

Inspiration til læring fra Det Nationale Ledelsesprogram i sundhedsvæsenet

En undersøgelse af de foreløbige erfaringer



Christina Holm-Petersen, Rikke Povlsen og Mads Leth Jakobsen

*Inspiration til læring fra Det Nationale Ledelsesprogram i
sundhedsvæsenet – En undersøgelse af de foreløbige erfaringer*

© VIVE og forfatterne, 2020

e-ISBN: 978-87-7119-856-0

Modelfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301632

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Formålet med denne rapport er at bidrage til læring fra de foreløbige erfaringer med Det Nationale Ledelsesprogram i sundhedsvæsenet. Disse erfaringer skal fremadrettet bl.a. inspirere til at styrke kvalitetsudvikling med fokus på borgerne og bidrage til at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen på tværs af regioner og kommuner samt understøtte ledernes ledelsesidentitet.

Rapporten kommer med eksempler på, hvordan ledelsesprogrammet har inspireret udvalgte deltagere i deres daglige praksis, samt eksempler på konkrete kvalitetsforbedringsprojekter, som deltagerne har gennemført som led i deres deltagelse i Det Nationale Ledelsesprogram.

Rapporten bidrager samtidig til viden om forbedringspotentialer i den fremtidige gennemførelse af Det Nationale Ledelsesprogram.

Der er tale om en interviewundersøgelse, og interviewdeltagere har været udvalgt af de fem regioner i samarbejde med repræsentanter for kommunerne.

Rapporten har tre forfattere: Chefanalytiker og ph.d. i organisation Christina Holm-Petersen, som ud over at være hovedforfatter har været projektleder for undersøgelsen og gennemført alle interview. Studentermedhjælper Rikke Povlsen, som har indgået i diskussion af data, bidraget til skrivning af dele af rapporten og med referater af alle interview. Forsknings- og analysechef Mads Leth Jakobsen har deltaget i processen med design af undersøgelsen, diskussion af data og har skrevet bidrag til rapporten.

Rapporten har i tråd med VIVEs retningslinjer været i eksternt review.

Undersøgelsen er rekvireret og finansieret af de danske regioner.

Pia Kürstein Kjellberg

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed
2020

Indhold

Sammenfatning.....	5
1 Undersøgelsesformål og baggrund.....	9
1.1 Formål.....	9
1.2 Om Det Nationale Ledelsesprogram på sundhedsområdet.....	10
1.3 Indholdet af Det Nationale Ledelsesprogram.....	12
1.4 Læsevejledning.....	14
2 Undersøgelsestilgang og metode.....	15
2.1 Tilgang i undersøgelsen.....	15
2.2 En interviewundersøgelse.....	15
3 Seks konkrete forbedringsprojekter.....	19
3.1 Hjemmebehandling af kræftpatienter.....	19
3.2 Etablering af et behovsstyret ambulatorium.....	20
3.3 Forebyggelse af genindlæggelse af ældre borgere.....	23
3.4 Nedbringelse af færdigbehandlingsdage.....	25
3.5 Nedbringelse af forløbstid i kræftpakkeforløb.....	27
3.6 Fast forbedringsdag (hver 14. dag).....	29
4 Flere gode erfaringer fra programmet.....	33
4.1 Begejstring for det nationale og tværgående fokus.....	33
4.2 En styrkelse af forbedringskompetencer.....	34
4.3 Eksempler på mere tværgående tænkning.....	35
4.4 Eksempler på øget inddragelse af borgere/patienter/pårørende.....	37
4.5 En styrkelse af lederidentiteten.....	39
5 Forbedringspotentiale i det fremtidige nationale ledelsesprogram.....	40
5.1 Forbedringspotentiale knyttet til positive og negative erfaringer.....	40
5.2 Potentiale i et mere ambitiøst program.....	40
5.3 Ambassadørrollen kan styrkes.....	45
5.4 Potentiale i at overveje udvælgelse og sammensætning.....	46
5.5 Studieturen til Skotland.....	48
6 Konklusion.....	51
6.1 Eksempler på oplevet læring.....	51
6.2 Input til videre læring.....	51
6.3 Ledelsesprogrammet set i et metaperspektiv.....	52
Litteratur.....	53
Bilag 1 Interviewguide, gruppe.....	54

Sammenfatning

Baggrund

Det er en central grundsten i det nye nationale kvalitetsprogram i sundhedsvæsenet, at ledere skal have et stærkt fokus på løbende at skabe forbedringer af kvaliteten i sundhedsvæsenet. For at understøtte det er der igangsat et nationalt ledelsesprogram, som fokuserer på ledelse af kvalitetsforbedringer i sundhedsvæsenet. Ledelsesprogrammet er rettet mod ledere af ledere i sundhedsvæsenet og har foreløbig været afholdt tre gange med deltagelse af ledere fra såvel det regionale som det kommunale sundhedsvæsen. Det er målet, at ledere, der har deltaget i programmet, vil kunne fungere som spydspidser i arbejdet med at skabe en forbedringskultur, hvor ledere skaber højere værdi gennem øget borgerinvolvering og tværgående samarbejde i frontlinjen.

Et konsortium bestående af LEAD og Implement Consulting Group står for at gennemføre Det Nationale Ledelsesprogram. Mobilize Strategy Consulting A/S har stået for en evaluering af programmet (2018; 2019).

Formål

Med denne undersøgelse har de fem danske regioner bedt VIVE om at undersøge de foreløbige erfaringer med og eksempler på, at intentionerne i Det Nationale Ledelsesprogram i sundhedsvæsenet er blevet omsat i deltagernes organisationer. Denne indsigt skal inspirere til læring og fremadrettet inspirere til bl.a. at understøtte et mere sammenhængende sundhedsvæsen på tværs af regioner og kommuner samt kvalitetsforbedringer, der tager udgangspunkt i patienternes behov. Formålet har således været ud fra tilgang med gode eksempler at beskrive, hvordan Det Nationale Ledelsesprogram har betydet en positiv betydning i deltagernes hverdag i forhold til målene med ledelsesprogrammet.

Rapporten skal også stimulere til læring både nationalt og lokalt i forhold til videreudviklingen af ledelsesprogrammet.

Undersøgelsens tilgang og anvendte metoder

Undersøgelsen bygger på 18 interview med 35 deltagere i ledelsesprogrammet samt centrale nøglepersoner i deres organisationer. Regionerne og nogle af de deltagende kommuner har udvalgt deltagere til interview og gode eksempler på forbedringsprojekter. Det er altså deres oplevede gode eksempler på forbedringsledelse, der beskrives.

Ved at undersøge positive eksempler skal rapporten give inspiration til, hvordan man fremadrettet kan agere. Rapporten giver således ikke som udgangspunkt grundlag for negativ inspiration til, hvad man ikke bør gøre. Samtidig har der dog også i de gennemførte interview været fokus på fremtidige forbedringsmuligheder, og deltagersammensætningen i fokusgruppeinterviewene har også givet rum for mindre positive erfaringer.

Seks eksempler på forbedringsprojekter

Rapporten beskriver seks eksempler på deltagernes forbedringsprojekter. Disse cases eksemplificerer, hvordan ledelsesprogrammet konkret har styrket forbedringsledelsen gennem styrket tværsektorielt og tværgående samarbejde, styrkelse af patientens autonomi samt tværgående organisatorisk systematisering af forbedringsarbejdet. Casene repræsenterer således væsentlige områder inden for intentionerne i ledelsesprogrammet. Flere af projekterne har derudover

været motiveret af et organisatorisk behov i form af bedre at blive i stand til at opfylde kræftpakkeforløb, udredningsgarantien eller nedbringe antallet af dyre færdigbehandlingsdage for kommunerne. Der er tale om følgende cases:

1. Hjemmebehandling af kræftpatienter
2. Behovsstyret ambulatorie
3. Forebyggelse af genindlæggelser
4. Nedbringelse af færdigbehandlingsdage
5. Nedbringelse af forløbstid i kræftpakkeforløb
6. Organisering af fast forbedringsdag.

I gennemførelsen af projekterne har deltagerne anvendt metoder fra Det Nationale Ledelsesprogram og bl.a. været inspireret af programmets fokus på, at patientforløb er tværgående.

Yderligere eksempler på inspiration fra programmet

Ud over de seks eksempler på forbedringsprojekter kommer deltagerne med yderligere eksempler på den læring, de oplever, at ledelsesprogrammet har inspireret til.

Nationalt perspektiv og netværk

Mange deltagere oplever netværksdelen i programmet som særligt givende. Det opleves generelt som meget positivt, at der har været fokus på det netværksskabende element i det nationale ledelsesprogram, og at der har været et nationalt fokus. Der er således skabt netværk på tværs i landet. Dette anses som meget positivt i en hospitalsverden, der ofte kan være præget af konkurrence hospitalerne imellem. Det anses således af flere af deltagerne som ønskværdigt, hvis man fremadrettet kan fremme den dagsorden, at man lærer af hinanden, frem for at alle skal opfinde de samme dybe tallerkener.

Styrkelse af forbedringskompetencer

Som led i ledelsesprogrammet oplever deltagerne, at de har fået opdyrket, styrket eller bekræftet deres forbedringskompetencer. Der peges fx på, at de anvendte metoder og værktøjer – fx PDSA¹ og prøvehandling – har været inspirerende. Særlig blandt de interviewede læger er der eksempler på, at de i meget høj grad oplever at få nogle nye kompetencer med hjem.

Mere tværgående fokus

Flere af deltagerne har oplevet, at deres fokus på og kompetencer inden for tværgående koordination og samarbejde er blevet styrket gennem deres deltagelse i Det Nationale Ledelsesprogram. Det gælder både på tværs inden for eget hospital, mellem hospitaler og mellem hospital og kommuner. Deltagerne oplever således, at de i højere grad går i dialog med hinanden og finder fælles løsninger på udfordringer.

Øget inddragelse af patienter

Der er også eksempler på, at deltagerne oplever, at der er sket en udvikling i den måde, deres patienter/pårørende eller borgere inddrages på. Det handler således både om inspiration til metoder til inddragelse og til dannelsen af et nyt perspektiv på, hvorfor patienternes stemme i højere grad er vigtig at få med ind i forbedringsarbejdet. Det at møde patientfortællinger i programmet har på denne vis for nogle været en øjenåbner, der har gjort, at patienten i centrum

¹ Plan-Do-Study-Act-cirklen (PDSA) har en central plads i forbedringsmodeller.

bliver mere end blot en floskel. Flere oplever at have fået bedre forudsætninger for at arbejde med borger-/patientinddragelse efter ledelsesprogrammet.

Styrkelse af lederidentiteten

Nogle af lederne har en oplevelse af, at programmet direkte har bidraget til at udvikle deres lederidentitet. Det vil sige, at de i dag står på et bedre fundament med en bredere værktøjskasse til at bedrive ledelse i deres afdelinger og organisationer.

Forbedringspotentialer i forhold til fremtidige forløb i programmet

Hvad angår formål 2 med undersøgelsen tilkendegiver interviewpersonerne en række udfordringer og deraf følgende forbedringspotentialer ved programmet. Hovedparten af de interviewede deltagere har i tråd med undersøgelsens tilgang været glade for deres deltagelse i Det Nationale Ledelsesprogram. De mere kritiske af deltagerne påpegede, at de synes, det er en dyr uddannelse, at den er tidskrævende at deltage i – og samtidig ikke ambitiøs nok. De oplever ikke, at der indholdsmæssigt er så meget nyt i programmet i forhold til anden ledelsesuddannelse, de tidligere har deltaget i.

Hvordan programmet kunne blive (endnu) mere ambitiøst

Der er to former for forbedringspotentialer i oplevelsen af, at programmet ikke er ambitiøst nok, som også deles af en række af de mere positive deltagere – den, der er rettet mod indholdet og afviklingen af kurset, og den, der er rettet mod den organisatoriske forankring af kurset i de enkelte deltageres organisation. Pointerne kan opsummeres således:

- Det er vigtigt, at alle deltagere prioriterer deres deltagelse højt
- Kursusledelsen har en vigtig rolle i at tydeliggøre og fastholde forventninger
- Deltagernes organisationer har en vigtig rolle i at prioritere og give plads til ledernes deltagelse
- Deltagernes organisationer har en vigtig rolle i at bidrage med engagerede sponsorer
- Formålet med at deltage i ledelsesprogrammet skal stå knivskarpt
- Formålet med sponsorrollen skal stå knivskarpt
- Formålet med ambassadørrollen skal stå knivskarpt
- Bidraget fra coachen kan stå mere skarpt
- Der efterspørges mere viden om, hvordan man motiverer alle faggrupper til at se værdien af intentionerne
- Deltagernes organisationer skal udvælge deltagerne strategisk, således at dagsordenen for kvalitetsforbedringen fremmes mest muligt
- Løbende evalueringer bør give anledning til ændringer af de forhold, der kunne være bedre.

Den tværsektorielle deltagelse kan med fordel styrkes

Det opleves som meget positivt, at den tværsektorielle sigte styrkes ved, at der deltager ledere fra kommunerne. Særligt de kommunale deltagere efterspørger dog fremadrettet en mere ligelig fordeling, så de kommunale deltagere kommer til at fylde mere.

Mange bemærker, at det er ærgerligt, at de praktiserende læger ikke deltager i programmet, da de udgør det tredje ben i sundhedsvæsenet – et ben, som det så er svært at videreudvikle samarbejdet med.

Turen til Skotland skiller vandene

Adspurgt om forbedringspotentialet peger en række af deltagerne på turen til Skotland. Samtidig er studieturen til Skotland noget af det, der skiller deltagerne – rangerende fra helt fantastisk og allermest inspirerende til tæt på spild af tid og penge. De positive lægger især vægt på at se deres organisering af det tværgående samarbejde mellem primærsektoren og hospitaalsektoren. Derudover fandt mange det inspirerende at mærke de skotske repræsentanters gejst og stolthed for deres sundhedsvæsen. Et forbedringsforslag er, at repræsentanter fra Skotland i stedet kommer til Danmark og fortæller, og at gode danske forbedringscases dyrkes.

Konklusion

Rapporten rummer oplevede eksempler på, at centrale intentioner i Det Nationale Ledelsesprogram omsættes til hverdagspraksis i deltagernes organisationer. Ledelsesprogrammet bidrager således til, at en række deltagere oplever, at de opnår nye eller videreudvikler eksisterende kompetencer inden for forbedringsledelse.

Hvad angår forbedringsmuligheder i det fremtidige nationale ledelsesprogram er det en tråd i deltagernes perspektiver, at det strategiske fokus med fordel kan styrkes. Det gælder både i gennemførelsen af programmet og i det organisatoriske ophæng. Det handler fx om:

1. Strategiske kriterier ved udvælgelse af deltagere. De bør udvælges strategisk i forhold til potentialet for at kunne løfte egen afdeling og fungere som ambassadører udadtil – herunder tydelige formål hermed og forventninger hertil som led i programmet.
2. Fokus på ledelsesmæssig understøttelse af deltagerne i forhold til prioritering af at bruge tid på programmet, gennemførelse og hjælp til forbedringsprojekt samt ledelses- og sponsorunderstøttelse, herunder tydeliggørelse af forventninger til såvel sponsor- som ambassadørrollerne.
3. Fokus på netværk. Lokalt på hospitaler og i kommuner kan netværksdelen styrkes, således at der er en bevidsthed om og forventning til deltagerne som ambassadører – potentielt også opkobling til kvalitetsenheder og bredere netværk i organisationen.
4. Styrkelse af det tværsektorielle sigte gennem en mere ligeværdig fordeling af deltagere fra både det regionale og kommunale sundhedsvæsen, herunder også deltagere fra almen praksis.

En anden tråd er, at deltagerne i højere grad kan blive klædt ledelsesmæssigt på til at motivere deres omgivelser til at implementere forbedringstankegangen i det nationale kvalitetsprogram.

1 Undersøgelsesformål og baggrund

For få år siden blev "Den nationale kvalitetsmodel for akkreditering" afløst af "Det nationale kvalitetsprogram" som overordnet styringsprincip i forhold til at understøtte kvalitet i det danske sundhedsvæsen. Det nye kvalitetsprogram består af tre hovedelementer, hvoraf det nationale ledelsesprogram er et af dem:

- 8 nationale mål for sundhedsvæsenet
- Etablering af lærings- og kvalitetsteams på udvalgte områder
- Det Nationale Ledelsesprogram.

Det Nationale Ledelsesprogram har til formål at skabe et ledelsesfokus på kvalitet, der skal fremme kontinuerlige forbedringer af kvaliteten og etablering af en forbedringskultur i sundhedsvæsenet. Dermed er hensigten, at ledelsesprogrammet skal understøtte implementeringen af det nationale kvalitetsprogram på lokalt plan i regioner og kommuner. Programmet er målrettet ledere af ledere i sundhedsvæsenet og omfatter både kommunale og regionale ledere. Parterne bag Det Nationale Ledelsesprogram er Kommunernes Landsforening, Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner. Der har indtil videre været gennemført tre holdforløb i programmet, og disse har været evalueret af konsulentfirmaet Mobilize Strategy Consulting.

1.1 Formål

Formålet med denne undersøgelse er todelt:

Formål 1) Gennem gode eksempler at skabe viden om de foreløbige erfaringer med at omsætte intentionerne i Det Nationale Ledelsesprogram i sundhedsvæsenet. Det drejer sig særlig om gode eksempler på:

- a) Forbedringsledelse i forhold til kvalitetsforbedringer, fx ledere, der ændrer deres "mindset" og begynder at tænke mere i ledelse og kvalitetsforbedring.
- b) Tværsektoriel forbedringsledelse, fx ledere, der begynder at arbejde mere tværgående.

Denne viden skal fremadrettet bl.a. inspirere til at understøtte et mere sammenhængende sundhedsvæsen på tværs af regioner og kommuner samt de andre intentioner i det nationale kvalitetsprogram.

Formål 2) At understøtte læring i forhold til den fremtidige gennemførelse af Det Nationale Ledelsesprogram ved at identificere erfaringer, der kan bidrage til viden om forbedringspotentialet i programmet.

Formålet er således ikke at evaluere Det Nationale Ledelsesprogram i sundhedsvæsenet. Rapportens todelte formål er derimod på den ene side at understøtte regionernes og kommunernes arbejde med at omsætte ledelsesprogrammet og på den anden side at komme med feedback på udviklingspotentialet ud fra de udvalgte deltageres udsagn.

1.2 Om Det Nationale Ledelsesprogram på sundhedsområdet

I forbindelse med regionernes og kommunernes økonomiaftale for 2016 blev regeringen, regionerne og kommunerne enige om et nyt kvalitetsprogram. Hermed blev det aftalt at udfase akkreditering efter den danske kvalitetsmodel på offentlige sygehuse og det præhospitale område (Danske Regioner, 2016). Det nye kvalitetsprogram tager afsæt i en tankegang om at skabe øget værdi i sundhedsvæsenet (en Triple-Aim-tilgang). Det er ambitionen, at der sker en kontinuerlig forbedring af behandlingskvalitet og patientsikkerhed med høj patientoplevelse, samtidig med at der holdes fokus på omkostningssiden og den samlede effektivitet (Danske Regioner, 2016).

For at opnå dette er det ambitionen at fremme en forbedringskultur, der understøtter "frontmedarbejdernes motivation for hele tiden at forbedre kvalitet, patientsikkerhed og effektivitet" (Danske Regioner, 2016, s. 1).

Kvalitetsprogrammet er funderet på principper om:

- Få ambitiøse, nationale mål for kvaliteten
- Systematisk inddragelse af patienternes behov
- Stærkt ledelsesfokus
- Systematisk brug af tidstro data og datadrevet forbedringsarbejde
- Åbenhed om resultater.

Etableringen af et nationalt ledelsesprogram er tænkt som en hjørnesteen i arbejdet med at fremme en forbedringskultur i sundhedsvæsenet. Dette kan også aflæses i ledelsesprogrammets succeskriterier, der lægger vægt på, at ledere skal bedrive forbedringsledelse og lede forbedringsarbejde samt skabe en forbedringskultur. Det er denne begrebsliggørelse og deltagerens forhold hertil, der er i fokus i denne rapport. Formålet er således ikke at undersøge, hvad forbedringsledelse er, men i stedet komme med eksempler på, hvordan forbedringsledelse opleves at blive omsat. Begrebsmæssigt lægger ledelsesprogrammet sig op ad den internationale udvikling på sundhedsområdet, der taler om *improvement science*.²

1.2.1 Succeskriterier for ledelsesprogrammet

Det overordnede formål med Det Nationale Ledelsesprogram er at "understøtte kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet ledelsesmæssigt og generelt øge ledelsernes kompetencer inden for forbedringsmetoder, forandringsledelse, synlighed, datadrevet kvalitetsudvikling og patientinddragelse" (Danske Regioner, 2016, s. 4).

