialet i at lade projektet være et element, som kunne samle og opkvalificere hele personalegruppen. Dertil havde hun en forhåbning om, at et godt udviklingsprojekt kunne tiltrække og fastholde sygeplejersker, hvilket var et problem for afdelingen. Undervejs i projektperioden sker større forandringer på N38. Udover lederskiftet ændres afdelingens patientsammensætning. Det har betydet, at begge afdelingssygeplejersker har haft en vigtig opgave i at bibeholde fokus på projektet blandt personalet og modificere projektets form ud fra de forandringer, som afsnittet gennemgik (3). Afdelingssygeplejerskerne har løbende skulle gentænke, hvordan afsnittet kunne arbejde mod mere brugerinddragelse, alt imens dets brugere ændrede karakter.

Afdelingssygeplejerskernes roller har således været meget forskellige. På begge afsnit har de dog været primus motorer på projektet og stået for at holde overblik, skaffe ressourcer, bibeholde fokus og gentænke projektets form løbende. Udviklingen af projektet er på den måde sket i samspil med de øvrige ledelsesudfordringer, som afdelingssygeplejerskerne har stået med i perioden.

3.3 Arbejdsgrupperne

Arbejdsgrupperne har også haft kontinuerlig berøring med projektet. Dertil har de dannet sparingsnetværk for afdelingssygeplejerskerne på de to neurologiske afsnit.

På afsnit N38 ønskede man det brede blik på rehabilitering og valgte derfor at forme en arbejdsgruppe af rehabiliterende personale på tværs af eget afsnits plejepersonale og afsnittets konsulterende ergo- og fysioterapeuter. Arbejdsgruppen bestod af afdelingssygeplejersken, en udviklingssygeplejerske, et plejepersonalemedlem, en fysioterapeut og en ergoterapeut. I projektets indledende forandringsfase fungerede udviklingssygeplejersken som ressource på flere niveauer. Sygeplejersken hjalp med udformningen af informations- og vejledningsark omkring den forventnings-samtale, som skabtes gennem projektet. Samtidig arbejdede udviklingssygeplejersken for en lokal forankring ved at informere og sparre med personalet undervejs omkring de nye arbejdsopgaver, som fulgte med projektet.

På afsnit N48 valgte man at nedsætte en lille arbejdsgruppe med få medarbejdere. Gruppen skulle varetage arbejdsopgaverne forbundet med udviklingen af det tumorambulatorium, som N48 valgte at gøre til deres brugerinddragelsesprojekt. Arbejdsgruppen bestod af afdelingssygeplejersken, afsnittets faste overlæge, en sygeplejerske og en sosu-assistent. Det var også disse fire, som fik nye arbejdsopgaver og efterfølgende afholdt samtaler i ambulatoriet med patienter og pårørende. Arbejdsgruppen havde således ikke opgaver knyttet til en forankring i en større personalegruppe. Det var afdelingssygeplejerskens opgave, i det omfang hun fandt det passende.

3.3 Udviklingsafdelingen

Udviklingsafdelingens rolle har været at agere mellemled mellem DSI og Neurologisk Afdeling og de to neurologiske afsnit N38 og N48. Udviklingsafdelingen har særligt været i berøring med projektet i bestemte perioder, f.eks. når DSI, Udviklingsafdelingen og de to neurologiske afsnit har skullet koordinere temadage og møder på tværs. Den medierende rolle har været konstant gennem hele projektets forløb.

Den ledende overlæge på Neurologisk Afdeling beskriver Udviklingsafdelingens rolle således:

"Man kan sige, hvordan kommer I (DSI) ind i en organisation som os? I skal have en vej ind, og det skal være gennem nogen, der også er interesserede i at være medspillere."

Indledende var Udviklingsafdelingen gatekeeper på projektet i forhold til at formidle og tildele DSI adgang til Glostrup Hospital. Udviklingsafdelingen havde lange dialoger med DSI om, hvilke steder der kunne være relevante for projektet og dets tankegang, samtidig med at de havde en fornemmelse af, hvad der rørte sig, og hvem der havde overskud til at deltage.

I projektets forandringsfase har Udviklingsafdelingen været god til at foreslå løsninger på de nye opgaver, som afsnittene har stået med. F.eks. besluttedes på foranledning af den styrende projektgruppe undervejs i forløbet, at alle patienter med primær tumor i hjernen skulle visiteres til afsnit N48, fordi patienterne her kunne tilknyttes det nye tumorambulatorium. Det gav afsnittet flere alvorligt syge og terminale patienter. Udviklingsafdelingen foreslog derfor en supervisionsordning for personalet. Ifølge afdelingssygeplejersken har Udviklingsafdelingen på den måde taget sig af de praktiske ting og understøttet hende i processen.

3.4 Dansk Sundhedsinstitut

DSI har overordnet ageret tovholder på projektet. I forandringsfasen har rollen primært været observerende. Dertil har DSI forbundet udviklingen til forskning ved at introducere viden om kliniske mikrosystemer (4) og udenlandske undersøgelser og ved at finde viden om dialogstøttende redskaber.

I projektets indledende fase stod DSI for at søge fonde til projektet, udføre interviews og observationer på de to neurologiske afsnit og på baggrund heraf skrive en sammenfattende rapport om de lokale muligheder for at skabe brugerinddragelse i daglig klinisk praksis (5). I projektets forandringsfase planlagde og afholdt DSI sammen med Udviklingsafdelingen møder og temadage for at formidle rapportens pointer og igangsætte en forandringsproces, som kunne fremme arbejdet mod mere brugerinddragelse. Herfra overgik ledelsen af projektet til Neurologisk Afdeling med de to afdelingssygeplejersker som projektledere. DSI har dog holdt øje med projekternes udvikling under forandringsfasen – af interesse og i et forsøg på at bevare fokus på afsnittene. På baggrund af kontakt med projektets parter har DSI forsøgt at holde de forskellige aktører til ilden. Et forhold, som flere af de ledende parter i projektet har oplevet som vigtigt og positivt.

"Jeg synes faktisk, I (DSI) har været den største kapacitet i forhold til at holde projektet i live og i gang." (Afdelingssygeplejerske, N48)

"Jeg synes, det var DSI, der havde det meste arbejde." (Udviklingskonsulent, Glostrup Hospital)

I forbindelse med at holde projektet i live stod DSI for at udarbejde oplæg til møder, føre referat og udarbejde tidsplaner over det næste forløb. I evalueringsfasen har DSI afholdt interviews med ledelse, personale, patienter og pårørende omkring deres erfaringer med projektet. De har ligeledes i samarbejde med Udviklingsafdelingen udviklet spørgeskemaer og har samlet og behandlet alle data i to evalueringsrapporter eksklusiv nærværende (3,6).

3.5 Opsamling

De forskellige ledende aktører i projektet har alle placeret sig inden for et kontinuum af konstant og situationsbestemt berøring med projektet. De to neurologiske afsnit og arbejdsgrupperne, der har stået for den daglige udvikling af praksis mod mere brugerinddragelse, har haft den konstante berøring. DSI og afdelingsledelsen har haft berøring med projektet i bestemte situationer og varierende i de forskellige faser. Udviklingsafdelingen har forbundet de, som havde situationsbestemt, og de, som havde konstant berøring med projektet, og sikret, at de to typer aktører mødtes på relevante tidspunkter med relevante dagsordener.

Projektets fremdrift har været afhængig af, at ingen af aktørerne har sluppet projektet helt. Når den konstante og den situationsbestemte berøring har været regelmæssig, har projektet været drevet bedst fremad.

4. To forløb – ét fælles fokus

De to deltagende afsnit, N38 og N48, har forskellige arbejdsområder og patientklienteller. Deres arbejde mod mere brugerinddragelse har taget forskellig form, men motivationen har været fælles: at fremme samarbejdet mellem personale, patienter og pårørende gennem mere kendskab, åbenhed og kontinuitet.

I det følgende beskriver vi de processer, som tog form i arbejdet mod mere brugerinddragelse. Processerne har begge steder forløbet i tre faser: identificering, forandring og evaluering. Identificerings- og evalueringsfasen har strukturelt været ens for begge afsnit, mens det konkrete forandringsarbejde tog forskellig form på de to neurologiske afsnit.

4.1 Fælles identificering

Afsnit N38 så indledende et samarbejde med DSI om brugerinddragelse som noget, der kunne komme eksisterende problemstillinger på afsnittet til livs. N38 havde i tiden op til projektet oplevet en del klagesager fra patienter. Samtidig havde afsnittet en uklar profil i forhold til, hvilke patienter de varetog. Afsnittet havde ingen fast læge tilknyttet og havde svært ved at rekruttere og fastholde sygeplejersker. Samarbejdet med DSI blev derfor en mulighed for afsnittet til at samle sig om et projekt, der kunne løfte afsnittet ud af nogle af deres problemer.

Afsnit N48's incitament for at indgå et samarbejde med DSI var primært, at personalet allerede inden projektets start oplevede et behov for en bedre behandling over tid af deres patienter med primær kræft i hjernen. Særlig koordineringen af deres forløb oplevede personalet ikke var tilfredsstillende. Afdelingssygeplejersken på afsnittet ønskede sig et ambulatorium for denne patientgruppe. Afdelingen havde allerede gode erfaringer med oprettelsen af et ambulatorium til ALS-patienter, og tanken om, at et ambulatorium kunne være en god løsning, var derfor nærliggende. Afdelingssygeplejersken havde selv indledende ideer til, hvordan hun syntes, arbejdsgangene omkring ambulatoriet skulle struktureres, og havde tænkt tanker i forhold til, hvem hun kunne uddelegere arbejdsopgaver til, så hun med egne ord: *"vidste at det blev gjort på den måde, jeg synes var det rigtige"*.

I tråd med det åbne fokus på N38 og på trods af det relativt indsnævrede fokus på N48 blev projektet startet primo 2008 med et eksplorativt empirisk studie, som skulle identificere muligheder og begrænsninger for brugerinddragelse på N38 og N48. DSI interviewede personale, patienter og pårørende og observerede den daglige kliniske praksis på begge afsnit.

Det empiriske studie (5) påpegede tre områder med særligt potentiale for forbedringer:

- Inddragelsen af pårørende
- Kontinuitet i behandlingsforløbet
- Kontinuitet i læge-patient kontakten.

Hermed var lagt op til et forandringsprojekt med tre spor.