Af kravspecifikationen omkring Det Nationale Ledelsesprogram fremgår, at der er følgende succeskriterier på henholdsvis nationalt, organisatorisk og individuelt niveau for det nationale ledelsesprogram (s. 7-9):

Tabel 1.1 Succeskriterier for Det Nationale Ledelsesprogram i sundhedsvæsenet

Nationale succeskriterier
1. Bidrager til at implementere og oversætte det nye kvalitetsprogram til lokale og kliniske meningsfulde kvalitetsindsatser, reduktion af spild i kliniske processer og sikre fremdrift i det lokale arbejde med datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde .

² "Improvement science is an emerging field of study focused on the methods, theories and approaches that facilitate or hinder efforts to improve quality and the scientific study of these approaches..." (The Health Foundation, 2011, s. 6).

Nationale succeskriterier
2. Understøtter en Triple-Aim -inspireret tilgang til kvalitetsudvikling.
3. Bidrager til et fælles sprog for forbedringsarbejdet og en forbedringskultur på tværs af kommuner og regioner .
4. Bidrager til at udbrede metoder til involvering af patienter og pårørende .
5. Skaber netværk for ledere med fokus på datadrevet forbedringsledelse og her igennem ambassadører , der kan sprede viden om forbedringsmetoder og forbedringsresultater.
Organisatoriske succeskriterier (deltagerens organisation skal kunne forvente)
1. Konkrete, omkostningseffektive kvalitetsforbedringer af både interne patientforløb og forløb, der går på tværs i sundhedsvæsenet, bl.a. via involvering af patienter og pårørende .
2. At der udvikles en forbedringskultur baseret på datadrevet, klinisknært forbedringsarbejde og synlig ledelse i frontlinjen i den afdeling, deltageren repræsenterer, samtidig med at relationer til vigtige samarbejdspartnere styrkes.
3. At deltageren videreformidler og anvender metoder og redskaber i egen organisation og påtager sig at bære viden og inspiration ind i lederkollegiet i egen organisation samt lærings- og kvalitetsteams.
Individuelle succeskriterier (den enkelte deltager har)
1) Opnået viden om den grundlæggende tænkning, principper og metoder inden for moderne forbedringsarbejde, herunder at kunne: <ul style="list-style-type: none"> a) efterspørge data og tolke disse, så der skabes grundlag for prioritering, fremdrift og evaluering af forbedringsindsatsen b) medvirke aktivt til at fjerne barrierer for udvikling og hurtig implementering af forbedringer af værdi for patienter og pårørende på tværs i sundhedsvæsenet c) medvirke aktivt til, at patienter og pårørende inddrages systematisk i forbedringsarbejdet d) medvirke aktivt til at reducere spild i kliniske processer, forenkling og afbureaukratisering e) medvirke til at effektivisere arbejdsgange og ressourceforbrug samt realisere gevinster f) medvirke aktivt til at designe lokale kvalitetsindsatser, der bidrager til opfyldelse af lokale, regionale og nationale målsætninger.
2) Medvirket til konkrete forbedringer af den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet.
3) Afklaret egen ledelsesrolle i at skabe kontinuerlige kvalitetsforbedringer, herunder: <ul style="list-style-type: none"> a) kunne indgå i ledelsesteams, der kan skabe kvalitetsforbedringer b) have bedre evner til at implementere strategiske, nødvendige forbedringer i egen organisation c) være synlig rollemodel, motivere og understøtte en forbedringskultur med fokus på læring og åbenhed om resultater d) have indsigt i incitamentsstrukturer, herunder have indsigt i, hvilke faktorer der styrker motivationen for forskellige typer af medarbejdere e) kunne anvende innovative metoder og tilgange i arbejdet med forbedringer.
4) Styrket gennemslagskraft til at kunne skabe forbedringer og sprede viden i og uden for egen organisation , herunder kunne skabe gode læringsrum for sine medarbejdere.
5) Et styrket netværk omkring forbedringsarbejdet.

Anm.: Forfatterne har tilføjet fed markering og foretaget en let kondensering.

Det fremgår, at ledelsesprogrammet forventes at have mange resultater på tre niveauer, hvilket går lige fra implementering af det nationale program for kvalitetsforbedring til individuelle kompetencer i forbedringsledelse. Der kan således også være positive eksempler med ledelsesprogrammet i forhold til forskellige niveauer og mål. Det fremgår også, at en række elementer går igen på tværs af de tre niveauer. Det drejer sig om kompetencer inden for datainformeret ledelse af kvalitetsforbedring og spredning af disse samt fokus på det hele, omkostningseffektive, tværgående patientforløb og inddragelse af patienter og pårørende. Indholdet forventes dermed også at fremme værdibaseret ledelse.

1.2.2 Der er gennemført tre holdforløb

I perioden 2017-2019 har tre hold med deltagere på tværs af landet gennemført Det Nationale Ledelsesprogram. Et konsortium bestående af LEAD og Implement Consulting Group står for at gennemføre det. Som undervisere trækkes der herudover på en række nationale eksperter inden for forskellige områder. VIVE (tidligere KORAs) medvirker som underleverandør i forhold til anvendt sundhedsøkonomi. Mobilize har på baggrund af deltagerevalueringer før/under/efter de enkelte forløb stået for en evaluering af programmet (Mobilize Strategy Consulting, 2018; 2019).

1.3 Indholdet af Det Nationale Ledelsesprogram

Ledelsesprogrammet består af seks moduler og har haft samme grundstruktur for alle tre hold. Der er dog med udgangspunkt i de løbende evalueringer foretaget nogle ændringer undervejs. Tabel 1.2 præsenterer en oversigt over programmets moduler.

Tabel 1.2 Oversigt over indholdet af Det Nationale Ledelsesprogram

Kick-off
<ul style="list-style-type: none">▪ Rammesætning i forhold til det nationale kvalitetsprogram▪ Gennemgang af forløbet og forventningsafstemning▪ Oplæg fra og dialog med tidligere deltagere▪ Oplæg om det forskningsmæssige grundlag for kvalitetsforbedringer i det engelske sundhedsvæsen
Modul 1: Ledelse af det nye kvalitetsparadigme
<ul style="list-style-type: none">▪ Det nationale kvalitetsprograms rammer▪ Metoder og værktøjer til at øge effekten af igangsatte forbedringsinitiativer▪ Problemformulering for forbedringsinitiativ▪ Simulationsbaseret træning af præstations- og forbedringsledelse, teampræstationer og udvikling af tværgående samarbejde³
Modul 2: Patientfokus og datadrevne forbedringer
<ul style="list-style-type: none">▪ Metoder til inddragelse af patienter og pårørende i løbende forbedringsarbejde▪ Forudsætninger for at designe og lede kvalitetsudvikling med udgangspunkt i den værdi, der skabes for patienten.▪ PRO og PROM data, "naturligt aflejlrede data", data om tværgående patientforløb▪ Simulationsbaseret træning i at lede databaseret forbedringsarbejde²
Modul 3: Styling og implementering
<ul style="list-style-type: none">▪ Styringsmæssige rammebetingelser▪ At arbejde med rammer og incitamentsstrukturer, som sikrer, at værdiskabelse for patienten er styrende for forbedringsarbejdet▪ Ledelse ud af egen organisation og på tværs af faggrupper, afdelinger og sektorer▪ At omsætte viden om motivation til ledelsesmæssig handling▪ Simulationsbaseret implementeringstræning⁴
Modul 4: Udsyn og perspektiv (studiebesøg i Skotland)⁵
<ul style="list-style-type: none">▪ Indsigt i det skotske sundhedsvæsens arbejde med en national kvalitetsdagsorden▪ Besøg ved klinikker og enheder, der arbejder med problemstillinger, som ligner deltagerens forbedringsinitiativer▪ Sparring med kollegaer om deltagerens egne forbedringsinitiativer

³ Justering fra hold 2 til 3: Simulationsbaseret træning indgår som nyt element.

⁴ Justering fra hold 1 til 2: Simulationsbaseret træning indgår som nyt element.

⁵ På hold 1 og 2 var studiebesøget placeret som modul 3, og modul 4 havde titlen "Motivation og styling".

Modul 5: Kultur, lederteams og kommunikation

- Arbejde med at udvikle og fastholde en lærings- og forbedringskultur
- Kommunikationsredskaber⁶
- At sætte en ledergruppe, der arbejder med forbedringsinitiativer
- Posterpræsentation om eget forbedringsinitiativ

Programmet bevæger sig igennem en række temaer fra datadrevet arbejde og metoder til inddragelse af patienter og pårørende, ledelse af forbedringskultur, teams og organisation over til styringsmæssige betingelser. Dette bindes sammen af arbejdet med et forbedringsprojekt, hvor deltagerne konkret skal omsætte det, de har lært.

1.3.1 Forbedringsprojekter skal skabe link til deltagernes organisationer

Hver deltager i ledelsesprogrammet arbejder i hele programmets forløb med et forbedringsprojekt i egen organisation. Hensigten er, at arbejdet med projektet skal give deltagerne anledning til at arbejde praktisk og konkret med den tillærte viden og læring fra programmet. Forbedringsprojektet skal tage afsæt i en konkret kvalitetsudfordring eller et tydeligt effektiviseringspotentiale, og arbejdet med initiativet skal være prioriteret i organisationen. Desuden skal det være muligt at etablere et datagrundlag for projektet, og det skal være realistisk at gennemføre initiativet i programperioden på cirka 12 måneder. I de første runder af ledelsesprogrammet var det yderligere et krav, at forbedringsprojektet skulle tage afsæt i et af det nationale kvalitetsprogramms 8 overordnede målsætninger, men dette krav ophørte med hold 3.⁷

Sponsorrollen

Til at understøtte arbejdet med forbedringsprojektet får hver deltager en sponsor tilknyttet, som typisk er deltagerens umiddelbare leder, men også kan være en leder på højere niveau i organisationen. Deltagerne formulerer deres forbedringsprojekt i samarbejde med deres sponsorer. Formålet med sponsorrollen er at sikre et organisatorisk ophæng i egen organisation, således at deltagerne i ledelsesprogrammet har opbakning til at bruge deres viden og inspiration fra programmet. Sponsoren bidrager til valg af og løbende sparring om forbedringsprojektet og skal desuden kunne bistå deltageren med at håndtere organisatoriske og ressourcemæssige udfordringer knyttet til forbedringsarbejdet.

Individuel sparring ved coach

Arbejdet med forbedringsprojektet understøttes også af tilbudt sparring ved en coach. Deltagerne kan undervejs i programmet benytte sig af individuel sparring i forhold til arbejdet med at anvende konkrete metoder og tilgange i eget forbedringsprojekt eller med lederrollen i forbedringsarbejdet.

Regionale sparringsgrupper

Som led i programmet etableres derudover 5 regionale sparringsgrupper hver bestående af 6-10 deltagere fra samme region. Grupperne mødes i alt tre dage mellem programmets moduler. Møderne understøttes af én af de gennemgående konsulenter i programmet. Hensigten er, dels at deltagerne får lejlighed til at arbejde med indholdet af de gennemførte moduler og deltagernes egne forbedringsprojekter, dels at understøtte skabelsen af lokale netværk.

⁶ Justering fra hold 1 til 2: Kommunikationsredskaber indgår som nyt element. På hold 1 havde modulet titlen "Lederteams og helhedstænkning".

⁷ En justering fra hold 1 til 2 i forbindelse med forbedringsprojektet har derudover været, at deltagerne vælger coach ved kickoff, og der afholdes samtale med coach og sponsor inden modul 1 for at formulere projektets målsætning inden modulet.

1.4 Læsevejledning

Kapitel 1 har præsenteret baggrunden for og formålet med denne undersøgelse og har også givet en introduktion til Det Nationale Ledelsesprogram.

Kapitel 2 giver en indføring i undersøgelsens tilgang og anvendte metoder.

Kapitel 3 beskriver de seks eksempler på forbedringsprojekter.

Kapitel 4 vil komme med yderligere eksempler på inspiration og læring, som deltagerne har fremhævet i forbindelse med ledelsesprogrammet.

Kapitel 5 gennemgår de forbedringspotentialer, deltagerne også ser i forhold til den fremtidige afvikling af ledelsesprogrammet.

Kapitel 6 konkluderer kort på undersøgelsens resultater.

1.4.1 Anonymisering

I afrapporteringen anvendes anonymisering af titler og geografi. Der anvendes således ikke titler, som er geografisk bundne. Ledende læge og ledende sygeplejerske anvendes som samlebetegnelser for eksempelvis: vicedirektør, ledende overlæge, oversygeplejerske, specialeansvarlig overlæge, forløbsleder. I og med at hovedparten af de interviewede er enten læger eller sygeplejersker, anvendes af anonymiseringsårsager samlebetegnelsen: andre faggrupper om de øvrige interviewpersoner.

2 Undersøgelsestilgang og metode

Undersøgelsen er et læringsprojekt, der gennem gode eksempler skal understøtte, at aktørerne på feltet kan udvikle deres tilgang og adfærd på baggrund af erfaringerne fra de hidtil gennemførte runder af Det Nationale Ledelsesprogram. Læring skal her forstås som tilpasning af adfærd på baggrund af erfaringer. Mere konkret skal undersøgelsen understøtte læring, der i et vist omfang kan overføres til nationalt niveau og i stort omfang til lokalt niveau. I de følgende afsnit introduceres til undersøgelsens tilgang og anvendte metoder.

2.1 Tilgang i undersøgelsen

En central tilgang i undersøgelsen er *at understøtte læring med udgangspunkt i deltageres gode eksempler og erfaringer*.

Undersøgelsen bygger derfor på interview med deltagere i ledelsesprogrammet. Formålet har været ud fra en "gode eksempler"-tilgang at beskrive, hvordan Det Nationale Ledelsesprogram har haft en positiv oplevet betydning i deltageres hverdag i forhold til målene med programmet.

Ved at undersøge positive eksempler og erfaringer vil rapporten understøtte læring på flere niveauer og parametre. Det giver positiv inspiration til, hvordan man fremadrettet kan agere med henblik på at få flere af disse positive oplevelser. Fortolkningskonteksten er de involverede aktører – deres oplevelse af projekterne og forløbet. Fordelen ved at basere sig på deltageres egne oplevelser er, at det øger læringspotentialet fra eksemplerne, når andre aktører ved, at det er fagpersoner, som har haft disse positive oplevelser.

Regionerne og nogle kommuner har udvalgt deltagere og gode eksempler på forbedringsprojekter. Det er altså deres oplevede gode eksempler på forbedringsledelse, der beskrives. Det, der undersøges, er altså den mening, aktørerne selv tilskriver ledelsesprogrammet gennem den situerede version af ledelsesprogrammet, de skaber (Lindesmith, Strauss & Denzin, 1999, s. 18).

Med udvælgelsen af interviewpersoner knyttet til positive eksempler har rapporten et datagrundlag, hvor man må formode, at de fleste interviewpersoner har haft positive oplevelser ved programmet. Potentielle deltagere med hovedsageligt dårlige erfaringer vil kun i et begrænset omfang være repræsenteret her. Et forbedringspotentiale i forhold til en sådan gruppe vil derfor ikke nødvendigvis blive afdækket gennem denne undersøgelse. Når det er sagt, har deltager-sammensætningen i særligt nogle af regionerne dog også givet rum for mindre positive og mere kritiske oplevelser med programmet. Dem har vi trukket med frem i analysen af forbedringsmuligheder.

2.2 En interviewundersøgelse

Undersøgelsen bruger to supplerende tilgange til at identificere og beskrive gode eksempler: Fokusgruppeinterview med deltagere med (forventede) positive erfaringer samt enkeltinterview med nøgleaktører (deltagere og repræsentanter for deres organisatoriske ophæng) knyttet til seks forbedringsinitiativer med en forventet god forbedringsledelse. Det samlede interview-overblik ser således ud:

Tabel 2.1 Alle interviewede

Faggruppe	Deltagere i alt
Ledende sygeplejersker (oversygeplejersker, sygeplejefaglig vicedirektør, forløbsansvarlige viceklinikchefer)	14
Ledende læger (ledende overlæger, klinikchef, specialeansvarlig overlæge, chef for klinisk optimering)	12
Kommunale ledere (fagchef, sundhedschef, centerchef)	7
Andre faggrupper (ledende bioanalytiker, klinisk farmaceut, djøfer)	2
I alt	35

Anm.: 2 deltagere har deltaget i både individuelle og fokusgruppeinterview og er kun talt med én gang.

De 35 deltagere har deltaget i samlet 18 interview. Alle interview i undersøgelsen er på grund af Covid-19 gennemført telefonisk eller virtuelt⁸. Der er taget udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, som arbejdsgruppen for det nationale ledelsesprogram har haft mulighed for at kommentere på. Interviewene er optaget på digital recorder, og der er skrevet et referat af hvert interview.

2.2.1 Fokusgruppeinterview

Formålet med fokusgruppeinterviewene var ud fra en "gode eksempler"-tilgang at få indsigt i relevante aktørers erfaringer med ledelsesprogrammet og den læring, de har oplevet, at programmet har givet. Interviewdeltagernes bud på forbedringsmuligheder blev også afdækket.

Der er gennemført fem fokusgruppeinterview, ét i hver af de fem regioner. Regionerne havde meldt 33 personer ind til at deltage i interview, som havde været deltagere i Det Nationale Ledelsesprogram, og heraf meldte 10 meldte afbud.

Tabel 2.2 Deltagere ved fokusgruppeinterview

Faggruppe	Afbud	Deltagere i alt
Ledende sygeplejersker (oversygeplejersker, sygeplejefaglig vicedirektør, forløbsansvarlige viceklinikchefer)	2	8
Ledende læger (ledende overlæger, klinikchef, specialeansvarlig overlæge, chef for klinisk optimering)	2	9
Kommunale ledere (fagchef, sundhedschef, centerchef)	3	4
Andre faggrupper (ledende bioanalytiker, klinisk farmaceut, djøfer)	3	2
I alt	10	23

Anm.: I enkelte tilfælde var deltagerne både indkaldt til fokusgruppeinterview og individuelt interview, og i de tilfælde, de valgte kun at deltage i det individuelle interview, tæller de ikke som afbud. En deltager kunne af tekniske årsager ikke deltage i fokusgruppeinterviewet og er derfor interviewet individuelt. Der er således gennemført 6 interview under dette delelement.

De 22 deltagere fordeler sig på 21 kvinder og 1 mand. Der er altså en markant kønsmæssig forskel i deltagelsen. Da halvdelen af afbuddene kom fra mænd, ligger forskellen hovedsageligt

⁸ Generelt har det fungeret godt at gennemføre interviewene virtuelt eller telefonisk. Det har stadig været muligt at have interaktion i grupperne. En deltager havde dog udfordringer med at logge på fokusgruppeinterview og måtte efterfølgende interviewes individuelt.

i, hvem der er rekrutteret til at deltage i interview.⁹ Hvad angår ledelsesniveau var 2 ud af 10 afbud på vicedirektørniveau.

Udvælgelseskriteriet er formuleret, så der er tale om deltagere med god erfaring i at omsætte læring om forbedringsledelse fra uddannelsen til efterfølgende praksis på deres respektive arbejdspladser. Deltagerne er udvalgt af regionerne og kommunerne, og det har været et formuleret kriterie, at det skete på baggrund af deltagernes posterpræsentationer i forbindelse med uddannelsen samt arbejdsgruppens og Implements vurderinger af mulige "gode eksempler". Som beskrevet var der dog i nogle af fokusgrupperne også deltagere, der kun i mindre omfang oplevede at have god erfaring med at omsætte læring fra programmet. Det må i den forbindelse formodes, at regionerne har anvendt en forskellig praksis i udvælgelsen af deltagere i fokusgruppeinterview. Således synes der også at være valgt på baggrund af, hvem der havde noget på hjerte. Disse deltageres mere kritiske og evaluerende udsagn har befrugtet gennemgangen af forbedringsmuligheder.