4.2 Forandring i tre spor

4.2.1 N38 – Udvikling fra bunden

På baggrund af rapporten beskrevet ovenfor afholdtes medio 2008 et møde med afdelingssygeplejersken, en sygeplejerske, en sosu-assistent, en læge fra Parkinson-ambulatoriet, en konsulterende ergoterapeut, en fysioterapeut og tre forskere fra DSI. Gruppen fandt i fællesskab frem til, at de begrænsninger, som patienter, pårørende og personale oplevede i forhold til at samarbejde, i høj grad hang sammen med, at parterne havde usagte forventninger til hinanden, og de vurderede, at problemet var særligt udtalt i forhold til pårørende. På baggrund af gruppens indspark og rapporten

besluttede afdelingssygeplejersken på N38 at gøre pårørendeinddragelse til et særligt indsatsområde i N38's forandringsprojekt.

Afdelingssygeplejersken ønskede bred involvering og engagement fra hele personalegruppen. På baggrund heraf blev det besluttet at gennemføre en temadag om pårørendeinddragelse og med fysisk deltagelse af pårørende. Personalet var selv med til at udvælge, hvilke pårørende der skulle inviteres til temadagen.

Temadagen blev afholdt primo januar 2009 på Glostrup Hospital. Efter et indledende oplæg om rapporten arbejdedes i grupper med pårørende, plejepersonale og fysio-/ergoterapeuter om mulige måder at forbedre pårørendes inddragelse. Ideerne blev herefter samlet i plenum og vurderet og prioriteret i samråd. Fra deltagerne skriftlige evalueringer af dagen ved vi, at de pårørendes deltagelse gjorde en stor og vigtig forskel. Der blev lyttet ekstra opmærksomt til alle deltagerne i temadagen. For forståelsens skyld blev der talt med flere ord end i situationer, hvor der kun er fagfolk tilstede, og en deltager påpegede, at det også nedtonede personalets indbyrdes fagkampe. Evalueringerne fra dagen vidner desuden om en oplevet god dialog og om temadagen som et godt redskab til at åbne op for refleksioner over den daglige kliniske praksis:

"Der var en god dynamik i gruppens dialog. Der blev både lyttet og talt og alle deltog aktivt."
(Plejepersonaledeltager på temadagen)

"Jeg oplevede, at der var en meget god dialog både på tværs og med mig som pårørende."
(Pårørendedeltager på temadagen)

"Selve tanken om at inddrage de pårørende er en kanon god idé og også lidt modigt. De pårørende kunne sætte nogle tanker i gang samtidig med, at jeg fik tid til at reflektere over min praksis. Dagen gav mig også en fælles oplevelse med mine kollegaer." (Plejepersonaledeltager på temadagen)

Således hjalp temadagen til at åbne op for arbejdet mod mere brugerinddragelse gennem bred dialog og en samling af faggrupper om et fælles projekt og mål. Temadagen resulterede i 14 forslag til emner, der kunne arbejdes videre med. Forslagene var mangeartede og mere eller mindre ressourcekrævende. Der var f.eks. forslag til indlæggelsessamtaler, kontaktbøger, billeder af personalet på gangen og bedre skiltning.

Det endelige valg af indsats lå hos afdelingssygeplejersken på N38, som valgte, at afsnittet skulle arbejde med forventningssamtaler.

I foråret 2009 interviewede arbejdsgruppen næsten alt personale i små grupper for at klarlægge, hvad de synes var vigtigt at skulle indgå i sådan en samtale. På baggrund af interviewene udviklede arbejdsgruppen hen over sommeren en vejledning omkring, hvilke informationer personalet skal indhente, inden forventningssamtalen afholdes, og hvilke praktiske foranstaltninger der skal være på plads i forbindelse med samtalen. Hen over vinteren udarbejdede gruppen ligeledes en spørgeguide, som skulle støtte dialogen i selve forventningssamtalen (8).

Gennem udviklingsarbejdet gik det op for arbejdsgruppen, at en væsentlig barriere for pårørendeinddragelse var personalets usikkerhed over for, hvordan de skal kommunikere med pårørende. Derfor udviklede udviklingsafdelingen et særligt kommunikationskursus, som medarbejderne deltog i på skift.

Forventningssamtalerne kom langsomt i gang. Grundet ændringerne i patientsammensætningen på afsnittet var det længe uklart for personalet, hvem der skulle indkaldes til en forventningssamtale. På tidspunktet for evalueringen er forventningssamtalen implementeret, men der er stadig mange usikkerheder forbundet med den, f.eks. i forhold til planlægning af afholdelse og indhentning af informationer inden samtalen (6).

Samlet er forandringsprocessen på N38 kendetegnet ved:

- et stort behov for en forandring set med ledelsens øjne
- en parathed til forandring og et mod til at se på de ting, der kan gøres bedre hos medarbejderne
- en proces, som samler medarbejderne og skaber fælles forståelse og engagement
- en eksplorativ tilgang, hvor behov og løsninger identificeres og udvikles undervejs gennem inddragelse af flest mulige medarbejdere
- en proces, som inddrager pårørende direkte i den indledende del af forandringsprocessen
- langsom implementering og usikkerhed i den indledende brug af det udviklede koncept.