2.2.2 Nøgleinterview relateret til gode eksempler på forbedringsprojekter

Nøgleinterviewene har haft til formål at uddybe seks cases på god forbedringsledelse (fem regionale og en kommunal), som er inspireret af deltagelse i Det Nationale Ledelsesprogram. I forbindelse med hver case er der gennemført et individuelt interview med den pågældende deltager¹⁰ samt 1-2 interview med personer i deltagerens organisation eller blandt relevante samarbejdspartnere. Tre af de seks forbedringsprojekter er gennemført af ledende overlæger, to er gennemført af oversygeplejersker og et af en kommunal leder med sygeplejefaglig baggrund. Der er gennemført 12 interview og interviewet 13 personer i alt i forbindelse med nøgleinterview. Det drejer sig eksempelvis om ledernes ledere, sideordnede ledere, ledeskolleger, nøglepersoner eller samarbejdspartnere. Formålet med disse yderligere interview er at få forbedringsinitiativerne beskrevet fra forskellige vinkler. Interviewene er gennemført virtuelt eller som telefoninterview.

Konkret tages der udgangspunkt i deltagernes egne forbedringsprojekter, der blev udarbejdet under deltagelsen i programmet og præsenteret som posterpræsentationer ved uddannelsens afslutning. Casene er udvalgt efter det kriterie, at deltagernes forbedringsprojekter har påvirket deres umiddelbare organisation samt eventuelt samarbejde med andre afdelinger eller tværgående mellem hospitaler og kommuner. Casene anvendes til at eksemplificere, hvordan ledelsesprogrammet kan føre til forbedringsledelse som led i det daglige arbejde og skal virke som inspiration for andre ledere, der også arbejder med at forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet.

2.2.3 Interviewanalyse

Interviewene er blevet gennemdiskuteret i VIVEs projektgruppe, og derefter er interviewreferaterne analyseret systematisk, dels i deres helhed og ud fra hvad der har fyldt for deltagerne, dels efter temaerne i interviewguiden (bilag 1). Nøgleinterviewene har været den primære kilde til præsentation af seks eksemplariske forbedringsprojekter, mens såvel nøgleinterview som fokusgruppeinterview har indgået i analysen af bredere temaer. På trods af de eksplicite udvælgelseskriterier var det svingende, i hvor høj grad deltagerne i fokusgruppeinterviewene oplevede, at de selv udgjorde gode eksempler på, hvordan man kan omsætte ledelsesprogram-

⁹ Hvad angår det samlede interviewmateriale er fordelingen 32 kvinder og 3 mænd.

¹⁰ En deltager foretrak at blive interviewet sammen med personen, der repræsenterede det organisatoriske ophæng.

met til dagligdagen. Det har betydet, at analysen af data har spændt over en høj grad af variation i oplevelser. De mere negative oplevelser er håndteret, således at de særligt har informeret kapitel 5 om forbedringsmuligheder.

Deltagere med fortrinsvis positive oplevelser fordeler sig i to overordnede grupper: A) dem, der oplever at have fået ny inspiration og metoder med hjem, B) dem, som mere oplever at være blevet bekræftet i, at de arbejder i den rigtige retning. Deltagere med mindre positive erfaringer med at deltage i programmet giver typisk udtryk for en oplevelse af, at de ikke har haft den fornødne tid til at deltage aktivt i programmet, og at de den forbindelse ikke i tilstrækkelig grad blev fastholdt i at prioritere deres deltagelse. De tilkendegiver samtidig, at der indholdsmæssigt ikke var så meget nyt i programmet i forhold til anden ledelsesuddannelse, de tidligere havde deltaget i.

3 Seks konkrete forbedringsprojekter

I de følgende afsnit præsenteres seks konkrete forbedringsprojekter, som deltagere har arbejdet med som led i det nationale ledelsesprogram i sundhedsvæsenet. Der er tale om projekter, som regionerne og en kommune har udvalgt som inspirationscases i relation til at implementere intentionerne i det nationale kvalitetsprogram.

Casene skal eksemplificere, hvordan ledelsesprogrammet kan føre til forbedringsledelse. Der gives således eksempler på, hvordan programmet har påvirket deltagerne og deres respektive organisationer. To af casene handler om styrkelse af patientens autonomi, to handler om styrket tværsektorielt samarbejde, en handler om tværgående samarbejde på hospitalet med det formål at nedbringe forløbstiden i kræftpakkeforløb, og den sidste case handler om tværgående systematisering af forbedringsarbejde inden for et center. Casene repræsenterer således væsentlige områder inden for intentionerne i ledelsesprogrammet.

3.1 Hjemmebehandling af kræftpatienter

Projektet "Kræftpatienter kan mere end vi tror!" blev gennemført af en ledende overlæge i samarbejde med læger og sygeplejersker på hospitalet samt sygehusapoteket og patienterne på afdelingen. Formålet med projektet var at indføre hjemmebehandling med en ny type kemoterapi. Forinden havde afdelingen arbejdet med hjemmebehandling i 7-8 år. Selve ideen om hjemmebehandling var altså ikke ny, men der blev arbejdet med et nyt præparat, som krævede en anden organisering af indsatsen. Præparatet havde nemlig en kortere holdbarhedstid, der medførte større logistiske udfordringer end ellers, og behandlingen havde en anden bivirkningsprofil. Bivirkningsprofilen betød, at personalet skulle agere anderledes ved fx at ringe dagen i forvejen og spørge til patienternes bivirkninger, så den planlagte dosering eventuelt kunne ændres. I den forbindelse blev der udviklet en spørgeguide til sygeplejerskerne, da det viste sig, at de spurgte patienterne om noget forskelligt, når de ringede for at spørge om bivirkninger. Der blev formuleret nogle fælles spørgsmål, som nu er ved at blive omsat til elektroniske spørgeskemaer, patienterne selv kan udfylde. Der blev også arbejdet aktivt med at involvere patienterne i udviklingen af løsninger, og løsningerne blev (inspireret af forbedringsmetoden og læringen fra ledelsesprogrammet) afprøvet sammen med nogle få patienter i starten.

En stor barriere for at arbejde med hjemmebehandling er de økonomiske incitamentsstrukturer. Dels har hospitalet en ekstraudgift til transport af medicin, dels bevirker aktivitetsafregningen, at afdelingen taber omsætning, hver gang patienterne ikke møder fysisk op. Reelt medfører hjemmebehandling ifølge de interviewede ikke mindre aktivitet for hospitalet, idet der stadig er opgaver relateret til at instruere patienter, håndtere medicin, gennemse blodprøvesvar osv. Men aktiviteten bliver "usynlig" i systemet, fordi der ikke findes koder til at registrere hjemmebehandling. Når det alligevel kan lykkes at arbejde med hjemmebehandling, skyldes det først og fremmest, at *"det er den rigtige vej at gå for patienter og pårørende. Det giver en helt anden livskvalitet"* (interviewperson i organisationen). Nogle patienter spares således for at møde op på hospitalet 2 gange om ugen, og andre spares for en indlæggelse på 10 dage i forbindelse med et kurforløb. Patienterne får mulighed for at passe deres arbejde og deres familier, og desuden ses en tendens til færre bivirkninger. Den ledende overlæge oplever, at det virker motiverende for medarbejderne at se, at patienterne har gavn af hjemmebehandling. En interviewperson i lederens organisation beskriver også, hvordan patientinvolvering og hjemmebehandling understøttes af kulturen i afdelingen:

Alle er begyndt at tænke i de baner og stille spørgsmålstejn ved: 'Hov, hvorfor er du egentlig her?'. Det er en hel ideologi i afdelingen. (...) Alle er blevet meget opmærksomme på (...) at få lavet forløb på en smidigere måde. (Interviewperson i organisationen)

Hjemmebehandling med det specifikke præparat er *"ikke løbet fuldstændig ud over stepperne"*. Nogle af medarbejderne har stadig reservationer relateret til bivirkningsprofilen. Til gengæld har ideen om hjemmebehandling spredt sig til andre præparater med andre bivirkningsprofiler og en større patientvolumen. *"Andre sygeplejersker og læger fangede bolden. (...) Langt hen ad vejen har det båret sig selv"*. Afdelingen erfarer, at langt de fleste patienter er glade for hjemmebehandlingen.

Den ledende overlæge har især brugt værktøjer fra ledelsesprogrammet til at formidle og tydeliggøre processer for andre, eksempelvis ved brug af driverdiagrammer. Ledelsesprogrammet har desuden givet nye indsigter i forhold til at arbejde med patientinvolvering og afprøve nye løsninger: *"At turde sætte i gang noget før og involvere få patienter i starten – det gav noget frihed"*. Deltagelsen i ledelsesprogrammet har også givet en bekræftelse på, at hjemmebehandling er en god idé trods de økonomiske barrierer. Dette billede genkendes af en interviewperson i den ledende overlæges organisation, som beskriver, at der er kommet øget opmærksomhed på patientinddragelse, samt at det er motiverende at blive bekræftet i, at organisationen er på rette vej. Interviewpersonen oplever også, at den ledende overlæges deltagelse i ledelsesprogrammet har medført en øget profilering af hjemmebehandling udadtil, ligesom lederen har fået styrket sit netværk på hospitalet og i regionen.

Boks 3.1 Primære erfaringer og oplevede resultater

Driverdiagrammer har tydeliggjort processen.

Patienterne bliver i højere grad medspillere i eget forløb.

Når personalet oplever patienternes positive respons, fremmer det nye udviklingstiltag.

Konkret succesfuld forbedringsledelse spreder sig til kultur og generelt fokus.

Hjemmebehandling har lokalt spredt sig til andre typer af kemoterapi.

Generelt fokus på patient- og pårørendeinddragelse – bl.a. tydeliggjort i udformningen af pjecer samt patient- og pårørendebog.

Der frigøres kapacitet i ambulatoriet, men der er incitamentsudfordringer i afdelinger, der ikke er rammestyrede.

Spredningspotentiale styrkes gennem netværk på hospitalet og i regionen.

3.2 Etablering af et behovsstyret ambulatorium

Projektet om at etablere et behovsstyret ambulatorium for patienter med en bestemt kronisk sygdom blev gennemført af en ledende overlæge, som selv havde ansvaret for den pågældende sygdom i ambulatoriet og dermed kunne følge projektet på tæt hold. Det primære formål med projektet var at give større indflydelse og ansvar til patienterne og styrke patienternes egen vurdering af deres behov for på den måde at øge kvaliteten af patientforløbene. Derudover var det også en drivkraft bag projektet, at der var behov for at frigøre kapacitet i ambulatoriet, så man bl.a. kunne opfylde patienternes udredningsgaranti.

Projektet blev gennemført i samarbejde med patienter og sygeplejersker. Hospitalsledelsen var også involveret, da projektet fungerede som modelprojekt for, hvordan hospitalet samlet set kunne nytænke måden at drive klinikker på. Den ledende overlæge oplevede stor opbakning til sit projekt fra sin sponsor, der var medlem af direktionen. Sponsoren havde en "no limits"-tilgang til projektet, hvilket var afgørende for projektet, fordi det ikke strandede i en bekymring for at komme "i karambolage med diverse love og regler".

Ideen til projektet udsprang dels af tidens generelle fokus på patienternes behov, dels af den ledende overlæges forskningsarbejde og erfaring med virtuelle kliniske forsøg. Kernen i projektet var at etablere et fuldstændig behovsstyret ambulatorium, hvor patienterne ikke længere bliver indkaldt til faste kontrolltider, men derimod selv kan kontakte afdelingen ved behov. Patienterne bliver kun indkaldt én gang til en grundig undersøgelse og undervisning, og derefter overgår de til det virtuelle ambulatorium, hvor de har en rent behovsstyret adgang. Således rummer det fysiske ambulatorium nu i altovervejende grad nyhenviste patienter.

Deltagelsen i det nationale ledelsesprogram inspirerede den ledende overlæge til i endnu højere grad at tænke og arbejde patientcentreret og patientinvolverende:

Det handler om at styrke patienten i egenomsorgen ved at have dem mere som herre i eget hus, når deres sygdomsforløb skal orkestreres af de forskellige aktører i sundhedsvæsenet. Mere end at de bliver sådan nogle passive mennesker, der egentlig bare tumler lidt rundt til nogle tilfældige tider, de har, og henvisninger rundt i systemet. Min vision gik meget på at give magten til patienten. (Ledende overlæge)

Den ledende overlæge oplever også, at når patienterne inddrages på den "rigtige" måde, frigiver det tid til, at lægerne kan koncentrere sig om opgaver, "som er egentlig lægelige".

Som led i projektet blev der arbejdet med at udvikle og implementere digitale løsninger til brug for "remote" monitorering af patienternes sygdom. Der arbejdes fortsat på at etablere en mere avanceret kommunikationsplatform, der fx også kan håndtere billed- og videomateriale fra patienterne. Virtualiseringen af såvel forskning som klinisk praksis har den fordel, at et bredere udsnit af patienterne kan rekrutteres til forsøg og modtage den nyeste og bedste behandling. Patienterne behøver ikke bo i nærheden af et universitetshospital. Det kræver blot, at de har en mobiltelefon.

Bag ved det konkrete projekt ligger et ønske om at omorganisere hele den måde, patienter med kroniske sygdomme følges på i sundhedsvæsenet. Den ledende overlæge har en vision om, at man i langt højere grad monitorerer patienternes sygdomme, livsførelse, medicinforbrug osv. digitalt for bedre at kunne målrette behandlingen. Målet er "at få patienten til at leve det bedst mulige liv med sygdom. Det er dét, det handler om. For det er jo de færreste patienter, vi kan kurere for deres sygdomme, især i mit speciale. (...) Så det umiddelbare spørgsmål er, hvordan man får det bedste liv ud af det". Visionen om kontinuerligt at følge patienterne virtuelt står ifølge den ledende overlæge i modstrid til den "passivgørelse" af patienten, der hidtil har været tendens til, hvor patienterne automatisk indkaldes til faste kontroller, og det alligevel er en "black box", hvad der foregår ind imellem kontrollerne.

Den ledende overlæge oplevede, at deltagelsen i Det Nationale Ledelsesprogram skærpede hans opmærksomhed på, hvor vigtig en ledelsesopgave det er at inddrage andre læger og sygeplejersker og motivere dem til at handle anderledes. Konkret bidrog ledelsesprogrammet med et øget fokus på at inddrage sygeplejerskerne i projektet for at imødekomme deres bekymring for, at de igen skulle bære hele arbejdsbyrden og "rydde op" efter endnu en læge, der

havde fået en smart idé. Den ledende overlæge oplever, at sygeplejerskerne kvalificerede projektet, og at der generelt var stor opbakning til ideen om at sætte patientens behov i centrum for at udvikle bedre patientforløb. Muligheden for at arbejde patientcentreret og behovsstyret understøttes også af skiftet i incitamentsstruktur:

En hverdag på en hospitalsafdeling har jo langt hen ad vejen været, at folk har følt sig overbelastet og har skullet nå en masse i år i meraktivitetens navn. Fordi der har været koblet bevillinger op på, hvor meget vi lavede. Det nu at kunne inddrage læger i fornuftsbaseerede diskussioner og prioriteringer af, hvad det er for patienter, vi skal følge på hospitalerne, og hvad det er for forløb, man vil have for den enkelte patient, det er i dén grad båret af noget fagligt. Så det er meget nemt som leder at få sundhedsvæsenets medarbejdere med på den her spøg, om man så må sige. Det er i den grad noget, de kan sætte sig ind i, fordi de er jo pludselig selv blevet herre over alle patientforløbene. Der er ikke noget, der giver så meget frihedsfølelse og indre velbehag som en læge, der har styr på sin hverdag og selv definerer slagets gang. Og på samme måde, hvis vi i den anden ende har patienter, som føler, at det er dem, der styrer deres eget forløb og selv har fingeren på speederen osv., så er alle jo glade. Så det kan ikke være mere kækkomment det her. (...) Hvor vi før i tiden bare skulle lave en masse ydelser, så skulle vi pludselig til at gøre det rigtige for patienterne og til at definere de korrekte sygdomsforløb og faktisk interessere os for, hvad det er, vi egentlig udfører for de her patienter. (Ledende overlæge)

Projektet har medført, at ventetiden for nyhenviste patienter er faldet betragteligt. Antallet af virtuelle patienthenvendelser synes ikke at være steget (dog er der måske flere sygeplejerskekontakter). Patienterne er generelt positive over for de nye tiltag. Selvom der generelt er opbakning til at arbejde patientcentreret, har den ledende overlæge oplevet en vis modstand mod at udbrede projektet til andre klinikker i ambulatoriet. Det kan være svært at få andre overlæger med på tankegangen, da de er mere "nervøse for at miste fodfæstet" ved at overlade mere ansvar til patienterne. Der ligger altså en væsentlig ledelsesopgave i løbende at "udbrede det glade budskab" og udbrede projektets metoder til andre.

Ud over bidragene til det konkrete forbedringsprojekt oplever den ledende overlæge, at deltagelsen i ledelsesprogrammet især har haft betydning for udviklingen af hans egen identitet som leder. Lederen føler sig mere sikker i sin rolle og har fået et mere afbalanceret syn på, hvad det vil sige at være lægefaglig leder – særligt hvad angår balancegangen mellem generiske ledelseskompetencer og en stærk forankring i den kliniske og forskningsmæssige hverdag. Det Nationale Ledelsesprogram har også givet den ledende overlæge større opmærksomhed på vigtigheden af at mestre de forskellige aspekter af rollen som lægefaglig leder (faglighed, kommunikation, ledelse, administration osv.).

Boks 3.2 Primære erfaringer og oplevede resultater

Inspireret til at sætte sig i patientens sted.
Styrke patienternes hverdagsmestring og autonomi.
Inddragelse af alle faggrupper med blik for deres forskellige måder at blive engageret på.
Ventetiden for nyhenviste patienter er faldet betragteligt.
Patienterne er positive over for tiltaget.
Refleksioner over, hvad der giver værdi for patienterne.
Styrket lederidentitet.

3.3 Forebyggelse af genindlæggelse af ældre borgere

Projektet om at forebygge (gen)indlæggelser blev gennemført af en oversygeplejerske i et samarbejde mellem hospitalet, en større kommune og almen praksis. Formålet med projektet var at forebygge indlæggelser og genindlæggelser af ældre borgere fra to specifikke aflastningsenheder i den pågældende kommune. Projektet udsprang af et ønske på direktorniveau om at fremme opfyldelsen af de nationale kvalitetsmål på tværs af sektorer. Der blev nedsat en projektgruppe med repræsentanter fra hospitalet, kommunen og almen praksis, og der blev løbende afholdt tværsektorielle audits. Indledningsvis blev der arbejdet med kvantitative og kvalitative data for at identificere, hvilke plejehjem og aflastningspladser de ældre patienter typisk kom fra, og hvilke afdelinger de blev indlagt på. De hyppigste indlæggelsesårsager blev kortlagt i fællesskab, og der blev også arbejdet med at inddrage patienternes perspektiv. I begyndelsen af projektet blev patienter og pårørende interviewet om deres erfaringer, og der blev lavet film om patientforløb på tværs af sektorer.

Der var tale om patientforløb med mange genindlæggelser på grund af manglende samarbejde mellem hospitalet, den kommunale sygepleje og almen praksis. Patientcasene blev både præsenteret for de højere ledelseslag og for andre ledere og medarbejdere. Dét at få "luftet noget vasketøj, som ikke var særligt rent" blev et vigtigt afsæt for at indføre ændringer i måden at arbejde på. Derefter gik man i gang med at afprøve forskellige løsninger på problemstillingen. Forbedringsmetoden blev brugt aktivt, idet løsningerne blev afprøvet i "små mini-PDSA'er", før de eventuelt blev opskaleret. Der blev bl.a. bevilget en sygeplejerskestilling aften/nat på den ene kommunale enhed for at sikre den fornødne sygeplejefaglige kvalitet. Samarbejdet mellem de udkørende vagtlæger og kommunernes akutsygeplejersker blev styrket ved at indføre en ordning, hvor vagtlægerne kunne ringe til et telefonnummer og blive guidet til at tage kontakt til den rette akutsygeplejerske i den rette kommune. Og det blev besluttet, at patienterne skulle have et udskrevet eksemplar af epikrisen med hjem ved udskrivelse.