4.2.2 N48 – Udvikling af en "skuffe-idé"

Også på afsnit N48 samledes en gruppe, som på baggrund af den eksplorative undersøgelse skulle beslutte, hvordan der skulle arbejdes mod mere brugerinddragelse. Gruppen bestod af afdelingssygeplejersken, den afsnitsansvarlige overlæge, en sygeplejerske og en sosu-assistent.

Undersøgelsen havde udpeget koordination og videndeling som kerneudfordringer i forhold til inddragelse af hjernetumorphæmter og deres pårørende, og gruppen ønskede at arbejde videre hermed. DSI bibragte ideer til, hvorledes man i dialog kan understøtte videndeling hentet fra den internationale litteratur.

Gruppen fandt, at disse udfordringer kunne imødegås gennem et ambulatorium for hæmter med hjernetumor. Som afdelingssygeplejersken senere hen beskrev det, gav rapporten på den måde et godt input til, hvad indholdet i et ambulatorieforløb skulle være, hvis det skulle dække hæmternes behov.

Den større sundheds- og samfundsmæssige kontekst spillede også ind på valget af fokus for forandringsprojektet på N48. Kræftplan II og dennes retningslinjer for behandlingstid gjorde, at der blev opstillet krav til en mere sammenhængende koordination af kræftpatienters behandlingsforløb (7). Afdelingssygeplejersken sad med i arbejdsgruppen om kræftplanerne og var derfor meget optaget af og inspireret af de udfordringer og behov, som blev diskuteret i dette forum.

Afdelingssygeplejersken på N48 sparrede med afsnittets overlæge og gik i gang med at etablere et ambulatorium. Sammen fandt de frem til, hvornår hæmter skulle indkaldes, og hvem i personalegruppen der kunne tage hovedansvar for og være primus motor på de ekstra arbejdsopgaver forbundet med ambulatoriet. Inden for en måned efter fokusgruppemødet startede ambulatoriet op med at afholde konsultationer med hæmter og pårørende.

For at arbejde videre med ideen om kontinuitet i behandlingen af hæmter med primær kræft i hjernen afholdt N48 en temadag med fokus på, hvor det gik galt i overgangene i et tumor-forløb. Temadagen løb af stabelen april 2009 med deltagelse af afsnitsledelsen på N48, en læge og en sygeplejerske fra Neurokirurgisk Afdeling, Udviklingsafdelingen og DSI. Selve dagen blev planlagt af DSI og Udviklingsafdelingen med input fra afdelingssygeplejersken på afsnit N48.

Hæmter med primær kræft i hjernen blev opereret på Kirurgisk Afdeling H, men flyttet derfra til rehabilitering – oftest til Neurologisk Afdeling N. Overgangen mellem de to afdelinger var derfor central for N48's hæmter.

Temadagen skabte en større forståelse blandt de medvirkende for hæmternes behov for kontinuitet, og hvordan deres informationspraksisser og arbejdsdelinger skabte huller i kontinuiteten.

På temadagen identificerede parterne en række problemer og lagde op til løsninger på dem.

Nedenfor er et par af dem skitseret:

Problem	Løsning	Ansvarlig
Patienterne savner koordineret og konsistent information på tværs af de mange behandlende enheder.	Afdeling H's forløbsmapper og konceptet skal bruges som basis til at skabe en fælles forløbsmappe på tværs af afdeling N og H.	Afdelingssygeplejersken er ansvarlig for at nedsætte en arbejdsgruppe, og en udvalgt sygeplejerske skal lave et visitkort og en informationsfolder, som hun kan udlevere til patienterne.
Der er ventetider på onkologisvar og første samtale hos onkologerne.	Der skal arbejdes hen mod et samarbejde med onkologerne. I næste uge ved vi, om Herlev Hospital eller Rigshospitalet er kommende samarbejdspartnere. Herefter tages kontakt.	Ledende overlæge på Neurokirurgisk Afdeling er ansvarlig for at tage kontakt. Hvis der er positiv tilbagemelding på et samarbejde, laver DSI og Udviklingsafdelingen en formel information til et samarbejds møde og arrangerer det.

Trods temadagens handleanvisende output lykkedes det reelt ikke at virkeliggøre nogle af disse løsninger. En af årsagerne var, at projektet rantes af de mange fusioner af afdelinger og ændringer i de enkelte afdelingers arbejdsområder, som prægede perioden. En anden af årsagerne var ifølge afdelingssygeplejersken, at man heller ikke ønskede at trumfe ting igennem, som personale på det andet afsnit måske ikke syntes var så vigtigt eller reelt ønskede.

Alt i alt er forandringsprocessen på N48 således kendetegnet ved:

- Processens leder havde en idé til en løsning allerede inden projektopstart
- Løsningen er en imitation af en allerede kendt og integreret løsning på afsnittet, blot for andre patientgrupper
- Ny viden selekteres og indarbejdes i forhold til den idé, som processens leder havde inden projektets start
- Processen involverede en nøje udvalgt gruppe medarbejdere, mens det øvrige personale kun indirekte blev påvirket
- Ambulatoriet er implementeret og fungerer i løbet af ganske kort tid
- Øvrigt udviklingsarbejde med at skabe kontinuitet stopper kort tid herefter, og arbejdet med at skabe samarbejde gennem aftaler med naboafsnittet falder til jorden.

Sammenholder vi forandringsprocesserne på de to afsnit, ser vi åbenlyse forskelle. Den største forskel beror på, om projektets formål fra start har været åbent, eller der har hersket indledende ideer om, hvad der kunne være en god idé at udvikle. Antropologerne Jøhncke et al. har påpeget, at 'forudindstillinger' ofte kan skabe et selekteret blik på bestemte problemstillinger og bestemte løsninger på disse. Det kan gøre det svært at åbne et projekt op (9).

Den forandringsproces, som har forløbet på afsnit N48, synes netop fanget her. På den ene side er N48 lykkedes med hurtigt at skabe og implementere et nyt og ønsket tiltag. På den anden side har processen været præget af et selekteret blik – og følgelig en løsning, som er en imitation af noget velkendt.

4.2.3 Det kulsejlede projekt om kontinuitet i læge-patient kontakten

Den indledende undersøgelse påpegede som nævnt et behov for at øge kontinuiteten i læge-patient kontakten. Arbejdet mod at skabe øget kontinuitet i læge-patient kontakten havde imidlertid strukturelle odds imod sig, og efter nogle indledende øvelser døde det ud.

Plejepersonale, patienter og pårørende oplevede på tværs af afsnit N38 og N48 behovet for kontinuitet i læge-patient kontakten. I den styrende projektgruppe blev den ledende overlæge på Neurologisk Afdeling tildelt ansvaret for, sammen med sin uddannelsesvejleder, at kigge på, hvor der

kunne sættes ind og hvordan. Samtidig så den ledende overlæge på mulighederne for at ansætte en fast læge til afsnit N38 som del af løsningen. Heller ikke det lykkedes imidlertid:

"Vi lavede et forsøg, hvor vi prøvede at ansætte en, der havde erfaring med rehabilitering og medicinsk kunne gå og tage sig af de ting... men det viste sig virkelig at være et fejlskud. Der tegner sig et godt billede af, at tingene ikke bare lader sig løse over en nat. Politikerne tror, at det er "at indføre... og om 8 dage", men sådan fungerer det ikke ude i praksis. Det kræver de rigtige mennesker til at løfte opgaven." (Ledende overlæge)

En af grundene til at projektets tredje spor døde ud, er således ifølge afdelingsledelsen, at det har været vanskeligt at rekruttere det rigtige menneske med den rigtige profil til jobbet. En anden begrundelse ligger også i, at behovet for større kontinuitet i læge-patient kontakten fordrer, at strukturen omkring lægernes arbejdsgang på Glostrup Hospital skal gentænkes og omstruktureres. Behovet krævede derved større forandringer uden for afsnittene selv – og dermed uden for det mulighedsrum, som projektets deltagere kunne agere i.

DSI forsøgte at sætte gang i en debat om temaet og mulige løsninger ved at afholde et læge kick-off møde i oktober 2008. Mødet blev afholdt med repræsentanter fra DSI og udvalgte dele af lægestaben på Glostrup Hospital. Alle deltagere fik inden mødet tilsendt rapporten om den indledende undersøgelse, og Udviklingsafdelingen arrangerede en mødedato. Hensigten med mødet var at holde et (provokerende) oplæg, som præciserede behovet for at gentænke strukturering af læge-patient kontakten. Med baggrund i rapporten og andre – tidligere – DSI-undersøgelser om organisering af det lægefaglige arbejde skulle oplægget bruges til at sætte nye tanker i gang og bryde vanetænkning. Bl.a. blev tankerne omkring det Kliniske Mikrosystem fremlagt, hvor vigtigheden af at have patienten i fokus og tænke kvalitetsudvikling ind i alle funktioner og aktiviteter blev understreget (8). Mødet ledte ikke umiddelbart til konkrete forandringer i organiseringen af lægernes arbejde på Glostrup Hospital.

4.3 Fælles evaluering

Evalueringen var tiltænkt som en fælles opgave for Udviklingsafdelingen og DSI. Den skulle indeholde en kvalitativ undersøgelse, som beskrev de udviklede tiltag, successer og barrierer, og den skulle suppleres af en kvantitativ før-efter måling af brugeroplevelser på N38 og N48. I praksis var der dog ikke mange, der returnerede spørgeskemaerne ved efter-målingen.

En evaluering kan benyttes som anledning til at gøre status og puste mere liv i et projekt. Det var også ambitionen med denne evaluering. Men med personaleændringer i DSI såvel som Udviklingsafdelingen og Neurologisk Afdelings mange andre opgaver og projekter, er det ikke lykket.

5. Erfaringer

Vi har ovenfor beskrevet den formelle og praktiserede arbejdsdeling. I dette kapitel vil vi beskrive, hvordan de ledende aktører hver især har oplevet projektets forløb og samarbejdet med hinanden. Herunder vil vi behandle, hvad de oplever projektet har givet dem og vil give videre.

5.1 Afdelingsledelsen

Afdelingsledelsen har oplevet afdelingssygeplejerskerne som meget selvkørende. Personalet skal selv finde mening med et projekt, og det har de gjort her:

"Kodeordet for, at et projekt overhovedet kan lykkes, er at dem, der står for projektet, er dem der har fingrene nede, der hvor det sker", forklarer den ledende overlæge.