Denne løsning var langt fra en ny idé, men til forskel fra tidligere lykkedes det at implementere løsningen i praksis, fordi almen praksis denne gang kunne løfte ideen ind i det rette forum. Løsningen er siden blevet udbredt til hele hospitalet. Desuden har det haft positive afledte konsekvenser for samarbejdet mellem hospitalet og kommunen, at hospitalslægerne farvekoder epikrisen alt efter, hvor akut almen praksis skal reagere på en udskrevet patient. En samarbejdspartner fra kommunen beskriver:

Dét, at man fra hospitalets side er blevet tvunget til at forholde sig til, om epikrisen er rød eller gul eller grøn eller hvid, det gør faktisk også, at de genovervejer, om det nu også er hensigtsmæssigt at sende den patient hjem? Hvis jeg virkelig mener, at almen praksis skal reagere på noget lige nu, hvor jeg ved, at det er lørdag, og almen praksis er gået hjem – burde vi så beholde patienten lidt længere? Så dér ændrer de også deres ageren, fordi de pludselig bliver tvunget til at se sammenhængen med de andre aktører i sundhedsvæsenet. (Kommunal samarbejdspartner)

I arbejdet med forbedringsprojektet blev der løbende afholdt tværsektorielle audits med repræsentanter fra hospitalet, kommunen og almen praksis. Givet projektets karakter var det essentielt at involvere almen praksis. Dette lykkedes i kraft af en tidlig involvering, hvor repræsentanterne for almen praksis bidrog med deres perspektiver og løsninger og ikke blot fik fortalt, hvad de skulle gøre anderledes. Generelt oplevede oversygeplejersken det som meget befor-

drende for det tværsektorielle samarbejde at arbejde med en stor projektgruppe, hvor alle parter med en aktie i problemstillingen var repræsenteret. Via de tværsektorielle møder var der mulighed for at involvere alle parter i udviklingen af løsninger og i arbejdet med data:

Det, vi har gjort med forbedringsprojektet, er at lade data være drivende for de processer, der er blevet sat i gang. Og helt ned, hvor vi har involveret klinikerne meget tæt. (...) Betydningen af at involvere klinikere og praksisnære ledere i den her løbende evaluering, hvor man bruger data af forskellig art i forhold til at medvirke til at skabe forandringer – det er noget af det, vi har set tegn på, faktisk har kæmpe stor betydning. Man bliver motiveret og engageret, når man kan se, at det man gør, gør en forskel. Også når man kan se, at det man gør, faktisk bidrager til noget, man helst ikke vil – så får man lyst til at ændre adfærd. (Kommunal samarbejdspartner)

Konkret blev der afholdt møder, hvor almen praksis sad og kiggede ind i den kommunale dokumentation sammen med sygehuslæger og sygeplejersker. På denne måde fik deltagerne blik for det samlede patientforløb på tværs af sektorer, og man fik en dialog om, hvad der kunne gøres anderledes.

Og så er de selv gået i gang med at indsamle data og lave kompetenceudvikling meget praksisnært i eget regi (...). Så vi har fået udviklet nogle kompetencer og strukturer, som er helt anderledes, end hvis vi var kommet og havde sagt: Det er ikke godt nok, det I gør! Vi skal gøre sådan her! Det ved man også fra én selv; det er heller ikke raketvidenskab. Man kan spørge sig selv om, hvordan man bliver mest motiveret for at lave om på ens vaner. (Kommunal samarbejdspartner)

Forbedringsprojektet er således et eksempel på, hvordan tværsektorielle møder og et fælles arbejde med data kan motivere ledere og medarbejdere til at ændre adfærd. Generelt har oversygeplejersken oplevet stor opbakning til forbedringsprojektet både fra den øverste ledelse og blandt medarbejdere og samarbejdspartnere, idet projektet involverer mange fagligheder og opleves som meningsfuldt for alle. Der arbejdes aktivt med at fastholde ledelsesopbakningen via en målrettet kommunikation, hvor direktørgruppen løbende holdes orienteret og præsenteres for data for at sikre, at projektet holdes i live.

Forbedringsprojektet har nået gode resultater, idet der er færre indlæggelser fra de to kommunale enheder end tidligere. Flere af projektets løsninger er blevet en fast del af driften, ligesom nogle løsninger også har spredt sig til andre områder. Oversygeplejersken og hendes kommunale samarbejdspartner oplever begge, at ledelsesprogrammet har haft en positiv betydning for deres forbedringsarbejde. Læringen fra ledelsesprogrammet er blevet en del af deltagerens rygsæk. Den kommunale samarbejdspartner oplever, at deltageren som følge af ledelsesprogrammet engagerede sig på en anden måde, "løftede sig op på et metaniveau" og bidrog med andre perspektiver på kvalitetsarbejdet, end hun ellers ville have gjort.

Boks 3.3 Primære erfaringer og oplevede resultater

Fælles blik på data løfter blikket til det fælles niveau, hvor patienten er i centrum, fx gennem tværsektorielle audits.

Tillid og åbenhed i forhold til at dele også "snævset undertøj" med hinanden.

Film om patientforløb på tværs af sektorer.

Afprøvninger i "små mini-PDSA'er.

Øget information målrettet andre sektors behov styrker samarbejdet mellem sektorer.

Farvekodning af epikriser, der sendes med patienterne hjem.

Færre indlæggelser fra de to enheder, der har været samarbejdet med.

Ved vedholdent fælles fokus kommer løsninger i drift og spredt sig til nye områder.

3.4 Nedbringelse af færdigbehandlingsdage

Projektet om nedbringelse af færdigbehandlingsdage blev gennemført af en kommunal leder i samarbejde med et universitetshospital. Formålet med projektet var at nedbringe antallet af færdigbehandlingsdage på hospitalet blandt kommunens borgere. Baggrunden for problemstillingen var, dels at kommunen havde et højt antal færdigbehandlingsdage og et økonomisk incitament til at nedbringe tallet, dels var det et ønske at skabe bedre patientforløb til gavn for kommunens borgere.

Løsningerne blev udviklet i et samarbejde mellem kommunen og hospitalet. Der blev gennemført studiebesøg på hospitalsafdelinger med mange færdigbehandlede borgere, og der blev afholdt møder med hospitalsansatte på både ledelses- og medarbejderniveau. Den kommunale leder deltog ved sygeplejerskernes personalemøder på hospitalet for at "komme helt ud i udførerledet", møde sygeplejerskerne fysisk og fortælle dem om kommunens udfordringer. Som led i projektet blev der også arbejdet med at udbrede et nyt mindset kaldet "hjem som første valg". Hidtil havde det været en udbredt opfattelse, at borgerne skulle forbi én af kommunens korttidspladser efter udskrivelsen fra hospitalet. Ideen med det nye mindset var, at det ikke længere skulle ske pr. automatik. Det handlede lige så meget om at skabe en kulturforandring på hospitalet som i kommunen. Den kommunale leder oplevede, at nogle sygeplejersker på hospitalet satte spørgsmålstegn ved projektet og ved, om borgerne var klar til at komme direkte hjem efter udskrivelsen. "Så vi udfordrede hele færdigbehandlingsbegrebet, for noget af det handlede om, at de ikke var færdigbehandlet. (...) Vi fik defineret sammen, hvad er egentlig definitionen på at være færdigbehandlet?".

I forlængelse heraf blev der også arbejdet på at forbedre kommunikationen mellem hospitalet og kommunen med særligt fokus på adviseringen af, hvornår patienterne kom hjem fra hospitalet. Projektlederen inviterede nogle sygeplejersker til et møde, hvor hun viste dem visuelt, hvordan plejeforløbsplanerne så ud for kommunen:

De var fuldstændig overraskede over, hvordan det så ud fra vores stol – sådan så deres journaler slet ikke ud. Så det med at være nysgerrig på hinandens hverdag og systemer og arbejdsgange var noget, der kunne bruges efterfølgende. For nu var det jo bare færdigbehandling, der var nedslag på som et indsatsområde. Men

det her medførte andre positive kulturelle forandringer i forhold til ledelse på tværs [mellem kommunen og hospitalet]. (Kommunal leder)

Generelt oplevede den kommunale leder det som befordrende for projektet at mødes fysisk med ledere og medarbejdere på hospitalet og få indblik i hinandens virkelighed. På denne vis styrkedes den relationelle koordination. At bevæge sig uden for sin egen horisont gav også den kommunale leder inspiration til at se, hvordan kommunen selv kunne forbedre sig.

Den kommunale leder oplevede, hvordan dét at sætte fokus på en fælles vision eller en fælles sag kunne motivere de ansatte på hospitalet til at handle anderledes på trods af, at den kommunale leder gik ind i hospitalets ledelsesrum, hvor hun ikke havde formelle ledelseskompetencer. Konkret skete det ved at "holde sig til borgeren, for det er borgeren, det handler om. (...) Målet er at skabe et godt borgerforløb".

Der blev også arbejdet med datainformeret ledelse. Som led i projektet blev der nemlig arbejdet med seriediagrammer, hvor antallet af færdigbehandlingsdage blev fulgt over tid. Som led i arbejdet med at nedbringe færdigbehandlingsdage blev der ansat en færdigbehandlingskonsulent, som dagligt deltog i konferencer på hospitalet. Da konsulenten gik på sommerferie, opstod der et udsving på seriediagrammet, idet antallet af færdigbehandlingsdage steg. På den måde blev det tydeliggjort, at indsatsen gjorde en forskel. I forbindelse med forbedringsprojektet oplevede den kommunale leder, hvordan data kan vække nysgerrighed hos ledere og medarbejdere, hvis det er praksisnært og meningsskabende. Den kommunale leder beskriver en igangværende kulturændring, hvor der opstår en større nysgerrighed for data lokalt, så eksempelvis sygeplejersker og områdeledere selv begynder at reflektere over data og over, om der er noget, de kan ændre på. Forbedringsprojektet er således et eksempel på, hvordan datainformeret ledelse opleves som et nyttigt redskab, både til at styre det konkrete projekt og til at udbrede en kultur for kvalitetsforbedringer i andre dele af organisationen.

Forbedringsprojektet har resulteret i et markant fald i antallet af færdigbehandlingsdage, hvilket efterfølgende er stabiliseret på et lavt niveau. Deltageren oplever selv, at ledelsesprogrammet gjorde en positiv forskel, både i forhold til viden om konkrete metoder (fx driverdiagrammer og PDSA) og i forhold til at skabe et fælles sprog for kvalitetsudvikling. Sidstnævnte fremhæves også af interviewpersonen fra deltagerens egen organisation:

Vi har en chef, som er med til at skabe et sprog for sundhedsfaglig kvalitet og et mindset i organisationen, så vi kommer til at arbejde med kvalitet på en anden måde, og det får et andet sigte, så det giver meget mere mening (...). Vi er afhængige af et bindeled og en chef, der kan oversætte fra strategisk til operationelt niveau og få skabt kvalitetsudvikling som dagsorden i dagligdagen. (Interviewperson i organisationen)

Forbedringsprojektet om at nedbringe antallet af indlæggelser og genindlæggelser af ældre borgere har givet anledning til, at alle patienter, der har været indlagt på hospitalet, nu skal have et udskrevet eksemplar af epikrisen med hjem i hånden. Først begyndte andre afdelinger at indføre løsningen af egen kraft for udvalgte patientgrupper. Løsningen er nu under implementering, efter at sygehusdirektionen blev præsenteret for ideen og besluttede at indføre løsningen for alle patienter.

Det er et kæmpe apparat at sætte i gang, for det medfører virkelig mange ændrede arbejdsgange. Men qua det, man kunne se, når vi auditerede, at man kunne følge det kvantitativt og se, at det gjorde en stor forskel – der har de holdt fast i det og har det med i deres handlingsplan for 2020 og 2021. (Interviewperson i organisationen)

Forbedringsprojektet om nedbringelse af (gen)indlæggelser har også affødt, at den deltagende kommune har omprioriteret sygeplejerskebemandingen, så der nu er en sygeplejerske til stede aften/nat på de kommunale aflastningspladser. Desuden er der ansat en geriatrisk speciallæge i en delestilling mellem kommunen og hospitalet. Geriateren samarbejder med almen praksis om de mest komplekse patientforløb blandt de ældre borgere og fungerer som sparringspartner i forhold til medicingennemgang, behandlingsplaner osv.

Boks 3.4 Primære erfaringer og oplevede resultater

Fokus på patienten er anvendt til at lede løsninger og samarbejde på tværs af sektorer.

Det er godt at mødes fysisk med hinanden.

Seriediagrammer bliver anvendt til at følge færdigbehandlingsdage over tid.

Data skaber nysgerrighed.

Omprioritering af sygeplejerskebemandingen, så der nu er en sygeplejerske til stede aften/nat på de kommunale aflastningspladser.

Der er en geriatrisk speciallæge i en delestilling mellem kommunen og hospitalet.

Der er et markant fald i antallet af færdigbehandlingsdage, hvilket efterfølgende er stabiliseret på et lavt niveau.

Spill-over i forhold til, at alle patienter nu får print af epikrisen med hjem.

3.5 Nedbringelse af forløbstid i kræftpakkeforløb

Projektet om nedbringelse af forløbstiden i kræftpakkeforløb blev gennemført af en ledende overlæge på en lungemedicinsk afdeling. Formålet med projektet var at skabe sammenhængende lungekræftpakkeforløb med høj faglig kvalitet, som overholdt forløbstiden i mindst 90 % af tilfældene inden for den eksisterende økonomiske ramme. Projektet blev valgt i samarbejde med et direktionsmedlem, der også fungerede som sponsor i ledelsesprogrammet. Pakkeforløb var et område, som sygehusledelsen havde stort fokus på, og forløbstiderne blev monitoreret af ledelsen. Den primære udfordring, som projektet skulle løse, var manglende overholdelse af forløbstiden og dermed for lang ventetid for patienterne. Den ledende overlæge oplevede det som "grænseløst frustrerende" at bruge mange ressourcer på området uden at nå i mål. Desuden var det en fremmede faktor, at den ledende overlæge selv havde klinisk funktion på det pågældende område og derfor havde mulighed for at "have skoen på" og følge projektet med egne øjne.

Projektet medførte mange små og store ændringer i måden at arbejde på. Der blev herunder også arbejdet med at styrke planlægningen på tværs af afsnit. En af løsningerne var at indføre fælles patientkonsultationer med deltagelse af læger fra henholdsvis lungemedicinsk og onkologisk afdeling. På den måde blev to ambulatoriesamtaler lagt sammen, patienterne kunne spare et fremmøde på hospitalet, og der blev skåret et par dage af forløbstiden.

Forbedringsprojektet berørte et komplekst område, hvor resultatet ikke kun blev defineret af, hvordan lægens egen afdeling præsterede. Det afhang også af andre afdelinger, hvorfor tværgående ledelse var essentielt for at lykkes med projektet. Der blev i forbindelse med projektet arbejdet med erkendelsen af, at en afdelings optimeringsprojekt kan være "sten i vejen" for andre afdelinger. Det er derfor vigtigt at se på patientforløbet bredere. I arbejdet med projektet

blev den tværgående ledelse grebet an på en anden måde end tidligere, idet den ledende læge oplevede det som mere virksomt at gå i dialog og finde løsninger, som virkede for alle parter. Den ledende læge fik flere "aha"-oplevelser ved at afdække, hvad der lå i vejen for at yde en god service. *"Det er sjældent uvilje, der gemmer sig, men en manglende forståelse af problemerne"*. Det blev også oplevet som gavnligt at *"tage skyld og skam ud af det og forholde sig konstruktivt"*. Med andre ord at vende diskussionen om og tage udgangspunkt i det, man har, i erkendelse af at alle har begrænsninger. Det var dog ikke problemfrit at lede på tværs af afdelinger, hvor man ikke har formel ledelseskompetence: *"Netop det at lede på tværs, hvor jeg formelt set ikke har nogen ledelsesret i andre afdelinger – det er der behov for i sundhedsvæsenet, men det er rigtig vanskeligt. Hvordan kommer man igennem med sin dagsorden uden at tromle andre? Hvordan får man andre faggrupper med om bord?"* I denne sammenhæng oplevede den ledende overlæge det som virksomt at sætte fokus på en fælles vision om øget patientinddragelse. Lægen oplevede eksempelvis, at sygeplejerskerne var villige til at indgå kompromisser, når de kunne se, at ændringerne skabte forbedringer for patienterne:

Det hjælper enormt på villigheden til at gøre noget andet, at man forstår det. Det er næsten umuligt at gennemføre ændringer, hvis man ikke kan forklare personalet, hvorfor det er en god idé. Man kan tale til hjertet hos sygeplejersker, hvis man taler om patientens vej gennem et sygehusforløb. (Ledende overlæge)

På den anden side erfarer den ledende overlæge også, at en fælles vision ikke er tilstrækkelig til at sikre opbakning. Alle medarbejdergrupper købte ind på konceptet om patientinddragelse, men særligt blandt lægerne kunne der opstå konflikt, hvis de nye løsninger medførte væsentlige ændringer i måden at arbejde på, som det var tilfældet med de fælles konsultationer. Denne løsning stødte især på modstand i lægegruppen, fordi samtalerne tog længere tid end hidtil, og produktionen derfor faldt i lungemedicinsk afdeling. Den ledende overlæge erfarer, at i en travl hverdag er det *"grundlæggende svært at sætte sig ud over, hvad man er i lige her og nu"*. Dette betyder også, at det kræver vedvarende ledelsesfokus at fastholde de nye praksisser: *"Det kræver vedvarende, at jeg er nødt til at sige, at det er et prioriteringsområde, og det holder vi fast i. Hvis det ikke udtrykkes eksplicit, ville det glide ud i ingenting"*. Den ledende overlæge oplevede også, at de fysiske rammer var afgørende for at lykkes med de fælles konsultationer. Tilfældigvis befandt lungemedicinsk og onkologisk afdeling sig lige ved siden af hinanden, men hvis onkologerne havde skullet gå 5 minutter for at deltage i de fælles konsultationer i lungemedicinsk afdeling, havde løsningen været væsentligt sværere at implementere. En erfaring var også, at læger og patienter kan have forskellige oplevelser af god kvalitet, og at det ikke altid giver sig selv, hvad kvalitet er. Er et så hurtigt forløb som muligt fx altid den bedste kvalitet?

Forbedringsprojektet indebar mange små og store ændringer i måden at arbejde på. Overordnet sker planlægningen i højere grad end tidligere på tværs af afsnit, og det er lykkedes at opnå en højere opfyldelsesgrad, så flere patientforløb afsluttes inden for tidsrammen. Den ledende overlæge oplever også, at forbedringsprojektet har højnet kvaliteten for patienterne. På tværs af afdelingerne har man opnået en større forståelse for hinandens arbejde, behandlingsplanerne er bedre, og med de fælles konsultationer undgår patienterne at modtage beskeder med nuanceforskelle fra forskellige læger. Hertil kommer, at patienterne sparer et besøg på hospitalet.

Herudover oplever den ledende overlæge, at ledelsesprogrammet har gjort en positiv forskel på især to områder. For det første er han blevet mere opmærksom på kvalitetsdagsordenen og på patientinvolvering. I modsætning til tidligere starter afdelingen altid med at undersøge

patienternes efterspørgsel på nye løsninger, før der gennemføres ændringer. For det andet har deltagelsen i ledelsesprogrammet givet værktøjer til at udøve datainformeret ledelse. Det er blevet en fast del af hverdagen at arbejde med seriediagrammer og statistiske modeller; som eksempel følges lungekræftpakkerne og eventuelle afvigelser fra den fastsatte forløbstid nu konsekvent ved brug af seriediagrammer. Måden at arbejde med data på har også ændret sig, så afdelingen i højere grad end tidligere har drøftelser om, hvornår det giver mening at bruge data, og hvad data kan bruges til.

Boks 3.5 Primære erfaringer og oplevede resultater

Nedbringelse af forløbstid kræver tværgående fokus og ledelse.

Fælles patientkonsultationer på tværs af to specialer giver bedre behandlingsplaner, forkorter forløbet og sparer patienterne for et besøg på hospitalet.

Forbedringsledelse i praksis kræver indsigt i, at forskellige medarbejdergrupper motiveres forskelligt.

Seriediagrammer har været centrale i synliggørelsen af forløbstid.

Der er afsmitning på mere patientorienteret kultur og databaserede praksisser.

Der er refleksioner over værdi og patientoplevelt kvalitet: Er et så hurtigt forløb som muligt fx altid den bedste kvalitet?

3.6 Fast forbedringsdag (hver 14. dag)

Projektet blev gennemført af en oversygeplejerske og havde til formål at videreudvikle konceptet "forbedringstorsdag", som oversygeplejersken selv havde stået i spidsen for at indføre i organisationen et års tid før deltagelsen i Det Nationale Ledelsesprogram. Ideen bag den faste forbedringsdag var at skabe et forum og en fast struktur for forbedringsarbejde og understøtte implementeringen af forbedringsmodellen i organisationen. Forbedringsprojektet i regi af Det Nationale Ledelsesprogram havde til formål at videreudvikle "forbedringstorsdag", således at deltagerne fik et øget ejerskab til dagen, og afviklingen af dagen ikke længere var afhængig af den ledende sygeplejerskes tilstedeværelse.