De har oplevet, at afdelingssygeplejerskerne er kommet selv, når de har oplevet et behov. Ledelsen på Neurologisk Afdeling har oplevet samarbejdet med afsnitsledelsen som en glidende og gnidningsfri proces, hvor de har haft tiltro til, at afsnitsledelsen har kørt projektet selv og er kommet til dem, hvis der har været behov. Samtidig er de bevidste om nødvendigheden af det ledelsesmæssige fokus for et projekts udvikling og overlevelse.

"Hvis der ikke er det ledelsesmæssige fokus, så duer det ikke, fordi der har skullet gives rum og plads og tid til at kunne afholde møder." (Ledende afdelingssygeplejerske)

Ledelsen har erfaret, at grænserne for udvikling af projekter nedefra i høj grad afhænger af de forandringskrav, der kommer oppefra, også på rutineplan. De oplever med egne ord dagligt et bombardement af vejledninger, regler og instrukser, som skal implementeres, hvilket gør det endnu mere vigtigt at få medinddraget og engageret personalet i de projekter, der når ud til afsnittene. Afdelingsledelsen har oplevet, at projektets forløb og deres eget engagement og rolle i det har været afhængigt af de rammer, de selv som ledelse er blevet sat i oppefra. Hvilket igen har formet mulighedsrummet for de roller, de øvrige ledende parter har kunnet indtage og tildeles.

I forhold til samarbejdet med DSI og til dels Udviklingsafdelingen har afdelingsledelsen oplevet, at projektet har gledet i kraft af, at det har haft en ekstern kanal og professionel partner. Med afdelingsledelsens ord betyder en ekstern konsulent, at posen bliver rystet, og at ingen kan gemme sig væk og sige "det dør sgu nok ud... det glemmer de". Afdelingsledelsen fortæller også, hvordan fagligheden nogle gange kan være på standby, når krisen kradser, men at det ikke duer, når de gerne vil have et højt fagligt niveau på Glostrup. Her har afdelingsledelsen erfaret, hvordan DSI og Udviklingsafdelingen har været med til at holde skansen og haft styring med projektet.

"Hvis der er noget, der skal spredes ud og skal bruges andre steder, så er det, at der er nødt til at være en form for styring af det. For ellers går det totalt i selvsving, afhængig af hvem der gerne vil promovere sig inden for hvad." (Ledende afdelingssygeplejerske)

En pointe afdelingsledelsen gerne vil give videre er herved behovet for styring som essentielt grundlag for et projekts udvikling og form. Og at denne styring kan være svær at have uden en form for ekstern enhed, der kan holde overblik uden for de daglige praksis og gøremål. Dette kan både være i form af en Udviklingsafdeling eller en instans som DSI – eller begge, som i dette tilfælde. Hertil pointerer afdelingsledelsen også vigtigheden i, at disse eksterne aktører kan bidrage med den rigtige teoretiske tilgang til et projekt – eller som i dette tilfælde – ny viden om brugerinddragelse.

Afslutningsvis har projektet givet afdelingsledelsen en erfaring om, at man ledelsesmæssigt ikke skal være bange for at udstille noget, som godt kan blive bedre. Moralen er at turde. Derved kan man skabe rammer for god udvikling.

5.2 Afdelingssygeplejerskerne

Afdelingssygeplejerskerne på de to neurologiske afsnit har haft forskellige oplevelser af projektets forløb og samarbejdet med afdelingsledelsen. Den ene har primært støttet sig til samarbejdet med den afsnitsansvarlige overlæge. I forhold til samarbejdet med afdelingsledelsen har hun oplevet at have frie tøjler, så længe hun har kunnet gøre projektet så omkostningsfrit som muligt. Med hendes egne ord har hun ikke oplevet nogen kontrol fra ledelsen, som har forhindret hende i at kunne udfolde projektet.

Den nytilkomne afdelingssygeplejerske på det andet afsnit har til tider følt, at hun stod alene med projektet, som hun overtog sammen med den nye stilling – og alle de nye ledelsesopgaver. Hun har oplevet at have for meget ansvar og ejerskab og for lidt sparing fra sin ledelse om projektet.

Afdelingssygeplejerskernes oplevelse af samarbejdet med DSI har været positivt på den måde, at de har oplevet, at projektet hele tiden er blevet holdt i gang. De oplever begge, at der har været en fin balance mellem at blive sat i gang med et projekt og selv få lov at vælge fokus under løbende opfølgning fra DSI. Begge har dog oplevet, at det har været vanskeligt hele tiden at skulle tænke, at de havde gang i et projekt ved siden af deres daglige arbejde, hvor det hurtigt kan blive nedprioriteret i forhold til noget andet.

"Jeg har tit haft dårlig samvittighed med, hvor vi var henne, og om jeg nu havde gjort det, jeg skulle, fordi der har været så mange andre ting, som jeg også har skullet tage mig af. Og der har jeg været glad for, at DSI stadigvæk har været ihærdig, fordi jeg tror, at jeg nogle gange har været svær at få kontakt til og med i det her". (Afdelingssygeplejerske, N48)

En af de erfaringer, som afdelingssygeplejerskerne gerne vil give videre, er, at tid og ressourcer har en betydning for projektets bæredygtighed. Her har den ene afdelingssygeplejerske oplevet, hvordan samarbejdet med Udviklingsafdelingen har støttet og hjulpet i processen. Hun oplever, at Udviklingsafdelingen har været gode til at foreslå muligheder for takling af nye opgaver og har taget sig af de praktiske ting.