Forbedringstorsdag er et koncept, hvor ledere, nøglepersoner og stabsmedarbejdere mødes fast en hel dag hver anden torsdag. Der er på forhånd lagt et "skoleskema" for dagen, hvor det fremgår, hvad dagens indhold er, og hvem der skal mødes med hvem. Dette gøres bl.a. med udgangspunkt i, hvem der aktuelt har brug for at mødes. Der arbejdes med udvalgte temaer i "loops" af 3 måneders varighed, og valget af temaer sker på demokratisk vis, hvor alle kan komme med forslag. Hvert loop har en fast struktur, hvor problemstillingerne inden for det fælles tema afdækkes, hvorefter der udvikles og afprøves løsninger, som til sidst evalueres. Selve forbedringstorsdag evalueres efter hver gang for at sikre, at formen og indholdet bliver ved med at være relevant for deltagerne. Den ledende sygeplejerske fremhæver, at det har været vigtigt for hende at sende det signal, at hele setup'et er dynamisk, og at deltagerne har indflydelse på dagens form og indhold. Ifølge en interviewperson i organisationen bliver der i høj grad lyttet til deltagerne evalueringer: *"Hvis man evaluerer, så åbner man også op for, at man vil ændre på noget, hvis der er et godt argument"*.

Forbedringstorsdag var fra starten et ambitiøst projekt. Når det alligevel lykkedes at skabe opbakning til ideen, skyldtes det først og fremmest, at man bredt i organisationen oplevede et konstant pres af nye opgaver, der skulle implementeres. Medarbejderne i den eksisterende kvalitetsorganisation efterspurgte også en lettere adgang til lederne, da det var en udfordring at finde tid til at mødes om kvalitetsarbejdet. Derfor var der behov for et fast tidsrum, der var afsat til udviklings- og forbedringsarbejde, hvor nøglepersoner og medarbejdere kunne mødes med ledelsen. Da forbedringstorsdag først var iværksat, gav det dagen et ekstra rygstød, at organisationen skulle forberede et anmeldt tilsynsbesøg. Blandt deltagerne var der en oplevelse af, at det faktisk kunne lykkes at være på forkant, idet man allerede havde etableret en struktur, hvori besøget kunne forberedes. Den oplevelse bidrog til at styrke opbakningen til dagen.

I dag bruges forbedringstorsdag bl.a. som redskab til at involvere ledere og medarbejdere i implementeringen af nye tiltag. Det er en varig udfordring, at der hele tiden ligger nye "skal"-opgaver og presser. Men med forbedringstorsdag kan det ofte lykkes at skabe en balancegang mellem "skal"-opgaverne med de gode ideer, så der efterlades rum til at *"arbejde med noget, man selv har valgt, frem for noget, der er blevet påtvunget én"*. Denne balancegang arbejdes der meget bevidst med i erkendelse af, at det giver større energi og motivation at arbejde med opgaver, man selv har valgt gerne at ville arbejde med.

Den ledende oversygeplejerske har også arbejdet med at kvalificere organisationens forståelse af, hvor de mange tiltag, der løbende skal implementeres, stammer fra. Konkret blev deltagerne på et lederseminar bedt om at skrive post-it-sedler med alle de opgaver, de var i gang med at implementere. Sedlerne blev sat op på en væg og sorteret efter, om opgaverne stammede fra Sundhedsstyrelsen, regionerne, hospitalets egen region eller hospitalsledelsen.

Og den væg endte med at være fuldstændig gul derovre, hvor der stod Sundhedsstyrelsen og regionerne. Mens det var meget lidt, som vores egen ledelse fandt på. Og der var overhovedet ikke noget, som vi selv havde fundet på. Og den der "aha"-oplevelse af, at for det første var det ikke mig, der sad og fandt på en hel masse inde på mit kontor, og for det andet var det faktisk ikke engang vores egen ledelse, vi kunne bebrejde, at der var en hel masse ting, vi skulle løse – det kom som en overraskelse. (Oversygeplejerske)

Den største udfordring forbundet med at afholde forbedringstorsdag er, at det er tidskrævende. Særligt lederne har svært ved at afsætte en hel dag hver 14. dag. Men ledernes opbakning til dagen er vokset, efter de kunne se med egne øjne, at der forsvandt nogle andre møder fra deres kalendere. Det er sjældent, at en læge deltager på dagen, fordi de ofte prioriterer tiden til noget andet. Den ledende oversygeplejerske er meget bevidst om sin rolle i forhold til at tydeliggøre, hvorfor det er vigtigt, at ledere og læger også deltager. I nogle sammenhænge oplever oversygeplejersken en manglende forståelse blandt lægerne for, hvor vigtigt det er at "guide" personalet til at udføre alt det, lægen skriver ned efter at have talt med patienten. Det er også vigtigt at inddrage lægernes faglige kompetencer, for *"når lægen siger noget, så lytter personalet jo meget grundigt til det"*. Selvom forbedringstorsdag er tidskrævende, er der en generel opbakning til dagen i organisationen. Dog oplever den ledende sygeplejerske en "sive-mentalitet" særligt blandt lægerne, hvor opbakningen var stor i starten, men faldt efterfølgende. Lederen har arbejdet meget med, at den "sive-mentalitet" ikke også skal ramme de ledende sygeplejersker og nøglepersonerne. Det gøres ved hele tiden at tilpasse dagens rammer og indhold baseret på evalueringer og tilbagemeldinger, så deltagerne fortsat oplever dagen som relevant. En interviewperson i organisationen beskriver også, hvor vigtigt det er for opbakningen, at oversygeplejersken gennem sin egen adfærd viser, at forbedringstorsdagen er højt prioriteret:

Det har været vigtigt (...), at der står en leder og siger: Det her er prioriteret! Og viser, at det er prioriteret ved at beslutte, at der skal afsættes tid til det. Det har gjort en kæmpe forskel. Hun står jo der i forreste række – det er ikke noget, man sådan tillukker sig, hvis man skulle komme i tanker om det. Der står en leder, der ved, hvor stor betydning det har. (Interviewperson i organisationen)

Forbedringstorsdag har bidraget til, at der bredt i organisationen arbejdes med data på en anden måde end tidligere. I starten var deltagerne på forbedringstorsdag fælles om at udtrække data om en given problemstilling, og der var fælles drøftelser af, hvordan data skulle forstås, og hvordan man kunne arbejde med data. Efterhånden viste tilbagemeldingerne fra deltagerne, at det ikke længere var relevant at udtrække data i fællesskab, fordi deltagerne kunne gøre det selv. Den ledende sygeplejerske oplevede, at organisationen var blevet mere moden. Herefter kunne de fælles drøftelser handle om, hvilke tiltag de respektive afdelinger ville arbejde med informeret af data. Den ledende sygeplejerske oplever også, at indstillingen til at arbejde med data har ændret sig: *"Hvordan kommer vi fra at synes, at det er en form for kontrol, til at tænke: Hold da op, hvor er det heldigt, at vi kan få alle de data!"*. En interviewperson i organisationen har oplevet, hvordan medarbejderne har fået en større sikkerhed i at arbejde med data, og hvordan dette har understøttet deres forbedringskompetencer:

Man forstod pludselig nogle beslutninger, man tog. Og med tiden, jo bedre vi blev til at kigge på data, jo bedre blev vi også til at udfordre, når nogen sendte os noget og spurgte: Hvorfor ser jeres tal for et eller andet ud på denne måde? Så kunne vi gå ind og kigge på data og finde ud af, hvorfor det så sådan ud, og argumentere for, om det i virkeligheden var en dårlig udvikling, som grafen viste. Eller om der var en god forklaring på, hvorfor det så sådan ud for os lige nu. Så det med, at man ikke længere bare fik en sur mail, og så måtte man sidde og have røde ører over det. Men at man faktisk kunne svare tilbage og argumentere ud fra et fagligt argument, fordi man kendte sine data – det betød utroligt meget for medarbejderne. (Interviewperson i organisationen)

Tanken med forbedringstorsdag var som nævnt at implementere forbedringsmodellen i organisationen, og den ledende sygeplejerske oplever da også, at forbedringstankegangen er blevet en del af organisationens kultur:

De bliver så dedikerede, når de kommer i gang, de nøglepersoner rundt omkring. Den dynamiske tænkning er kommet; at når der kommer en idé, så bliver den grebet med det samme, for som de siger hver gang: Skal vi ikke lave en prøvehandling? Og så længe man gør det, er alting jo ikke farligt for nogen. Det er hele tænkningen med den forbedringstorsdag, at de gode ideer skal findes, udvikles og testes i daglig praksis (...). Det er sådan set blevet en del af kulturen. (Ledende sygeplejerske)

Kulturændringen berører ikke kun deltagerne i forbedringstorsdag, men smitter også af nedad i organisationen. For *"prøvehandlingerne involverer jo alle de andre"*. Konkret sker det bl.a. ved brug af skemaer, tavler og tavlemøder, hvor medarbejderne kan følge med i, hvilke projekter der er i gang, og hvem der har ansvaret for dem. De medarbejdere, der ikke selv deltager på forbedringstorsdag, kan via en repræsentant komme med ønsker til, hvad der skal tages op på forbedringstorsdag. Det kan eksempelvis dreje sig om tiltag, der ikke fungerer, når de skal udføres i praksis.

Evalueringer af forbedringstorsdag har vist, at deltagerne har fået øget ejerskab til dagen og i højere grad opfatter det som "deres" dag. Dagen gør det muligt at være "foran på processer"

og på forkant med nye opgaver. Lederne oplever, at dagen bidrager til at sætte et fælles fokus, give indblik i igangværende processer og øge kendskabet til hinandens udfordringer. Sammenhængen mellem stab, afsnit og medarbejdere er blevet tættere, og der er kommet større forståelse for hinandens arbejdsgange. Nøglemedarbejderne peger på, at dagen især er nyttig, fordi den skaber et rum, hvor de kan mødes med de relevante ledere. Derved bliver det lettere at sætte kvalitetsforbedringsprojekter i gang. Forbedringstorsdag har også bidraget til at styrke det tværgående samarbejde, idet nøglepersonerne i højere grad oplever sig som en gruppe, og også som en gruppe sammen med lederne. Forbedringstorsdag har ifølge en interviewperson i organisationen skabt et øget kendskab og en større gensidig tillid mellem ledere og medarbejdere, så man i højere grad tør dele både gode oplevelser og kritik:

Dét, at vi har fået skabt et rum, hvor ledere og medarbejdere mødes og kender hinanden, gør det lettere. (...) Man kan få begge perspektiver afdækket, og langt de fleste gange får man fundet en løsning og når til enighed (...). Jeg har også mærket en udvikling over tid omkring, hvad det er, man tør sige, når lederne er til stede (...). Den kendskab til hinanden, hvor man tør sige sådan nogle ting, den er skabt i det rum. For ellers ville den øverste ledelse have meget lidt med medarbejderne at gøre. Så det har virkelig meget at sige. (Interviewperson i organisationen)

På forbedringstorsdage er der bl.a. arbejdet med patient- og pårørendeinddragelse som tema. Dels er patienter og pårørende blevet inddraget på mere overordnet niveau, idet man er trådt et skridt tilbage og har spurgt patienterne og pårørende:

Hvordan skal vi spørge jer, hvis vi gerne vil vide noget mere om kvaliteten af det, vi går og laver? (...) I stedet for at vi havde sagt: Hvad synes du om den måde, vi serverer morgenmad på? Men altså: Hvad var det, de syntes var interessant? (Ledende sygeplejerske)

Dels er samarbejdet med patienter og pårørende blevet udviklet, fx ved at hospitalets personale ringer til de pårørende for at forventningsafstemme eller følge op på patienten efter udskrivelsen. Der har også været arbejdet med i højere grad at inddrage patienterne i udformningen af deres behandlingsplan.

Boks 3.6 Primære erfaringer og oplevede resultater

Forbedringsarbejde systematiseres og professionaliseres.

Der kommer mere tværgående sammenhæng i udviklingsarbejdet.

Det synliggøres, hvad der skal implementeres, og hvad der skal til for at implementere frem for blot at "pseudo-implementere".

Forbedringsarbejde kræver lange seje træk.

Der er kommet en mere åben dialog ledere og medarbejdere imellem.

En spill-over effekt har været øget fokus på systematisk at inddrage patienter og pårørende.

4 Flere gode erfaringer fra programmet

Ud over at komme med eksempler på, hvordan ledelsesprogrammet har medført konkrete forbedringsprojekter, så har et formål med de gennemførte interview og fokusgruppeinterview været ud fra en "gode eksempler"-tilgang at få indsigt i relevante aktørers erfaringer med ledelsesprogrammet og den læring, de har oplevet, at programmet har givet. I de følgende afsnit præsenteres de interviewedes erfaringer hermed.

Dette kapitel supplerer forrige kapitels fokus på seks cases. Vi får dermed et bredere billede af typerne af positive erfaringer og indblik i, hvordan deltagelse i ledelsesprogrammet har inspireret til at fremme de formål, som er formuleret i de nationale, organisatoriske og individuelle succeskriterier.

Først vil vi komme ind på de positive oplevelser ved det nationale og tværgående fokus i programmet. Derefter vil vi komme ind på den generelle styrkelse af kvalitetsfokus, som nogle deltagere har oplevet, samt styrket fokus på de nationale kvalitetsmål i relation til fx tværgående fokus og borgerinddragelse, herunder nogle afledte positive ændringer, som deltagerne oplever, at deres forbedringsprojekter og generelle deltagelse i programmet har haft. Til sidst vil vi komme ind på, hvordan nogle af deltagerne også oplever, at ledelsesprogrammet har styrket deres lederidentitet. Hermed berøres centrale mål for Det Nationale Ledelsesprogram, der tilsammen skal styrke kvalitetsforbedringsarbejdet i sundhedsvæsenet og styrke det ledelsesmæssige grundlag for at gøre dette.

4.1 Begejstring for det nationale og tværgående fokus

Det opleves generelt af interviewpersonerne som meget positivt, at der har været et nationalt fokus. Det at mødes på tværs af landet på denne måde var nyt.

Det har været en kæmpe fordel at få indtryk af, hvordan man løser tingene på tværs af landet. (Ledende sygeplejerske, D3)

Det at være blandt ligestillede og reflektere over ledelsesudfordringer i det offentlige på tværs af sektorer og på tværs af regioner opleves således som at have været særligt inspirerende.

Det har været godt at blive udfordret på egen forforståelse, og hvad man kan og ikke kan. Og få inspiration i forhold til det forbedringsarbejde, som vi alle går og pusler med. (Leder af andre grupper, C3)

Alle interviewede deltagere lægger derudover vægt på netværksdelen i programmet som særligt givende:

Netværksdelen var utroligt givende og inspirerende at være sammen på tværs af landet. [...] Jeg har efterfølgende haft samarbejde med nogle af de andre deltagere. Det er lettere, når man har lært hinanden at kende. (Ledende læge, A4)

Jeg har nogle i dag, der kan finde på at ringe, fordi vi har haft fælles emner, hvor man kunne give hinanden noget. (Ledende sygeplejerske, E3)

Der er således eksempler på, at deltagere oplever, at der er skabt netværk på tværs af landet (jf. succeskriterie 5 på det individuelle plan). Dette anses med en af deltagernes ord som meget

positivt i en hospitalsverden, der ofte kan være præget af konkurrence hospitaler imellem. I tråd hermed anser flere af flere af deltagerne det som ønskværdigt, hvis man fremadrettet kan fremme den dagsorden, at man lærer af hinanden, frem for at alle skal opfinde de samme dybe tallerkener.

4.2 En styrkelse af forbedringskompetencer

Der peges også på, at programmet har givet et godt overblik over forskellige forbedringsmodeller, og at metoder og værktøjer, fx PDSA og prøvehandlinger, har været inspirerede. Særligt blandt de interviewede læger er der eksempler på, at de i meget høj grad oplever, at de får nogle nye kompetencer med hjem.

Jeg har virkelig fået retning på det, jeg gør, og fået bekræftet, at den retning, jeg går i, er det rigtige. Og fået redskaber til det. (Ledende læge, B1)

Vi fik understreget, at når vi skal arbejde med noget og flytte noget, så skal det være meget konkret. Ikke "fluffy" og noget med at skrive side op og side ned. Det fik jeg med mig fra programmet. (Ledende sygeplejerske, D1)

Flere deltagere peger på, at den datadrevne ledelsesform (som særligt gennemgås under modul 2) har været inspirerende for dem.¹¹

Det, jeg har brugt, er driverdiagrammer, når jeg skal udvikle noget sammen med lederkolleger på tværs. Det har været til højrebenet for mig, det var en god model. (Kommunal leder, B5)

Nogle deltagere synes, det er svært at vide præcist, hvor de har fået deres inspiration fra, men har oplevet, at de har anvendt elementer fra ledelsesprogrammet:

Vi kendte til nogle ting i forvejen, men har fået tilført noget. Og alle elementer fra uddannelsen bruger vi i en eller anden grad. Om vi havde gjort præcist det samme uden uddannelsen, det ved vi ikke. Men det bliver brugt. (...) Jeg har brugt alle metoderne, men i forskellige projekter. (Ledende sygeplejerske, D3)

Også blandt de deltagere, der ikke synes, der var så meget nyt, er der deltagere, der peger på, at det giver et godt rygstød at have deltaget:

Nu ved jeg, hvad man forventes at vide om kvalitetsarbejde. Ingen kan komme og sige, at jeg ikke ved noget om kvalitet. Så på den måde kan jeg hvile mere i min faglighed efter at have været med. (Ledende læge, A2)

Her gør nogle af de interviewede dog opmærksom på, at hvis man skal have lægerne med om bord derhjemme, så skal man ikke kalde det noget "fancy", der leder lægernes tanker hen på modeprægede managementbegreber. Der går nemlig "en klap ned for speciallæger, hvis man tager den tilgang" (Ledende læge, B1). Så skal man i stedet fokusere på, hvordan indholdet kan rykke noget til det bedre.

¹¹ En deltager siger, at det er vigtigt, men: "Man kan også blive fikseret på det kvantitative med datadrevet ledelse. For der er også en kvalitativ del, det synes jeg man skal arbejde for at vinde gehør for. Man skal have den anden del med". (Ledende sygeplejerske, D1)

Der er også deltagere, som kommer med eksempler på, at de på det mere overordnede strategiske plan i deres organisationer har anvendt deres deltagelse i Det Nationale Ledelsesprogram til at få nationale mål ind i handleplanen. De oplever på denne vis, at de er med til at flytte organisationen og til at "massere kvalitetsmålene" ind.

4.3 Eksempler på mere tværgående tænkning

Mange af de forbedringsprojekter, deltagerne har haft, har ifølge de interviewede sammen med den generelle læring fra programmet givet afledte positive ændringer. Det handler eksempelvis om et øget fokus på at øge sin kommunikation og koordination med samarbejdspartnere, og øget fokus på, hvad god kvalitet er set ud fra et borgerperspektiv. Dette er centrale elementer i de nationale kvalitetsmål og i ledelsesprogrammets succeskriterier og udgør fokus i modul 2 og 3.

Flere af deltagerne har oplevet, at deres fokus på og kompetencer inden for tværgående koordination og samarbejde er blevet styrket gennem deltagelse i Det Nationale Ledelsesprogram:

*I forhold til at lykkes på tværs, der kan den her uddannelse noget.
(Ledende sygeplejerske, D3)*

Det gælder både på tværs inden for eget hospital, mellem hospitaler og mellem hospital og kommuner. Flere påpeger således, at der er kommet et styrket samarbejde mellem hospital og kommunen ud af det, fordi de har arbejdet med at styrke samarbejdet i forbindelse med eget forbedringsprojekt, men også efterfølgende.

4.3.1 Kendskab og tillid til hinanden øges på tværs af sektorer

Der er flere eksempler på, at deltagerne er begyndt at kommunikere på nye måder med deres samarbejdspartnere, og at dette har givet en oplevelse af et bedre samarbejde. Flere ledere oplever at være blevet bedre til at insistere på tværgående samarbejde, og at dette er en positiv spill-over-effekt af ledelsesprogrammet:

Noget, der var rigtig godt, var kommunal deltagelse, det gav et boost for os bagefter. Nu tager jeg sgu ned og besøger dem og ser, hvad er det, der er problemet? Hvorfor er I ikke bedre til at modtage de patienter? Hvad er problemet med at give dem medicin? Sådan mere direkte relationel opbygning med sundhedschefen og høre: Hvad er dit problem? Eller synes du overhovedet, du har et problem? For jeg har et problem, jeg kan ikke komme af med patienterne. Så hvad kan vi gøre i det fælles populationsansvar for at løse det? Jeg synes, jeg gik derfra med lyst til endnu tættere relationsarbejde med det kommunale system. (Ledende læge, E4)

Der er i tråd hermed blevet arbejdet med at rydde op i nogle af de ting, der kan skabe udfordringer i overgangene:

Vi har inviteret kommuner til at være med – til at kigge på: Hvad har de behov for at vide? Og så har vi fået cuttet det ned til et A4-ark. Retningslinjer, hvad ønsker de at vide? (Ledende sygeplejerske, E1)

Det startede med, at jeg hørte fra vores sengeafdeling, at de blev forstyrret enormt mange gange ved, at telefonen ringede, og det var altid kommunen, der ringede. Så dykkede jeg mere ned i det: Hvorfor er det, de ringer til jer, der må jo være en

grund til at de ringer til jer? Og det viste sig, at det netop var plejeforløbsplanerne, der ikke var korrekt udfyldt. Og der startede vi med at arbejde på, hvad er det, de ønsker, og hvad er "korrekt udfyldt"? (...). Og der fik vi lavet et godt arbejde, der mundede ud i, at vi fik lavet en tværgående instruks om, hvordan en korrekt plejeforløbsplan blev udfyldt. Det er kort sagt det, vi kom ud i. Det var igen at samle en masse data – hvad gør man, og så at der var arbejdsgange, hvor den ene plejepersonale kunne starte med at udfylde en plejeforløbsplan, og så måtte nattevagten tage over. (...) Og så spurgte vi også sygeplejerskerne, hvor sikre de var på at udfylde dem. De erfarne sygeplejersker var sikre, og de nye sygeplejersker var usikre. Så det blev en del af introduktionen til nye sygeplejersker, hvordan en korrekt plejeforløbsplan skulle udfyldes. (Ledende sygeplejerske, E1)

Det har faktisk lykkedes os, så vi kan tage os af et stigende antal ældre medborgere. Praktiserende læger og kommune har haft 24/7-adgang til at tale med speciallæge, og vores specialer (nævner mange), der er en speciallæge, der passer en telefon, praktiserende læger og kommunen kan ringe ind og få et kvalificeret bud på, hvad der skal ske med patienten. Før var det en bagvagt, som ikke nødvendigvis havde forstand på det speciale. Har været en succes især for praktiserende læger. 70 % af dem, der bliver indlagt akut på visitationsafdeling, kommer aldrig videre, bliver afklaret på akut og udskrevet inden for et døgn. (Ledende læge, E4)

En leder fortæller, at de umiddelbart efter ledelsesprogrammet lavede et kursus kaldet "ledelse på tværs", hvor ledere fra hospitalet mødtes med medarbejdere i kommunen. De diskuterede fælles problemstillinger og besøgte hinanden. Efterfølgende er kurset blevet udbredt til psykiatrien. Det har medført bedre relationer, gjort det lettere at forstå hinandens betingelser og gjort det lettere at kommunikere og samarbejde efterfølgende.

En af deltagerne fortæller, at deltagelsen har givet et bedre indtryk af begrænsningerne – også i, hvad man kan forvente af hinanden:

Jeg har fået meget bedre kendskab til kommunernes sundhedsindsats. Der var for eksempel en deltager fra en kommune, som udfordrede vores syn på: Hvad kan en kommune? Hvilke muligheder har man, og hvilken stab til kvalitetsarbejde for eksempel? Man kan ikke tage for givet, at en kommune kan løfte opgaver, sådan som sygehuset forestiller sig. (Lægelig leder A2)

4.3.2 Tværgående faglige fællesskaber på hospitalet

Også tværgående på hospitalet oplever deltagere, at der sker ændringer. Eksempelvis ved at medarbejderne i højere grad rækker ud mod hinanden, interesserer sig for hinandens dagligdag, og hvordan overgange i patientforløb ser ud fra begge sider.

Noget, jeg har gjort, inspireret af uddannelsen er, at jeg har byttet med en anden oversygeplejerske en dag. Hun har været ovre ved mig, altså hvor vi havde mange udfordringer i forhold til overflytninger, og så var jeg dernede en dag, og hun var ovre ved mig en dag for at se de forhold, vi hver især har. Og det er noget af det, der har været rigtig godt. Den bevidsthed om at gøre noget andet end det, vi er vant til. Det kan ikke hjælpe noget bare at snakke i telefon og blive ved med at skrive mails, man bliver nødt til at prøve at gøre noget andet. Og det tror jeg, at den uddannelse har givet mig. Det har jeg brugt i nogle sammenhænge, altså at tænke: Vi skal gøre noget andet end det, vi plejer at gøre, for det har jo ikke virket, så vi kan

ikke blive ved med at køre i samme spor. Og så komme ud og se, hvordan virkeligheden er for de andre, for det ved vi ikke, før vi er der. Og så bliver man sådan set rigtig overrasket, og så kan man bedre forstå den situation. (Ledende sygeplejerske, E2)

En ledende læge oplever, at der er sket en kulturændring på hospitalet, hvor man i højere grad går i dialog med hinanden og fokuserer på at kortlægge årsagerne til, at ting går skævt, frem for at fokusere på begrænsninger og ressourceknaphed. Denne tilgang har givet nogle "aha"-oplevelser, som har resulteret i en ændret måde at tænke og arbejde på. Som et konkret eksempel har afdelingens læger ændret deres tilgang til at bestille CT-scanninger. Scanningerne foretages af en anden afdeling, og der har altid været lang ventetid på at få dem gennemført. Derfor havde lægerne en praksis om at bestille scanningerne "up front", selvom de vidste, at de senere ville komme til at aflyse nogle af scanningerne. Aflysningerne skete ofte med kort varsel, hvilket udfordrede samarbejdsklimaet mellem de to afdelinger og betød, at nogle tider ikke blev udnyttet. For at løse problemet blev praksissen "vendt på hovedet", således at lægerne kun bestilte scanninger, når de var helt sikre på, at de skulle bruges. Til gengæld skulle scanningerne leveres inden for få dage. Det viste sig, at tankegangen var god, og at den tidligere praksis med at bestille scanninger havde været u hensigtsmæssig for hospitalet samlet set. Den ledende læge oplevede således, hvordan det var virksomt at gå i dybden med årsagen til problemstillingen, opnå et større kendskab til hinandens arbejdsbetingelser og fokusere på at finde en løsning, der virker for alle parter. Andre ledende læger kommer med eksempler på nyt samarbejde på tværs af hospitaler i regionen.

Regionen skulle spare 10 mio., så de sørgede for, at vi satte os ned og blev tvunget til at snakke sammen. Og det mandede ud i, at vi lavede faglige fællesskaber på tværs, hvor klinikerne satte sig sammen med nogle mellemledere – afdelingsledelserne var faktisk ikke med. Og så bestemte de, hvordan skal epilepsi i regionen se ud? Hvad er det, vi kan tilbyde som koncern? Så lige pludselig har du koncerntænkning helt nede på klinikerniveau og får en bedre kvalitet og ensartet lighed i sundhed på tværs af hele regionen. Det er nogle af de ting, som er kommet ud af det. Vi har sklerose planlagt også som fagligt fællesskab, og derefter hovedpine. Og afdelingsledelserne har sat sig ned som styregruppe. Så lige pludselig får man hævet det ud fra matriklerne, og der bliver lighed på tværs af regionen. (Ledende læge, B1)

En deltager peger på, at der er kommet et styrket samarbejde med kvalitetsafdelingen og en større opmærksomhed på, hvad det er, kvalitetsafdelingen kan, ud af deltagelsen.

Så at man ikke kører parallelle initiativer i afdelinger og fra kvalitetsafdelingen. (Ledende sygeplejerske, E1)

Det har i det konkrete eksempel bl.a. ført til, at det har været muligt at ensarte væskeskemaer, så det foregår ens på alle afdelinger.

4.4 Eksempler på øget inddragelse af borgere/patienter/pårørende

Der er også flere eksempler på, at deltagerne oplever, at der er sket en udvikling i den måde, deres patienter/pårørende eller borgere inddrages på. Det handler således både om inspiration til metoder til inddragelse og til dannelsen af et nyt perspektiv på, hvorfor patienternes stemme er vigtig i højere grad at få med ind i forbedringsarbejdet.

4.4.1 Inspiration til metoder

Flere oplever at have fået bedre forudsætninger for at arbejde med bruger-/patientinddragelse efter ledelsesprogrammet:

At involvere patienter og pårørende mere, gå ud og spørg dem, hvordan de oplever det. Lav en afprøvning nogle dage. Det med, at vi tror, vi ved bedst, det gør vi oftest ikke. Den bevidsthed er jeg blevet bedre til. (Ledende sygeplejerske, E2)

Så kom vi ind på: Hvor er det patienten bliver involveret i det her, og hvor bliver pårørende involveret? Og at en del af kravet til det er, at den skal udfyldes ude ved patienten og med patienten. Og at man gør det i ét hug. Det var noget af det, vi kom frem til. Der var rigtig mange arbejdsgange. Og så málte vi på den sikkerhed, der var. Vi spurgte både patienter og pårørende, hvor mange der følte sig involveret i forhold til, når en plejeforløbsplan skulle udleveres. (Ledende sygeplejerske, E1)

Jeg ved ikke, hvordan vi var kommet i gang med det, hvis jeg ikke havde været på kurset. Jeg tror, vi var kommet i gang med det, men jeg tror, vi har fået lidt mere struktur på det og kan gribe det an. (Ledende læge, B2)

For en deltagers vedkommende omsættes disse bedre forudsætninger i arbejdet med at etablere mere "flydende" brugerråd samt i arbejdet med patientinddragelse i udformning af beslutningsstøtteværktøjer.

4.4.2 Inspiration til at tænke i værdi

Flere ledere kommer med eksempler på, at de oplever, at de efter ledelsesprogrammet tænker mere i, hvad der giver værdi for patienterne. Det at møde patientfortællinger i programmet har fx for nogle været en øjenåbner, der har gjort, at patienten i centrum bliver mere end blot en floskel.

For eksempel var der en benamputeret, som havde været med til at lave info-pjece. Den, hun havde fået udleveret, kunne "ikke bruges til en skid". Hun fortalte personalet, hvad hun skulle bruge af information. Hun havde lavet en pjecce og prøvet den af på andre patienter. "Det gav mig en "aha" – hvad vil det egentlig sige med brugerinddragelse?". (Ledende sygeplejerske, B3)

Patienten i centrum har altid været en floskel, men man kommer ind i en tankegang, hvor det giver mening, at det er det, vi går efter. (Leder af andre grupper, C3)

Flere af de lægelige ledere fortæller, at de efter at have deltaget i programmet i højere grad ser, hvordan patientperspektivet på kvalitet kan forenes med det lægefaglige perspektiv.

For første gang har man oplevet, at det, man ville centralt, bliver en metode til at understøtte klinikere til selv at tage ansvar og udvikle nedefra. At vi kommer af med new public management og sætter klinikere og patienten i centrum og lader dem udvikle mellem enheder (...). Og det er da forbedring for patienterne, det er klinikere og patienten i centrum. (Ledende læge, B1)

Der er mange, der har en frygt for, at dét at give magten til patienten er med til at pervertere systemet, sådan så patienterne overtager lægernes rolle og overtager deres arbejde og egentlig pludselig bliver dikterende for, hvordan lægerne skal være

til rådighed. Men der var min måske lidt ydmyge eller naive opfattelse bare, at jo mere rigtigt man får patienten inddraget i egen behandling, jo mere bliver lægen egentlig frigjort til at kunne lave opgaver, der er egentlige lægelige. Og den lægelige rolle skifter lidt i disse år, hvor vi skal se lidt anderledes på patientforløb og sådan noget. Det var også, fordi kurset kom oveni en periode, hvor man omstrukturerede det hele fra at være aktivitetsstyret til at være behovsstyret. Så hvor vi før i tiden bare skulle lave en masse ydelser, så skulle vi pludselig til at gøre det rigtige for patienterne og til at definere de korrekte sygdomsforløb og faktisk interessere os for, hvad det er vi egentlig udfører for de her patienter (...). Jeg synes, det er meget mere appellerende, det system, vi har i øjeblikket, at styre efter at hjælpe patienterne, der hvor de er. Snarere end bare bevidstløst at lave nogle ting med dem, som de måske ikke har gavn af for at tjene nogle papirpenge. (Ledende læge, C6)

4.5 En styrkelse af lederidentiteten

På det individuelle plan er det et succeskriterie i programmet, at deltageren bliver mere afklaret om egen ledelsesrolle og kan fungere som en synlig rollemodel i arbejdet med at lede kontinuerlige forbedringer i og uden for egen organisation. Nogle af deltagerne gav ved interviewene udtryk for, at de oplevede, at de havde disse kompetencer i forvejen, mens andre oplever at have fået styrket deres lederidentitet og en stærkere fornemmelse af, hvad der ligger i deres ledelsesrolle – ikke mindst i forhold til det at tænke mere tværgående over patientforløbene.

Overordnet styrkede kurset mig i min profil og selvopfattelse som leder [...] en fornemmelse af at komme hjem og være helt klar på, at der er nogle ting, vi som ledere er nødt til at gøre. Og det kan godt være, det var åbenlys viden allerede for alle andre, men jeg kunne godt på nogle områder dukke mig. For eksempel med det tværsektorielle, som vi har i udpræget grad både med vores forarbejde med sundhedsplejerskerne og med kommunerne og vores patienter. Og et helt konkret resultat af den bevidstgørelse har været, at vores samarbejde med sundhedsplejerskerne er blevet udvidet og langt mere formaliseret på den gode måde. Sådan at det virkelig er blevet styrket. (Ledende læge, C5)

Jeg har faktisk kunnet afprøve teorier og afprøve holdninger i sådan et forum af andre ledere og meget erfarne og dygtige undervisere. Så resultatet er, at jeg faktisk er blevet en bedre leder af det, synes jeg. (Ledende læge, C6)

Som det fremgår af citaterne, er det særligt de ledende læger, der har denne oplevelse, hvor de ledende sygeplejersker i højere grad oplever at være blevet bestyrket eller have fået gentaget inspirerende ting fra andre uddannelser. De oplever således i højere grad, at der er tale om mindre justeringer. Men en række af lederne oplever altså, at de har fået inspiration og støtte til at udvikle dem selv som ledere af en kerneopgave, der kan kvalitetsforbedres. Herunder at udvikle deres samarbejdskompetencer og fokus på, hvad der skaber værdi i daglig praksis.

5 Forbedringspotentiale i det fremtidige nationale ledelsesprogram

Ved såvel de individuelle interview som fokusgruppeinterviewene er interviewdeltagerne også kommet med deres bud på forbedringsmuligheder i forhold til at videreudvikle Det Nationale Ledelsesprogram. Dette kapitel præsenterer disse bud. Det gøres ved både at identificere områder, hvor deltagerne kunne have ønsket sig mere af programmet – og der derfor potentielt kan ske forbedringer – og deres eksplicitte forslag til forbedringer.

Først vil det fremgå, at der er forskellige fortolkninger blandt deltagerne af programmet. Der er således deltagere, der ikke synes, at ledelsesprogrammet var ambitiøst nok, og at de fik nok ud af deres deltagelse. Der er også deltagere, der peger på, at den organisatoriske forankring kunne have været bedre, og at dette bl.a. er kommet til udtryk i for tilfældige udpegninger af deltagere, en uklar ambassadørrolle og mangelfuldt engagement fra sponsorside. Endelig er deltagerne splittede omkring turen til Skotland.

5.1 Forbedringspotentiale knyttet til positive og negative erfaringer

Hovedparten af de interviewede deltagere har i tråd med undersøgelsens tilgang været glade for deres deltagelse i Det Nationale Ledelsesprogram.

Det gav mening, og så er der jo ikke nogen, der ikke vil være med, når tingene giver mening. Det var brugbart. (Ledende sygeplejerske, D2)

De positive deltagere fordeler sig (som nævnt i afsnit 2.2.3) i to grupper, A) dem, der oplever at have fået noget ny inspiration med hjem og måske også en styrket ledelsesidentitet, og B) dem, som mere oplever, at de er blevet bekræftet i, at de arbejder i den rigtige retning.

Det var spændende at møde andre ledere med samme udfordringer og dilemmaer. Jeg har ikke hørt noget, jeg ikke vidste i forvejen, men det gav en dybere indsigt i temaer. At have plads og tid til at reflektere – bruge tid på det. Det har vi nemlig ikke i hverdagen. Givet plads til input, nogen man kunne snakke med og reflektere over input. Alle fem moduler var interessante. (Ledende sygeplejerske, B3)

Der var også nogle deltagere, som var mere kritiske, givet mindre positive erfaringer med at deltage i programmet. Deres perspektiv har ikke fyldt så meget i de foregående kapitler qua undersøgelsens formål og tilgang, men medtages i dette kapitel.

Der var mange inspirerende folk med, ikke mindst kursister. Vi lærte af hinanden frem for de oplæg, der var. (Ledende læge, E4)

5.2 Potentiale i et mere ambitiøst program

Nogle af deltagerne påpeger, at de synes, det er en dyr uddannelse, at den var tidskrævende at deltage i – og samtidig ikke ambitiøs nok.

Det var meget tid og mange penge at bruge på det. (Ledende læge, A4)

De oplever ikke, at der indholdsmæssigt var så meget nyt i programmet i forhold til anden ledelsesuddannelse, de tidligere havde deltaget i.

*Jeg oplevede, at det var et spændende program med viden, jeg havde i forvejen.
Det, der gav mig noget, var netværk. (Ledende sygeplejerske, A1)*

Enkelte siger, at de hellere ville have haft en masteruddannelse. Andre siger, at man ikke var nået lige så langt, havde det været en master.

Der er to former for forbedringspotentialer i oplevelsen af, at programmet ikke var ambitiøst nok, som også deles af en række af deltagerne med mere positive erfaringer: Den, der er rettet mod indholdet og afviklingen af kurset, og den, der er rettet mod den organisatoriske forankring af kurset i det enkelte deltageres organisation.

5.2.1 Indhold og afvikling af kurset

Nogle oplevede, at gennemførelsen af det første hold var famlende, og at målet med programmet kunne have stået mere knivskarpt, samt at det i deres optik blev for "konsulentsmart eller kursusagtigt".

Nogle oplevede afslutningen på deres forløb som et antiklimaks. De oplevede det som en dag, der ikke rigtig blev prioriteret af de kursusansvarlige konsulenter, og at posterpræsentationerne også var præget af sponseres fravær. De ønsker derfor, at dette element fremadrettet styrkes.

Nogle af deltagerne giver udtryk for, at de ikke oplevede, at de selv og andre deltagere i tilstrækkelig grad blev fastholdt i at prioritere deres deltagelse. De giver udtryk for, at de gerne ville have haft højere krav til at skulle producere noget undervejs samt til at gennemføre forbedringsprojekterne – også når der var svært for deltagerne at prioritere det.

Der er konkurrerende dagsordener, og så må man ikke sætte barren for lavt, for så nedprioriterer man. (...) Der skal lægges et program, og det skal gennemføres. Det skal ligge i den grundlæggende undervisning, at der er styr på produkter, forberedelse osv. Man skal ikke kunne gøre det med venstre hånd. Alle har brug for struktur for at performe, for ellers har man travlt og gør noget andet. Så det skal ligge i programmet. De skal forlange, at ting afleveres. (Ledende sygeplejerske, A1)

Hvis man ikke får praktisk erfaring (med kvalitetsarbejde), så lærer man ikke noget. Man er nødt til at komme derud, hvor man lærer nyt. Snakke med klinikere og patienter og samle data. Det kom vi for nemt over. (Ledende læge, A2)

Disse deltagere mener, at kursusledelsen ikke i høj nok grad pressede dem og fastholdt dem i, at de skulle levere:

Det var ærgerligt, at man ligesom kunne glide af på den og så sige: Jeg er ikke lige dér i min proces, at jeg kan definere det. Jo du kan, altså! Det kan vi alle sammen i de roller, vi har. Det er bare et spørgsmål om at tage ledelsen på det her. Men der fik man lov til ligesom bare at gå under radaren. (Lægelig leder, A2)

Flere af de mindre positive deltagere giver udtryk for en oplevelse af, at de ikke har haft den fornødne tid til at deltage aktivt i programmet.

5.2.2 Den organisatoriske forankring

Flere kommenterer, at det er nogle intensive dage, når de har været afsted. Samtidig har det været godt, at det er relativt intensivt, blot at deltagerne ved det på forhånd, har sat tid af til det – og ikke mindst – bliver fredet til det af deres ledere derhjemme.