Ligeledes har afdelingssygeplejerskerne erfaret vigtigheden af en velfungerende, fleksibel, faglig, kompetent og stabil personale- og arbejdsgruppe. Alle disse forhold hjælper til at kunne strukturere projektet på længere sigt og fremme dets bæredygtighed. Begge afdelingssygeplejersker pointerer i den forbindelse, at der kræver en stor portion engagement, motivation og ejerskab at gå ind i og have lyst til at deltage i sådan et projekt.

"Projektet kunne ikke have lykkedes, hvis ikke det havde været noget, vi var engageret i og havde været motiveret for. Det kunne det ikke". (Afdelingssygeplejerske, N48)

5.3 Udviklingsafdelingen

Udviklingsafdelingen har overordnet oplevet samarbejdet som givende i forhold til at opnå viden omkring brugerinddragelse og måder forskningsbaseret viden kan knyttes til praksis.

Samtidig har Udviklingsafdelingen oplevet projektet som et langt forløb med mange møder og mange skriv. Det har været svært at skubbe på, fordi der har været så meget andet i gang på afdelingerne samtidig.

"I en verden hvor der er så mange forandringer, der kan det være svært at holde fokus på et projekt, der kører i så lang tid, hvor flere mennesker skal tages i ed. Der kan man hurtigt komme til at glemme et eller andet." (Udviklingskonsulent, Glostrup Hospital).

Projektet har givet Udviklingsafdelingen et indblik i, hvor svært det er at lave kulturforandring og ændre praksis. Det tager tid og kræver et overskud og tilførsel af ressourcer. En klar erfaring, som projektet har givet, er, at et udviklingsprojekt altid vil være en del af en større helhed, og at projektets udvikling og bæredygtighed afhænger af, hvorvidt der skabes plads til delen i helheden. Som udviklingskonsulenten udtrykker:

"Det er ikke af ond vilje, man ikke vil forandre noget, men der er altid mange forbehold. Og hvis man har en ambition om at ændre noget, så er det vigtigt at gøre sig klart, at man ikke kan ændre noget hurtigt."

5.4 Dansk Sundhedsinstitut

Projektet har givet DSI konkrete erfaringer med de muligheder og barrierer for udviklingsprojekter, som eksisterer på afsnitsniveau i det danske sundhedsvæsen.

DSI har oplevet engagerede lokale nøglepersoner som en betydelig faktor i projektforløbet. Projektet har haft en lokal forankring, hvor det har skullet finde sin plads og form inden for eksisterende rammer og arbejdsopgaver. Her har især arbejdsgrupperne og afdelingssygeplejerskerne på de to neurologiske afsnit været med til at skabe plads til projektet, sammenhørighed og lokal gejst.

DSI havde som ambition at bibringe forandringsprojektet forskningsbaseret viden. Dette skulle dels være i kraft af viden om kliniske mikrosystemer, dels i kraft af viden om effekter af dialogstøtteredskaber. Gennem projektet oplevede DSI, at begge former for viden nåede hospitalet på for DSI at se relevante tidspunkter i udviklingsprocessen. Alligevel var det efterfølgende svært at se, at den viden havde gjort en større forskel for outcome af forandringsprojekterne.

DSI's rolle i forandringsprocessen havde en tendens til at blive som facilitator frem for som forsker, der bibringer viden til processen.

Erfaringen er således, at et forpligtende samarbejde mellem forskere og udviklere ikke nødvendigvis skaber direkte overførsel af forskningsbaseret viden til ny klinisk praksis. Imidlertid syntes det at have skabt grobund for, at nye tanker og indsigter har nået ud til medarbejdere med direkte kontakt til patienter og pårørende i dagligdagen.

5.5 Opsamling

Projektet har givet de ledende aktører nogle fælles erfaringer, der ifølge dem selv vil styrke deres videre arbejde med udviklingen mod mere brugerinddragelse og udviklingsprojekter mere generelt. En overordnet fælles erfaring er vigtigheden af en overordnet tovholder, som kan holde liv i projektet, især når det strækker sig over længere tid. En tovholder kan holde overblik, og et uvildigt blik og kan være med til at sikre et kontinuerligt fokus på projektet.

Den fælles oplevelse af tovholderen som vigtig hænger i høj grad sammen med, at alle ledende aktører under hele projektforløbet har oplevet at skulle gøre plads til en udviklingsproces, samtidig med at meget andet er foregået. En anden fællesnævner blandt de ledende aktørers erfaringer er betydningen af lokalt engagement og motivation.

6. Konklusion – det vi tager med videre

Med denne evaluering har vi ønsket at samle generelle erfaringer, som kan tages med i kommende længerevarende udviklingsprojekter. Nedenfor er de væsentligste opsummeret.