Der skal være klarhed om præmisserne. Man skal være nogenlunde fredet i den periode. Der var 15 dage, man var væk på internater, og derudover geografiske sparingsgrupper og øvrig tid til projektet. Men verden går jo ikke i stå, når man er væk. Så det er vigtigt at lave aftaler i sin organisation. Det var lidt slattent nogle gange; man fik noget til forberedelse, men mange havde ikke læst det. Det var ikke uvillighed, men mangel på tid. (Ledende læge, A6)

Det kommenteres, at det er vigtigt, at alle deltagere prioriterer det. Samtidig er der flere, der peger på, at det kunne have været prioriteret mere hjemme fra egen organisation, at de deltog mere aktivt. Nogle peger på, at kendskabet og forventningerne til deltagelse i programmet ikke har været tydeligt nok i egen organisation.

5.2.3 Sparring med sponsor

Der har i tråd med deltagerens løbende input til programmet været arbejdet med en tydeliggørelse af sponsorens rolle fra forløbets start. Der er dog stadig meget forskellige oplevelser af, hvorvidt sponsorrollen er klar nok. Også evalueringen af hold 2 italesatte, at sponsorrollen ofte blev oplevet for perifer (Mobilize Strategy Consulting, 2019, s. 5). Der er således deltagere, der har haft en oplevelse af, at deres sponsorer i form af ledere i egen organisation ikke har været engagerede eller bevidste nok om deres sponsorrolle:

Min sponsor var ret uengageret. Jeg fik ikke hjælp og støtte til at komme videre, men det fik jeg på uddannelsen. Den regionale sparringsgruppe, det var virkelig noget af det, der flyttede. (Ledende sygeplejerske, B3)

Min sponsor har ikke været særlig aktiv på projektet. (Ledende sygeplejerske, D3)

Det var en fra hospitalsledelsen, der var sponsor – men der er langt fra et klinisk projekt til hospitalsledelsen. (Ledende sygeplejerske, B4)

Andre har oplevet stor opbakning fra deres sponsor. At sponsors deltagelse var det, der gjorde, at det blev nemmere at investere i forbedringsprojektet.

5.2.4 Vil gerne være mere ambitiøse i at kunne omsætte

Der er via deltagerens løbende input til evaluering af programmet sket tilpasninger undervejs. Man har fx styrket elementer rettet mod at kunne arbejde konkret med forbedringsarbejdet – og skruet ned for mere generiske elementer. Der er også arbejdet med:

- Tidligere konkretisering af eget forbedringsinitiativ, således at deltagerne hurtigere kan koble undervisningen til eget projekt og få større udbytte af undervisningen også tidligt i forløbet.
- Øget fokus på forbedringsmetoder og tilgange, der med fordel kan anvendes i forskellige kontekster og situationer for dermed at fremme deltagerens evner til at træffe metodiske valg i eget forbedringsprojekt.

- Grundigere gennemgang af PDSA-metoden på modul 1.
- Styrke deltageres forudsætninger for at anvende PRO og eksisterende data i ledelse af forbedringsarbejde generelt og i forbindelse med eget forbedringsinitiativ. Dette sker bl.a. ved at afkorte ekspertindlæg til fordel for gruppearbejde og case-arbejde, hvor holdkonsulenter hjælper deltagerne til at konkretisere, hvordan data kan anvendes i eget forbedringsinitiativ.
- Styrke deltageres evner til patientinvolvering i eget forbedringsinitiativ og i egen organisation. Dette sker ved at afsætte mere tid til deltagelse af patienter og øget brug af case-øvelser, hvor metoder og værktøjer kan afprøves.

Som nævnt oplevede nogle af deltagerne (i kontrast til andre), at niveauet var for svingende i undervisningen. Herudover er det forskelligt, hvorvidt deltagerne oplever, at de har fået styrket deres forbedringskompetencer, herunder om der fx har været et særligt fokus på målet om at skabe bedre sammenhængende patientforløb. Nogle oplever, at de gennem ledelsesprogrammet har fået et rygstød i forhold til at fremme denne dagsorden i egen organisation (jf. kapitel 3 og 4). Andre oplever, at der med fordel kunne have været mere fokus på den svære øvelse at lede på tværs i hverdagen. Eller det som i modul 4 hedder: at omsætte viden om motivation til ledelsesmæssig handling.

Det er også forskelligt, hvorvidt deltagerne oplever, at der har været et særligt fokus på målet om at skabe øget patientinddragelse (modul 3). Det efterspørges i den forbindelse, at forbedringsledelseskompetencer i forhold til at motivere forskellige faggrupper gøres mere konkret og tilpasset konteksten, fordi det ikke altid er nok at sige, at det bliver bedre for patienterne¹².

Du skal simpelthen forstå deres arbejdsgange og forstå deres virkeligheder for at kunne se, hvorfor de kommer ind med noget andet end dig. (Ledende læge, B1)

Samtidig peges der også på, at der i forhold til de konkrete forbedringsprojekter er lang vej at gå for at komme helt i mål med intentionerne:

Træthed mod projekter er jo noget, man skal coaches i at deale med, hvis det er, folk ikke gider dét, man kommer ud for at forsøge at implementere. Det er jo en del af den faglighed, man skal lære. (Ledende læge, A2)

Mange indlæg var relevante og brugbare, og underviserne var dygtige. At få det kædet sammen – også i forhold til vores virkelighed – det kunne jeg have brugt mere af. (Kommunal leder, A3)

Der var ikke nogen projekter, der var afsluttet, da uddannelsen sluttede. Der var elementer, man var lykkedes med, men langstrakt projekt – det var ikke implementeret i driften endnu. Det er ongoing for de fleste. (Ledende sygeplejerske, D2)

En kommunal leder peger på, at det også kan være en kulturudfordring at komme igennem med fokus på de små, men effektfulde ting.

I sundhedsvæsenet har man en tendens til at importere evidensbaseret viden eller systemer, som andre har gjort sig gode erfaringer med, og så siger man: sådan én

¹² I tråd med succeskriterie 3 på det individuelle plan: "Hvilke faktorer, der styrker motivationen for forskellige typer af medarbejdere".

vil jeg også have! Og den implementerer vi lige; sænker den ned i vores organisation uden blik for, om det overhovedet passer ind i den organisation eller i den kontekst, den skal implementeres i. Plus manglende øje for, at hvis man bare tager noget udefra og vil sænke det ned i organisationen, så får du ikke medarbejderne med, så får du ikke lederne til at koble sig på det, og så får du ikke dem til at drive de forandringer. Tværsektorielt forbedringsarbejde er noget særligt og noget særligt svært, for det kan nemt blive en arena eller kampplads for positionering og silotænkning (...). Og mange gange finder man ud af, at ting – som egentlig er beskrevet i en sundhedsaftale eller et andet sted som noget, der skulle finde sted på tværs af sektorerne – det er aldrig blevet ordentligt implementeret. Så mange gange kan det handle om at skrue på små ting og små detaljer, som faktisk kan gøre en kæmpe stor forskel. Og det kræver, at man er god til at få det kommunikeret til nogle direktører eller til andre på et politisk niveau, som nogle gange kan have et stort ønske om, at vi skal lave revolutioner, og det skal være nyt og epokegørende, det vi gør. Men det er faktisk enormt svært at lave nye og epokegørende ting, som kan føre kvalitet med sig, og som ikke efterlader en sti af død og ødelæggelse. Mange gange er det små ting, der faktisk giver mere kvalitet. (Kommunal leder, D4)

5.2.5 Sparring ved coach under forbedringsprojekt

Sparring ved coach i forbindelse med forbedringsprojektet er der også svingende oplevelser af rangerende fra anvendeligt til ikke anvendeligt.

*Fungerede fint. Ikke voldsomt meget, men det jeg havde brug for.
(Ledende sygeplejerske, D3)*

*Jeg fik en enkelt sparringssession, men ikke noget der tilførte noget konstruktivt.
(Ledende læge, A2)*

Jeg fik ikke noget ud af det. (Kommunal leder, A3)

Et gennemgående tema er, at mange har haft en oplevelse af, at det har været svært at finde tid hertil. Flere kommer således ved interviewene ind på, at det bl.a. er oplevelsen af tidspres, der har gjort, at de ikke har anvendt coaching-tilbuddet mere:

*Man har en lang og intensiv uddannelse, hvor der ikke bliver taget hensyn til andre arbejdsopgaver. Projektet er del af hverdagen, og at bruge coach ligger ud over igen. Det er ikke som at gå på master, hvor man har dage væk fra klinikken.
(Ledende sygeplejerske, D2)*

Jeg fik mit behov dækket i lokale møder. Det gjorde, at jeg følte, at jeg fik fast grund under fødderne. Og til coaching-møder blev jeg bekræftet i det. Og jeg har en travl hverdag. Det var mange dage at hive ud af kalenderen det år. (Ledende læge, A6)

5.2.6 Forbedringspotentiale hvad angår løbende evalueringer

Hvad angår evalueringer af programmet, så er der flere deltagere, der oplever, at evalueringsformen ikke gør det muligt for deltagerne at aflevere den feedback, de ønsker (eksempel: evalueringsskemaer med likert-skalaer er for rigide). En deltager, som efterfølgende selv har haft rollen som sponsor, kritiserer evalueringsformen for at kræve et for detaljeret kendskab til del-

tagerens projekt og daglige virke (kan måske forklare lave svarprocenter fra sponsorer i evalueringer?). Flere deltagere kritiserer, at der ikke er foretaget mere omfattende ændringer af programmets indhold som reaktion på kritiske evalueringer.

5.3 Ambassadørrollen kan styrkes

Et succeskriterie er, at deltagerne bliver i stand til at udfylde en ambassadørrolle.¹³ Det fremgår i tråd hermed af uddannelsens forløbsbeskrivelse, at: *"Ambitionen er, at deltagerne efter forløbet agerer som spydspidser for udbredelsen af kvalitetsprogrammet i dagligdagen på sygehuse og i kommuner"* – næsten identisk formulering går igen i forløbsbeskrivelserne for alle hold, men ambassadørrollen nævnes ikke eksplicit i beskrivelsen. Det handler mere om at fremme en lærings- og forbedringskultur og at sætte en ledergruppe, der arbejder med kvalitetsforbedringer.

Generelt fremstår ambassadørrollen som forbedringspunkt i implementeringen af Det Nationale Ledelsesprogram. Det handler ifølge deltagerne om, at rollen ikke er særligt veldefineret, og at de ikke føler sig klædt på til at varetage opgaven.

Jeg har simpelthen ikke været bevidst om, at der var en ambassadørrolle. (Ledende læge, A2)

Uddannelsen var ikke konkret nok til at man kunne gå hjem og være "den, der var den". (Ledende læge, A4)

Der var mange gode oplægsholdere, men jeg følte ikke, jeg var en bedre ambassadør for konceptet, da jeg var færdig. (Ledende læge, C4)

En række deltagere oplevede således ikke, at forventningerne blev klart nok defineret under uddannelsen.¹⁴

At ambassadørrollen kan styrkes handler ifølge deltagere også om, at flere oplever en svingende interesse og fokus oppefra. Forankringen i deltagernes egne organisationer er således i en række tilfælde også et svagt punkt.

Altså ambassadørrollen kunne jeg jo ikke løfte, når jeg ikke får opbakning til det fra min egen ledelse. Men derfor kan jeg jo sagtens sprede det til dem, der måtte have interesse og så med samarbejdspartnere (...). Men når jeg et par gange har spurgt, hvem jeg skulle sprede det til, og hvordan min ledelse havde tænkt sig, det skulle foregå, og ikke kunne få noget svar på det, så giver man jo bare op. (Ledende sygeplejerske, B3)

Det svage ophæng kommer bl.a. til udtryk i manglende institutionalisering og opfølgning:

¹³ Formuleret under de nationale succeskriterier og ligger bl.a. i formuleringerne af organisatoriske succeskriterier: At deltageren videreformidler og anvender metoder og redskaber i egen organisation, og påtager sig at bære viden og inspiration ind i lederkollegiet i egen organisation samt lærings- og kvalitetsteams, samt i formidlingen af de individuelle succeskriterier, punkt 4: Styrket gennemslagskraft til at kunne skabe forbedringer og sprede viden i og uden for egen organisation om anvendelse og resultater af forbedringsarbejde.

¹⁴ Evalueringen af hold 1 berører ambassadørrollen: Et organisatorisk succeskriterium for ledelsesprogrammet er, at forløbsdeltagerne kan videreformidle og anvende metoder og redskaber ind i egen organisation og påtage sig at bære viden og inspiration ind i lederkollegiet og lærings- og kvalitetsteams. Af midtvejsevalueringen og drøftelse på fokusgruppeinterviewet fremgår, at vidensspredningen og forankring af læring fra særligt forbedringsinitiativerne kan styrkes. Pr. juni 2018 er forbedringsinitiativerne udviklet på forløb 1 præsenteret for holdet, sponsorer og bidragsydere/aktører i initiativerne. Øvrige aktører i forløbsdeltageres egne organisationer kunne med fordel blive præsenteret for initiativerne og introduceret til læring fra forløbet (Mobilize Strategy Consulting, 2018, s. 5).

Jeg blev sendt af sted, ingen spurgte om det efterfølgende, og ingen var med til afslutningen. Ingen ved, at jeg har været af sted. (Ledende læge, A4)

Man kunne gøre mere for at følge op efterfølgende. Jeg har ikke hørt noget som helst til det siden. (Ledende læge, A2)

Ingen af os på hospitalet vidste, hvem der havde været af sted før. Det, synes vi, virkede underligt. (Ledende sygeplejerske, E3)

Der, hvor deltagerne oplever, at ambassadør rollen fungerer, der oplever deltagerne omvendt, at de selv fungerer som "små fyrtårne", og i en række tilfælde også, at direktionen støtter op om denne rolle.

Nogle af de kommunale ledere påpeger, at der ikke altid er et organisatorisk setup i kommunerne, der gør, at der kan støttes op om forbedringsarbejde og det at tage en ambassadørrolle. Hvis man fx ikke lige har en størrelse a la København eller Aarhus Kommune, så man kan komme til at stå lidt alene med det og mangle støtte fra fx en kvalitetsafdeling eller ansatte konsulenter.

Kommunerne er rigtig forskellige i forhold til, hvilke kvalitetsorganisationer man har. Og jo større kommune, man er, jo større apparat har man også bag ved sig, og derfor er det også nemmere at tage nogle af forbedringstanker og de tanker, der ligger i kvalitetsarbejdet med tilbage. Og det har haft betydning for, hvor stor afsmittning det har haft efterfølgende. Hvis du sidder i Aarhus eller Københavns Kommune, som har en vis volumen, så kan du gøre det. Men det kan du ikke i en kommune som (XX). Men det er ikke ensbetydende med, at man ikke kan gå ind i nogle spændende samarbejder med hospitalet, hvor man tager små skridt for at komme derhenad. Men (...) jeg tænker bare, det havde måske været en interessant opmærksomhed at have fra starten, for hvordan er det så egentlig, man skal understøtte den del af kvalitetsarbejdet ude i kommunerne? (Kommunal leder, C1)

Kvalitetsmodellen er ikke kommet til kommunerne endnu – der er lang vej. Det er født i regioner og på sygehuse. Der er en udfordring, man skal have fat på. (Kommunal leder, B5)

Der er altså flere kommunale deltagere, der peger på, at kommunernes forudsætninger for at gennemføre forbedringsarbejde er meget anderledes end hospitalernes.

Nogle af deltagerne efterspørger et nationalt brush-up-møde eller anledning til at mødes igen. Mødet kunne eventuelt tage udgangspunkt i, hvordan det siden hen er gået med nogle af de forbedringsprojekter, der kunne have bred læringsmæssig værdi. Eller ifølge deltagerne styrke fokus på det videre ambassadørarbejde og netværksskabende aktiviteter. Forelagt denne idé er der dog andre deltagere, der har svært ved at se pointen heri.

5.4 Potentiale i at overveje udvælgelse og sammensætning

Et andet punkt er relateret til deltagerudvælgelsen. Igen adresseres forbedringspotentialet både til kursusledelsen, designet og til den organisatoriske forankring. Som det typisk nævnes i evalueringer af ledelsesuddannelser (og som det også er påpeget i forbindelse med evaluere-

ringer af ledelsesprogrammet), så siger deltagerne, at der er stor niveauforskel mellem deltagerne¹⁵. Det var således meget forskelligt, hvad deltagerne kom med og forventede. Nogle mener, at dette skyldes, at det er uklart, hvad målet med uddannelsen er, og at hospitalerne og kommunerne derfor ikke kan udvælge deltagere på et tilstrækkeligt strategisk grundlag.

Hvis ikke formålet med uddannelsen står klart, så er det svært at udpege de rigtige kandidater. (Kommunal leder, A3)

Formålet var ikke klart, i hvert fald heller ikke for mig. Hvordan skulle man så forlange, at det havde været klart for sygehusledelserne på de respektive hospitaler eller for den sags skyld ledelserne i kommunerne? De vidste jo ikke, hvad de sendte os ind til. Og det var mange dage – det var 18 dage, vi var af sted. Så det er meget at tage os ud af driften for det, vi fik med hjem, synes jeg. (Ledende læge, A4)

Andre mener, at udvælgelsen bare generelt flere steder på både hospitaler og i kommuner er grebet for tilfældigt an.

Det blev lagt ud til hospitalerne, at de skulle pege på nogen, og det blev håndteret meget forskelligt. (Ledende sygeplejerske, D3)

Jeg fik at vide, at jeg havde fået et tilbud, jeg ikke kunne sige nej til – det var udvælgelsen. Det var svært at se, hvordan deltagerne var valgt. (Ledende læge, A4)

Det er uigennemskueligt, hvordan man er udpeget til at deltage. (Ledende læge, C5)

Der, hvor deltagerne har oplevet, at det er sket mere strategisk, beskriver de, at direktionen har set det som en mulighed for strategisk talentudvikling af spirende talenter i organisationen inden for forbedringsarbejde og -ledelse.

Der kommenteres blandt deltagerne på, at der i nogle tilfælde har været ledere af andre deltagende ledere med i programmet, og at dette godt "kunne larme lidt".

Det larmede på vores uddannelse, at der sad nogle fra hospitalsledelsen. For man havde valgt at sende både en direktør og nogen længere nede i organisationen. Det gav noget ikke særligt konstruktivt i rummet fra dem. Det var ikke strategisk smart. (Ledende sygeplejerske, D2).

Det har også været ujævnt, når nogle ikke havde andre ledere under sig. Enkelte peger på tilfælde, hvor ikke-motiverede deltagere har fyldt for meget, eller hvor det kunne være svært at se det strategiske sigte i at udpege en til deltagelse, fx få måneder før forestående pension. Nogle peger på, at de synes, det er u hensigtsmæssigt, at medlemmer af hospitalsdirektioner og HR-ansvarlige har pladser på uddannelsen. At det bør være ledere på taktisk/operationelt niveau, samt at det er vigtigt at få lægegruppen med. Samtidig er det vigtigt at "sælge" vigtigheden til de lægelige ledere:

Jeg ville med, fordi jeg var super nysgerrig. [...]. Det lød godt, men var ikke attraktivt i afdelingsledelserne. De kunne ikke se, hvad de skulle bruge det til. Det var en del tid, man skulle reservere, og det var svært at se, hvordan det skulle tilføre noget. De har hovedet nede i driften. (Lægelig leder A2)

¹⁵ Det blev i tråd hermed besluttet, at der skulle ske en differentiering af deltagere efter niveau ved indgang til programmet for at imødekomme deltagernes forskellige forudsætninger og sikre, at alle deltagere fik udbytte af undervisningen.

Man skal være meget mere vedholdende som mellemlider end som topleder, hvis man vil have tingene til at flytte sig. Jeg synes, man skal overveje, hvilke niveauer man er på (hvem der skal med i programmet). (Kommunal leder, B5)

Nogle argumenterer for, at oversygeplejerske/ledende overlæge-niveauet er det rigtige niveau. Og nogle argumenterer for, at det vil være godt også at inddrage frontlinjelederne på funktionslederniveau.

5.4.1 De praktiserende læger kunne med fordel inddrages

Mange bemærker angående deltagersammensætningen, at det er ærgerligt, at de praktiserende læger ikke deltager i programmet, da de udgør det tredje ben i sundhedsvæsenet – et ben, som det så er svært at videreudvikle på samarbejdet med.