6.1 Alle faggrupper skal være medspillere

Dette projekt var ikke tænkt som, men endte i høj grad med at blive, et sygeplejedrevet projekt drevet frem af afdelingssygeplejerskerne. Det mulighedsrum, som projektet kunne udfolde sig i, blev dermed stærkt afhængigt af den position i hospitalets ledelseshierarki og de ledelsesmæssige udfordringer, som afdelingssygeplejersker står i. Det gav dårlige muligheder for at inddrage den for patienterne måske væsentligste forudsætning for brugerinddragelse: nemlig kontinuitet i læge-patient kontakten. Fremadrettede udviklingsprojekter, som skal skabe mere brugerinddragelse, kan derfor med fordel gøre mere for at gøre lægerne til medspillere.

6.2 Afdelingslederne skal give plads til udvikling, men også være klar til at sparke vægge ned

Med afdelingsledere med stort ledelsesspænd, som tilfældet er på Neurologisk Afdeling på Glostrup Hospital, bliver afdelingsledelsen afhængig af, at en række udviklingsprojekter kan være selvkørende. De selvkørende projekter kan skabe udvikling og opleves som rammer til frihed. De kan også opleves ensomt og som et stort ansvar at stå alene med.

Afdelingsledelsen er alligevel vigtige deltagere – fordi det er dem, der kan sparke vægge ned, når det er nødvendigt.

6.3 Gør mulighedsrummet for projektet klart fra start

I dette projekt har DSI ageret tovholder og holdt hånd i hanke med projektet. Afdelingsledelsen har været dem, der har kunnet åbne døre. På ledelsesplan er det afdelingsledelsen, som har sat muligheder og begrænsninger for projektet. En central begrænsning har været, at der ikke var rum for større strukturelle forandringer såsom en gentænkning af læge-patient kontakten.

På den måde skriver projektet sig ind i en større tendens i sundhedsvæsenet med ledere, som tilvælger projekter, der ikke kræver omlægning i struktur, men gerne i praksis på gulvet.

Alle involveredes tro på et projekts revolutionsfaktor skal afstemmes det mulighedsrum, som sættes op. Vil vi kun ændre på praksis på gulvet inden for de strukturelle rammer, som afdelingsdeling, arbejdstid og ressourcer sætter, skal de involverede ikke forvente en revolution.

6.4 Udvikling tager tid

Et udviklingsprojekt vil altid være en del af en større helhed, og projektets udvikling og bæredygtighed afhænger af, hvorvidt der skabes plads til delen i helheden. De omkringliggende arbejdsopgaver vil altid blive forstyrret af projektet, men det vil også være dem, der den anden vej rundt forstyrrer projektet og dets mulighed for at skabe forandring.

Hvis man for alvor vil skabe forandring mod mere brugerinddragelse, tager det tid og villighed til over lang tid at kæmpe for projektets fortsatte vigtighed og bevågenhed. Udvikling mod mere brugerinddragelse kræver tid og vedholdenhed.

6.5 Engagement, motivation og mod

Det mest essentielle og indledende forhold er dog nærværet af engagement og motivation. Som alle projektets ledende aktører har ytret, ville et projekt som dette, med udvikling nedefra og lidt ledelse oppefra, ikke have overlevet uden det lokale engagement, interesse og fokus.

Dertil fordres mod til udvikling. Det er vigtigt som leder ikke at være bange for at udstille noget, som godt kan blive bedre. Læren fra dette projekt er, at man skal turde.

Litteratur

1. Krogstrup A. Målbaseret, målfri og postmoderne evaluering. In: Dahler-Larsen P, Krogstrup H, editors. Tendenser i evaluering. 3rd ed. Odense: Narayana Press; 2003.
2. Bogason B, Sørensen E. Bottom-up analyser - en introduktion. In: Bogason B, Sørensen E, editors. Samfundsforskning Bottom-Up. 1st ed. Narayana Press: Roskilde Universitetsforlag; 1998.
3. Navne L, Nielsen S, Jacobsen C. Forventningssamtalen - Et brugerinddragelsestiltag på Glostrup Hospital, N38. Dansk Sundhedsinstitut 2011.
4. Hansen J, Jacobsen C, Petersen A. Kliniske Mikrosystemer - Kvalitetsudvikling med Patienten i Centrum. Dansk Sundhedsinstitut, Center for Kvalitet, Danske Regioner; 2010.
5. Jacobsen C, Petersen A. At skabe muligheder for brugerinddragelse i daglig klinisk praksis. Fokus & Dansk Sundhedsinstitut; 2009.
6. Navne L, Nielsen S, Jacobsen C. Tumorambulatoriet - Et brugerinddragelsestiltag på Glostrup Hospital, N48. Dansk Sundhedsinstitut 2011.
7. Sundhedsstyrelsen. Kræftplan II - Sundhedsstyrelsens Anbefalinger til Forbedringer af Indsatsen på Kræftområdet. 1st ed. Sundhedsstyrelsen; 2005.
8. Tholstrup J, Kudsk A, Lund M, Lindegaard B, Qvist P, Hansen J, et al. Introduktion til kliniske mikrosystemer. Kvalitetsudvikling med patienten i centrum. 2nd ed. København: Dansk Sundhedsinstitut, Danske Regioner & Region Syddanmark, Center for Kvalitet; 2010.
9. Jöncke S, Svendsen M & Whyte S. Løsningsmodeller – Sociale Teknologier som Antropologisk Arbejdsfelt. I: Viden om Verden. Kirsten Hastrup (red.). Hans Reitzels Forlag; 2003.