Deltagelse fra almen praksis, det savnede vi meget i diskussioner og opgaver. Det er for nemt at blive enige om, at nogen, der ikke er tilstede, har en problemstilling. (Ledende sygeplejerske, D2)

Synd vi ikke har praktiserende læger med (...) det kunne have været berigende i netværk. (Ledende sygeplejerske, A1)

Det bemærkes også, at det er godt, at der deltager ledere fra kommuner. Særligt de kommunale deltagere efterspørger dog fremadrettet en lidt mere ligelig fordeling, således at de kommunale deltagere kommer til at fylde mere. Dette forbedringspotentiale blev også italesat i evalueringen af hold 2, hvori der blev peget på, at "kommunerne er svagt repræsenteret" (Mobilize Strategy Consulting, 2019, s. 6).¹⁶

5.5 Studieturen til Skotland

Adspurgt om forbedringspotentialet peger en række af deltagerne på turen til Skotland. Samtidig er den indlagte studietur til Skotland (modul 4) noget af det, der skiller deltagerne – rangerende fra "helt fantastisk" og "allermest inspirerende" til "tæt på spild af tid og penge". En leder bemærkede, at det var en rigtig god "ryste-sammen tur".

5.5.1 Inspirerende at mærke gejst og stolthed

Det, der havde inspireret flest, var at opleve gejst og stolthed for det skotske sundhedsvæsen.

Det er altid godt at komme ud og blive klog på, hvad andre har gjort – også at mærke deres stolthed. (Lægelig leder, A2)

*De havde væsentligt mindre at gøre godt med, men var sindssygt stolte af det, de havde. De havde en gejst og en glæde i stedet for dansk brokmentalitet, hvor glas-
set er halvt tomt. (Ledende læge, A6)*

Mange blev således inspireret til selv at være mere stolte over det sundhedsvæsen, vi har i Danmark.

¹⁶ Ledelsesprogrammet udspringer af regionernes økonomiaftale, og regionerne dækker dermed deltagergebyret for såvel regionale som kommunale deltagere. Den enkelte kommune skal give lederen fri samt yde transport. Kilde: <https://faelles-kommunalsundhed.dk/temaer/udpegning-af-deltagere-til-hold-3-i-det-nationale-ledelsesprogram/>

Deres begejstring var virkelig imponerende. (...) Deres måde at fremlægge det på gjorde stort indtryk, og man tænkte: Jeg må have noget af den begejstring med hjem! (Ledende læge, C5)

Vi kunne godt lære at blive lidt mere begejstrede for vores eget sundhedsvæsen, og hvor dygtige vi er. For det synes jeg, var det, jeg tog hjem med – hold da op, hvorfor er vi ikke lidt mere stolte over det, vi har? (Leder af andre faggrupper, C3)

5.5.2 Satte eget sundhedsvæsen i perspektiv

Nogle af deltagerne oplevede, at det gav anledning til refleksion at opleve et andet sundhedsvæsen og på den vis se sit eget sundhedsvæsen gennem en anden linse.

Det, jeg synes, var det mest interessante, var udlandsrejsen. Det var dér, man så et andet sundhedsvæsen, man snakkede med nogle andre mennesker. Det var noget helt andet end det, jeg havde prøvet før. Der synes jeg virkelig – hold da op, gør man sådan i Skotland? Det var sjovt at se. (Ledende læge, C4)

Nogle lægger især vægt på at se den skotske "shared care"-organisering af det tværgående samarbejde mellem primærsektoren og hospitalssektoren:

Det var meget interessant at se nogle eksempler på, hvordan social- og sundhedsområdet økonomisk kunne tænkes sammen, og hvad de faktisk sidder og disponerer over helt ude i praksis. Og hvilken rolle personalet har i primærsektoren i Skotland. Jeg fik også den fornemmelse af, at nogle af de ting, vi har sloges med for 10-15 år siden, det var noget af det, de sloges med nu. Men et stort indblik i nogle forskelle mellem nogle sundhedssystemer, som måske ikke er direkte overførbare, men meget givende alligevel. (Kommunal leder, C1)

Både regionale og kommunale ledere fandt det således inspirerende, at man havde gentænkt overgange og incitament for at fremme forløbstækning. På mange andre områder er det dog mest iøjnefaldende for deltagerne, at de oplever, at Danmark er ca. 15 år foran.

Det at være i Skotland og se et andet sundhedsvæsen var en øjenåbner. [...] Så havde de andre udfordringer i Skotland, vi ikke kan genkende. (Ledende sygeplejerske, D1)

5.5.3 Man havde ikke behøvet at rejse til Skotland

Nogle var ude på besøg på hospitaler, andre var ikke på site-besøg. Det var forskelligt, om site-besøg blev oplevet som meningsfulde.

Der var virkelig splittelse på holdet, om det gav værdi, og særligt om besøg på institutioner var værdifulde – det var ikke oplæg, der kom fra Scottish National Health, der var uenighed om, det var mere institutionsbesøgene, som mange synes var unødvendige. (Ledende sygeplejerske, E7)

Mange kommenterede på, at det var megen tid og mange penge, man brugte på, at der skulle være en tur til Skotland. Nogle mente, at de lige så godt kunne have mødtes med repræsentanterne fra Skotland i Danmark.

Jeg synes, det var lidt spild af tid at tage til Skotland. (...) Det var mange dage på en måde, hvor man sad i et kælderlokale og fik teoretisk undervisning, man lige så godt kunne have fået hjemme. (Leder af andre faggrupper, C3)

Men man kunne lade Skotland komme til os i stedet for at komme til Skotland. (...) Jeg ved ikke, hvor meget vi fik ud af det, for vi var ikke rigtig ude at se hospitalerne. (Ledende læge, B2)

Nogle kommenterede, at de allerede havde hørt om Skotland før. En ledende læge mente, at det var "old juice". To deltagere fortæller om et besøg af en svensk hospitalsdirektør, som var meget inspirerende, og foreslår, at man kunne tage til Sverige i stedet for Skotland:

Han var meget inspirerende. Hvis man skulle ud og se noget andet, så kunne det være, det var dér, man skulle over og se, hvordan sundhedsplejerskerne var inde ved vagtlægen og arbejde på den måde. Det kunne jeg godt tænke mig. (Ledende læge, B2)

Karolinska har jo netop lavet fuldstændig om på måden at opbygge afdelinger på. De har jo lavet forløb. Noget der hedder 'mor og barn', noget der hedder 'cancer' (...). Jeg tror kun, de har fem forløb, og så har de simpelthen sagt, at alt det, der går på tværs med blodprøver og røntgen, og hvad vi ellers har, det er noget, der skal passes ind. Men det er forløbstænkningen, der styrer hele sygehusets fysiske opbygning. Og det, synes jeg jo, kunne være spændende og inspirerende at få lov at se som noget andet end at tage til Skotland og sidde på et eller andet kontor og høre på, hvad de fortæller. (Ledende sygeplejerske, B3)

Flere deltagere foreslog, at man i stedet så på, om der var noget, man kunne lade sig inspirere af i Danmark i stedet.

6 Konklusion

Formålet med denne undersøgelse har været at lære af de foreløbige erfaringer med at omsætte intentionerne i Det Nationale Ledelsesprogram. Det er gjort ved at gennemføre 18 interview med i alt 35 interviewdeltagere. Rapporten skal inspirere til fortsat arbejde med at implementere intentionerne. Rapporten afrundes med en kort konklusion.

6.1 Eksempler på oplevet læring

Rapporten kommer med eksempler på, at en række af intentionerne i Det Nationale Ledelsesprogram opleves at blive omsat i hverdagspraksis i deltagernes organisationer. Ledelsesprogrammet bidrager således til, at en række deltagere oplever, at de opnår nye kompetencer eller videreudvikler deres kompetencer inden for forbedringsledelse. Der er også eksempler på, at de oplever at lykkes at arbejde mere tværgående og tværsektorielt, samt at det lykkes at fremme fokus på værdi i kerneopgaven. Der er beskrevet seks forbedringsprojekter til inspiration for andre ledere.

Samtidig er Det Nationale Ledelsesprogram led i en stor strategisk satsning i forhold til at løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet og fremme de nationale kvalitetsmål. I dette perspektiv kan ledelsesprogrammet ses som et skridt på en længere vej.

6.2 Input til videre læring

En tråd i deltagernes perspektiver på forbedringsmuligheder er, at det strategiske fokus med fordel kan styrkes. Det gælder både i gennemførelsen af programmet og i det organisatoriske ophæng. Det handler fx om:

1. Strategiske kriterier ved udvælgelse af deltagere. Deltagerne bør udvælges strategisk i forhold til potentialet for at kunne løfte egen afdeling og fungere som ambassadører udadtil. Herunder tydelige formål hermed og forventninger hertil som led i programmet.
2. Fokus på ledelsesmæssig understøttelse af deltagere i forhold til prioritering af at bruge tid på programmet, gennemførelse og hjælp til forbedringsprojekt samt ledelses- og sponsorunderstøttelse. Herunder også tydeliggørelse af forventninger til såvel sponsor- som ambassadørrollerne.
3. Fokus på netværk. Lokalt på hospitaler og i kommuner kan netværksdelen styrkes, således at der er en bevidsthed om og forventning til deltagere som ambassadører. Potentielt også opkobling til kvalitetsenheder og bredere netværk i organisationen.
4. Styrkelse af det tværsektorielle sigte gennem en mere ligeværdig fordeling af deltagere fra både det regionale og kommunale sundhedsvæsen. Herunder også deltagere fra almen praksis.

En anden tråd er, hvordan deltagere skal blive klædt ledelsesmæssigt på til i højere grad at motivere deres omgivelser til at implementere forbedringsstankegangen i Det Nationale Kvalitetsprogram.

6.3 Ledelsesprogrammet set i et metaperspektiv

Som litteraturreview (se fx Holm-Petersen & Buch, 2014; Holm-Petersen & Navne, 2013) og tidligere studier har vist (se fx Meier, Bødker & Østergaard, 2016), så er ledelse af kvalitetsforbedringer af eksempelvis tværsektorielt og tværgående samarbejde og patientforløb det, der kan kaldes en "going concern" (Holstein & Gubrium, 2000; Hughes, 1971). Der er således en række udfordringer, som ledere står over for i dette arbejde. Eller som en interviewet deltager sagde om vi-og-de-tænkning mellem sektorer:

Efterhånden, som vi lærte hinandens projekter og hinanden at kende, blødte det mere op. Det var det, at vi lærte hinanden at kende [mere end at lære at tænke mere helhedsorienteret]. Hvis man ikke har relationer, så slår kassetænkningen til med det samme – det har vi ikke ressourcer til osv. (Ledende læge, E6)

Det er udfordringer, som i litteraturen ofte benævnes "wicked problems" – altså er kendetegnet af at være omgærdet af komplekse udfordringer. Set i et metaperspektiv er det derfor ikke overraskende, at en række ledelsesuddannelsesstilbud adresserer udfordringerne med at praktisere forbedringsledelse, eller at nogle af deltagerne i Det Nationale Ledelsesprogram efterlyser mere hjælp til at komme videre med det, der er svært.

6.3.1 Spænder over en bred målgruppe

Deltagerne i Det Nationale Ledelsesprogram repræsenterer ledere fordelt på flere forskellige niveauer i deres respektive organisationer, ledelse af forskellige faggrupper og også ledere i forskellige typer af organisationer. Det bidrager på den ene side til en kreativ smeltedigel, hvor der kommer fokus på, at sundhedsvæsenet og patientforløb er tværgående. På den anden side stiller det krav til udførelsen af programmet. Programmet skal således balancere mellem at tilføre viden, der er generisk – og på rette niveau i forhold til deltagernes forskelligartede forudsætninger, og samtidig også træne deltagerne i kontekstspecifik forbedringsledelse. For at komme i mål med intentionerne med programmet skal deltagerne således – for at bruge en metafor – ikke blot forbedre deres forståelse af havet. De skal også forbedre deres svømme-teknikker og træne metoder til at aflæse strømforhold og håndtering af kviksand og hestehuller.

Fordi deltagerne kom med forskellige forudsætninger, var der i tråd hermed nogle, der oplevede, at der var for meget fokus på beskrivelser af teorier og metoder – som de havde hørt i forvejen – og for lidt fokus på at fastholde udviklingen i, hvordan man mere konkret skaber forandring, mens nogle oplevede, at de fik forbedret nogle af de teknikker, de i forvejen havde, og nu blev endnu bedre. Andre oplevede, at de både fik en meget bedre forståelse af, hvad der skaber værdi i sundhedsvæsenet, og samtidig også inspiration til at lede forbedringer på nye måder. Håndtering af det, der er svært, kunne dog stadig for fleres vedkommende opleves som en udfordring, og de kunne derfor godt tænke sig mere dybdegående teknikker til det.

Litteratur

- Danske Regioner (n.d.). *Bilag 1. Opgavebeskrivelse og kravspecifikation. Udarbejdelse og gennemførelse af nationalt ledelsesprogram for ledere af ledere i sundhedsvæsenet*. København: Danske Regioner.
- Danske Regioner (2016). *Notat om nationalt ledelsesprogram*. 18-4-2016. København: Danske Regioner.
- Holm-Petersen, C. & Buch, M.S. (2014). *Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet*. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Holm-Petersen, C. & Navne, L.E. (2013). *Ledelse af brugerinddragelse: Tre casebaserede eksempler*. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Holstein, J.A. & Gubrium, J.F. (2000). *The self we live by: Narrative identity in a postmodern world*. New York: Oxford University Press.
- Hughes, E.C. (1971). *The Sociological Eye: Selected papers*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Implement Consulting Group & LEAD (2017). *Forløbsbeskrivelse: Det nationale ledelsesprogram i sundhedsvæsenet*. Hold 1, 2017-2018. Hellerup & Aarhus: Implement Consulting Group & LEAD.
- Implement Consulting Group & LEAD (2018). *Forløbsbeskrivelse: Det nationale ledelsesprogram i sundhedsvæsenet*. Hold 2, 2018. Hellerup & Aarhus: Implement Consulting Group & LEAD.
- Implement Consulting Group & LEAD (2019). *Forløbsbeskrivelse: Det nationale ledelsesprogram i sundhedsvæsenet*. Hold 3, 2019. Hellerup & Aarhus: Implement Consulting Group & LEAD.
- Implement Consulting Group & LEAD (2020). *Forløbsbeskrivelse: Det nationale ledelsesprogram i sundhedsvæsenet*. Hold 4, 2020. Upubliceret. Hellerup & Aarhus: Implement Consulting Group & LEAD.
- Lindesmith, A.R., Strauss, A.L. & Denzin, N.K. (1999). *Social psychology*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Meier, N., Bødker, M. & Østergaard, S. (2016). *Ledelse på tværs: Kunsten at skabe sammenhængende patientforløb*. Viborg: Region Midtjylland.
- Mobilize Strategy Consulting (2018). *Slutevalueringssrapport: Det Nationale Ledelses-program for ledere af ledere i Sundhedsvæsenet*. Upubliceret rapport. København: Mobilize Strategy Consulting.
- Mobilize Strategy Consulting (2019). *Ekstern evaluering af det nationale ledelsesprogram i sundhedsvæsenet (NLPS)*. Hold 2 – 2018. Upubliceret rapport. København: Mobilize Strategy Consulting.
- Regeringen, KL og Danske Regioner (2018). *Nationale mål for sundhedsvæsenet*. København: Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner & KL.
- The Health Foundation (2011). *Evidence scan: Improvement Science*. London: The Health Foundation.

Bilag 1 Interviewguide, gruppe

Introduktion

- Tak fordi I vil deltage
- Oplysningerne skal bruges af VIVE til et læringsprojekt om Det Nationale Ledelsesprogram
- Behandling af oplysninger + anonymisering
- Optagelse af interview?
- Har I spørgsmål, før vi går i gang?

Temaer	Interviewspørgsmål
Personlige oplysninger	Vil I kort fortælle jeres navn, og hvilken stilling I er ansat i, og hvor længe I har været det? <ul style="list-style-type: none"> • Uddannelse • Stilling og arbejdsopgaver • Hvor længe i stillingen?
Generel oplevelse af programmet	Først vil jeg gerne høre, hvordan I synes, det var at deltage i ledelsesprogrammet overordnet set?
Deltagelse, hold	Er det Jeres indtryk, at der har været forskel på holdene i ledelsesprogrammet?
Det mest inspirerende og ændringer i praksis	Hvad har været det mest inspirerende ved at deltage i ledelsesprogrammet? Kan I komme med eksempler på, at ledelsesprogrammet har inspireret Jer til at gøre noget anderledes end før? Har ledelsesprogrammet ændret noget ved den måde, I bedriver ledelse af Jeres medarbejdere på? (beskriv) Har ledelsesprogrammet ændret noget ved den måde, I kommunikerer med Jeres ledelseskolleger på? (beskriv) Har ledelsesprogrammet ændret noget ved den måde, I kommunikerer/samarbejder med Jeres leder på? (beskriv)
Udfordringer	Har der også været ting, det efterfølgende har været svært at omsætte til praksis? <ul style="list-style-type: none"> • Eksempler
Forbedringsprojekter	Kan I fortælle os om de forbedringsprojekter, I arbejdede med undervejs i programmet? <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan fandt I på ideen? • Hvad gik projektet ud på? Hvilken udfordring skulle det løse? • Var det vigtigt for Jeres afdelinger/organisation at få den udfordring løst? Hvorfor? • Hvad var formålet og målsætningen med projektet? Kan I give os nogle eksempler på, hvordan I kunne omsætte læring fra ledelsesprogrammet til at gennemføre Jeres eget projekt i praksis? Støtte I på barrierer i forhold til at gennemføre forbedringsprojekterne? <ul style="list-style-type: none"> • Gav ledelsesprogrammet Jer nogle værktøjer, I kunne bruge til at håndtere udfordringerne? Lykkedes det Jer at opnå målene med Jeres projekter? <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan? • Hvorfor? Hvordan kan man se, at projekterne har gjort en forskel? <ul style="list-style-type: none"> • For afdelingen? • For patienterne/borgerne?
Sponsor	Hvilken rolle spillede Jeres sponsor i forhold til udviklingen af Jeres projekter? Har sponsoren spillet andre roller? Hvad kunne I have haft yderligere behov for fra Jeres sponsor?
Kommunikation og motivation	Hvordan har jeres omgivelser taget imod det at skulle arbejde med forbedringsprojektet? <ul style="list-style-type: none"> • Medarbejdere? • Medledere? • Samarbejdspartnere?

Temaer	Interviewspørgsmål
Arbejdet med nye initiativer, tværsektorielt fokus og patient-inddragelse	<p>Jeg kunne godt tænke mig at høre noget mere om tiden, efter ledelsesprogrammet er afsluttet. Har I arbejdet videre med andre forbedringsprojekter efter Jeres deltagelse i programmet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har ledelsesprogrammet gjort det lettere for Jer at se, hvor der er det største behov for forbedringer? • Oplever I, at I er bedre klædt på til at finde løsninger på udfordringerne efter deltagelsen i ledelsesprogrammet? • Har deltagelse i ledelsesprogrammet ændret på Jeres tværsektorielle fokus? <p>Hvordan arbejder I med at inddrage patienter og pårørende i Jeres arbejde med kvalitetsforbedringer?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har ledelsesprogrammet givet metoder og værktøjer til at arbejde med patientinddragelse? • Hvordan arbejder I med data om den patientoplevede kvalitet? Arbejder I anderledes med data end før ledelsesprogrammet?
Forbedringskultur og samarbejdet med andre ledere	<p>Et af målene med ledelsesprogrammet var jo at fremme en forbedringskultur i sundhedsvæsenet. Oplever I Jer selv som ambassadører herfor?</p> <p>Oplever I, at der er sket en kulturændring i Jeres afdeling/organisation?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvis ja: Hvordan kommer det til udtryk? Hvilken rolle har I spillet for at skabe kulturændringen? <p>Har I talt med andre ledere om de erfaringer, I har fået med fra ledelsesprogrammet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er der barrierer i forhold til at udbrede din viden til andre ledere? • Hvad tænker du om at være en rollemodel eller spydspids for arbejdet med kvalitetsforbedringer? Er det faktisk muligt at fungere som en rollemodel for andre?
Netværk	Har I holdt fast ved det netværk, I fik ved at deltage i ledelsesprogrammet?
Lederidentitet og synet på forbedringer	<p>Har programmet betydet noget for, hvordan I ser på kvalitetsforbedringer?</p> <p>Har programmet betydet noget for, hvordan I ser jer selv som ledere?</p>
Forslag til forbedringer af ledelsesprogrammet	Til sidst vil jeg gerne høre, om I har nogle forslag til, hvordan programmet kunne forbedres?

Afrunding

- Har du spørgsmål eller kommentarer? Er der nogle vigtige emner, vi ikke er kommet omkring?
- Tak for Jeres deltagelse!

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD