

# Masterafhandling i Master of Public Governance 2013

Masterafhandling individuel besvarelse af Ninna Rose Holm

## Problemformulering

### Hvordan kan patientforløbsoptimering i Respirationscenter Øst bidrage til offentlig værdiskabelse - et casestudie

- Hvordan kan offentlig værdi skabes i Respirations Center Øst  
- fra et leder- et læge- og et patient perspektiv
- Hvad hæmmer læger i at optimere patientforløb  
- fra et lederperspektiv
- Hvordan fremmes det lægefaglige samarbejde  
- fra et lægeperspektiv



#### Udarbejdet af

Afsnitsansvarlig Overlæge Ph.d. Ninna Rose Holm, 21.05.65  
Respirationscenter Øst, Anæstesiaafdeling Y, Glostrup Hospital

#### Vejleder

Mag. scient. soc. et lic. Lektor Merete Watt Boolsen, Københavns Universitet  
113.482 anslag eller knapt 50 normalsider

Indholdsfortegnelse	side 2
1.0 English Abstract	side 3
2.0 Indledning	side 5
2.1 Case præsentation	
2.2 Problemfelt	
2.3 Problemformulering og forskningsspørgsmål	
2.4 Perspektiv	
2.5 Afgrænsning og Relevans	
3.0 Teori	
3.1 Introduktion	side 10
3.2 Offentlig værdiskabelse	
3.3 Motivation	
3.4 Ledelse og selvledelse	
4.0 Metode	side 16
4.1 Design	
4.2 Kvalitetskriterier	
4.3 Validering af interview	
4.4 Validering af tekst	
4.5 Undersøgelse af egen organisation	
5.0 Analyse	
5.1 Tekstanalyse	side 23
5.2 Analysestrategi	
5.3 Forskningsspørgsmål 1	Side 26
Hvordan kan offentlig værdi skabes i Respirations Center Øst	
- fra et leder- et læge- og et patient perspektiv	
5.4 Forskningsspørgsmål 2	side 33
Hvad hæmmer læger i at optimere patientforløb	
- fra et ledelsesperspektiv	
5.5 Forskningsspørgsmål 3	side 40
Hvordan fremmes det lægefaglige samarbejde	
- fra et lægeperspektiv	
6.0 Konklusion	side 44
Hvordan kan patientforløbsoptimering i	
Respirations Center Øst bidrage til offentlig værdiskabelse	
7.0 Analyse af egen ledelsesmæssige udvikling	side 45
Aktantmodellen	
8.0 Perspektivering	side 50
Hvordan kan afhandlingen ændre synet på	
patientforløbsoptimeringer som offentlig værdiskabende	
9.0 Litteraturliste	side 51
10.0 Bilag	side 54
10.1 Tak til	
10.2 Spørgeguide	
10.3 Transskription	

## **1.0 Abstract**

### **Background**

The regions have a strong focus on increasing the value creation in the health care sector. The initiation of projects to optimize the patient's pathway through the Health Care system is an example of this focus. The Respiratory Center East, at Glostrup Hospital, is a highly specialized section, where such patient's pathway process optimizations are prioritized. The goal is to optimize the patient's pathway through a system spanning several departments at multiple hospitals.

### **Conclusion and perspective**

Patients are not only clients who want the best for themselves, they are also citizens who are part of the community and as community members they typically exhibit a great willingness to participate in the optimization processes. The professionals must be ready to incorporate the patients into their sphere in order to create value for society.

### **Dissertation thesis statement examines**

How can patient care optimization in Respiratory Center East contribute to public value creation - a case study

How Respiratory Center East create public value

- From a leader - a doctor and a patient perspective

What inhibits the doctor's ability to optimize patient care

- From a management perspective

How to promote the medical cooperation in patient care optimizations

- From a medical perspective

### **Perspective and Theory**

The constructivist perspective is chosen, as I am interested in investigating a process that cannot easily be separated from its context. Within the constructivist perspective I will be using the theory of public value, the theory of motivation and theory of leadership of the self-managing employee. My managerial development is analysed by the aktant model.

### **Method**

I have chosen a case study design, as this is suitable in studies where the interest is to analyse complex social phenomena's. "Elite-interview" is selected as a qualitative method within the constructivist perspective. As I am the interviewer in the "Elite-interviews" within my department, my role as collector and analyser of empirical data will be analysed and discussed. ☒

## Analysis

I have analysed the three sub-questions using the chosen theories and the key findings are:

- How does Respiratory Center East create public value?
  - From a leader - a doctor and a patient perspective

Patient pathway optimization can help support creation of public value in Respiratory Centre East, when willingness patients are asked to participate in the optimization processes, not only as patients, but also as citizen actively pursuing what is best for the society. The theories put forward by Horner & Hutton, Benington and Moore (2011, chapter 6) support these findings.

- What inhibits the doctor's ability to optimize patient care?
  - From a management perspective

From the start there were no joint understanding among doctors for making patient pathway optimization, and this has been one of the main hindrances for designing the optimization pathways. Doctors have, during the last 4 years, had to accept the role as autonomous doctors, limited by leaders that apart from the medical work, had others priorities. This follow the theory put forward by Raastrup Kristensens (2011) about the autonomous employee, losing the autonomy due to factors other than the mere medical based.

- How to promote the medical cooperation in patient care optimizations
  - From a medical perspective

Patient pathway optimization can support public value creation in The Respiratory Center East, at Glostrup Hospital, when collaboration between different medical teams is enhanced. This follows the theories of: Drucker (1999): When doctors utilize their autonomy to create new task; of; Boswell et al. (2006): By knowing the end goal of the collaboration and finally by Osterloh and Frey (2002): When the doctors as responsible for the out-come, they are intrinsic motivated to do their best for the patients.

The author's leadership role is analysed via the aktant model at the end of the thesis.

## **2.1 Indledning**

### **- Case præsentation**

Respirationscenter Øst er et hospitalsafsnit på Glostrup Hospital. Det er et af de tre højtspecialiseret afsnit i Danmark for diagnosticering, behandling og kontrol af patienter med kronisk respirationsinsufficiens (kronisk vejrtrækningsmangel) samt patienter med komplicerede søvnapnø tilstande (vejrtrækningspauser). Afsnittet har ca. 1800 patienter tilknyttet og 60-100 indlæggelser pr. måned. Der er over de sidste 4 år, løbende pågået optimeringsprocesser i afsnittet, hvilket har betydet prisen på et sengedøgn er faldet fra ca. 30.000 kr. i 2009 til ca. 10.000 kr. i 2013. Den optimeringsproces er nu speedet op med udvikling af en workshopmodel forankret i Glostrup Hospital og Region Hovedstaden.

Patienterne har ofte, udover den respiratoriske tilstand, andre helbredsmæssige problemstillinger og er tilknyttet afdelinger på andre hospitaler, både i den akutte og den kroniske fase af sygdommen. Trods øget fokus på optimering af patientforløb på hospitaler i regionen, mangler der optimering af forløb, der strækker sig over flere hospitaler. Når optimering og koordinering af forløbene forløber tilfredsstillende, kan patienterne formentlig spares for indlæggelsesdage og regionen for udgifter til det, men hvordan kan patientforløbsoptimering bidrage til offentlig værdiskabelse i Respirationscenter Øst? Hvordan ser patienterne, læger og lederne på optimeringsprocessen, hvordan skaber den værdi for dem? Hvad hindrer læger i at udføre i patientforløbsoptimeringer set fra ledersiden? Og hvordan fremmes og udbygges det lægefaglige samarbejde set fra lægesiden?

## **2.2 Indledning**

### **– Problemfelt**

Afhandlingen viser hvorfor, man ikke kun skal se relationen mellem patienten og hospitalet som en kunde-sælger- relation, men må udvidet synsvinklen og se patienten både som kunde og borger, når en patientforløbs optimeringsproces foregår, hvis processen skal skabe værdi for patienten og det omgivende samfund.

Afhandlingen stiller spørgsmålet; hvordan kan patientforløbsoptimering bidrage til offentlig værdiskabelse i Respirations Center Øst og besvares via tre forskningsspørgsmål undersøgt som et case study.

Et eksplorativt forskningsspørgsmål hvor der undersøges, hvordan kan offentlig værdi skabes i Respirationscenter Øst, belyst via interview af tre ledere, tre læger og tre patienter og teori om Public Value af Benington and Moore (2011).

Et diskriptivt forskningsspørgsmål hvor der undersøges, hvad hæmmer læger i at optimere patientforløb via interview af tre ledere, samt teori om motivation af Ryan and Deci (2000) og Osterloh and Frey (2002) og teori om ledelse af den selvledende medarbejder af Raastrup Kristensen (2011) og Boswell et al. (2006).

Til sidst det normative forskningsspørgsmål hvor der undersøges, hvordan fremmes det lægefaglige samarbejde via interview af tre læger fra både eget og et samarbejdende afsnit samt teori af Drucker (1999), Boswell et al. (2006) og Osterloh and Frey (2002).

Afhandlingens metodedesign er et case study. Afhandlingens empiri fremkommer fra ni eliteinterviews, der analyseres via teoritriangulering af de tre udvalgte teorirammer og datatrianguleres ved tekst, som analyseres via tekstanalyse af Jensen (2011).

Til interviewanalyse benyttes en analysestrategi, hvor elementer af Grounded Theory af Strauss and Corbin (1990) og analyse af interview af Kvale og Brinkmann (2008) indgår.

For en organisation skal overleve, skal den skabe værdi, en offentlig organisation skal også skabe værdi og helst offentlig værdi. Men hvad er offentlig værdi? Der er ikke en klar teoretisk definition. Afhandlingen relaterer begrebet offentlig værdi til teori af Benington og Moore (2011) og informanter interviewes om deres måde at se værdi og offentlig værdi på, i sammenhæng med patientforløbsoptimeringsprocessen. Tekstanalyse af forordet til Den Danske Kvalitets Model version 2, indgår og relateres til interviewanalyse i forskningsspørgsmål 2. Der er ikke et entydigt svar på hvordan værdien skabes. En måde at skabe værdi i en offentlig organisation, kan være at optimere patientforløb via motivation og ledelse af den selvledende medarbejder, som lægen er. Hvilke forhold hæmmer og fremmer den proces? Dette undersøges i afhandlingen.

Hvem er ledelsen i en offentlig organisation? Hospitalsledelsen og ledelsesniveauer under disse, leder Glostrup Hospital, men hospitalet ledes også politisk af Region H, Sundhedsstyrelsen og dermed Sundhedsministeriet og Folketinget.

At skabe værdi kan ske ved at skabe en vis mængde ydelser af en vis kvalitet. For at styre kvaliteten i det danske sundhedsvæsen udvikledes Den Danske Kvalitets Model (DDKM), der er et fælles kvalitetsudviklingssystem for det danske sundhedsvæsen, via Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) oprettet i 2004. Formålet med Den Danske Kvalitets Model er, at fremme kvaliteten i patientforløb og fremme udviklingen af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet. Respirationscenter Øst

skal i 2015, akkrediteres efter Den Danske Kvalitets Model version 2 og der er her fokus på to sygdomsspecifikke standarder: Udarbejdelse og anvendelse af retningslinjer vedrørende behandling af konkrete patientgrupper (3.12.1) og Sygehusets tilrettelæggelse af konkrete patientforløb (3.12.3).

Det kan derfor antages, at optimering af patientforløb skaber kvalitet og dermed værdi i vores offentlige organisation, men hvordan kan forløbsoptimering i Respirationscenter Øst bidrage til offentlig værdiskabelse set fra de implicerede lægers, leders og patienters perspektiv? Det undersøges via et case studie i afhandlingen.

I 2009 blev optimeringsprocesser i Respirationscenter Øst udviklet, for at løse et kapacitetsproblem, der kan eksemplificeres ved en uacceptabel lang ventetid på behandlingsstart. En ventetid, der for nogle patienter betød fremskyndelse af døden. Det var derfor nødvendigt at optimere arbejdsgange og forløb, for at skabe plads til at modtage disse patienter. Kapacitetsproblemet og det tilhørende kvalitetsproblem blev løst via tilførsel af flere ressourcer og ved at fortsætte optimeringsprocesser, der bevirkede en værdiskabelse i forløbene, både kvalitativt og kvantitativt.

Respirationscenter Øst fokuserer på yderligere kvalitet og indgår i et projekt udgående fra HR-afdelingen på Glostrup Hospital, hvor et patientforløb via en workshopproces skal danne afsæt for andre patientforløbsoptimeringsprocesser i afsnittet. Workshoparbejdet vil assistere afsnittet i at følge Glostrups Hospitals virksomhedsgrundlag for 2013, hvor der ønskes beskrevet og implementeret patientforløb (Virksomhedsgrundlag Glostrup Hospital 2013).

Projektet er et af det mest komplicerede patientforløb på Respirationscenter Øst: Patienterne er indlagt på andre senge- eller intensiv- afsnit, hvor deres tilstand stabiliseres, alt imens overflytningen til Respirationscenter Øst planlægges. På respirationscenteret omstilles patienternes respiratorbehandling og behandlingen forberedes til at foregå i patientens eget hjem med hjælpere oplærte i den respiratoriske behandling og overvågning. Havde patienterne ikke hjælpere, var de bundet til en institution resten af livet. Disse patientforløbet undersøges ligeledes i denne afhandling.

## **2.3 Indledning**

### **– Afgrænsning og Relevans**

Mastermodulet har 12 ECTS point fordelt over et semester og afhandlingen fylder max. 50 sider, begge er begrænsende faktorer. Jeg har valgt det semi-struktureret kvalitative eliteinterview til empiridannelsen trianguleret med tekstanalyse af forordet til Den Danske Kvalitets Model version 2; samt

udmøntningen af det politiske ønske om kvalitet i det danske sundhedsvæsen. Da tiden kun har tilladt at interviewe ni informanter, har jeg valgt at benytte eliteinformanter som beskrevet af Kvale og Brinkmann (2008 p. 167). Dette valg bevirker, at det asymmetriske magtforhold, som normalt er til stede ved et interview, bliver opvejet af eliteinformantens magtfulde stilling. Da eliteinformanter er velinformeret om emnet patientforløbsoptimering og har en holdning til det, kan interviewet belyses med flere facetter.

## **2.4 Indledning**

### **- Problemformulering og Forskningsspørgsmål**

**Hvordan kan patientforløbsoptimering i Respirations Center Øst bidrage til offentlig værdiskabelse?**

### **- et casestudie**

- Hvordan kan offentlig værdi skabes i Respirations Center Øst?  
- fra et leder- et læge- og et patient perspektiv
- Hvad hæmmer læger i at optimere patientforløb?  
- fra et lederperspektiv
- Hvordan fremmes og udbygges det lægefaglige samarbejde?  
- fra et lægeperspektiv

## **2.5 Indledning**

### **- Perspektiv**

Et videnskabsteoretisk perspektiv er en betegnelse for forståelsen af verdenen og det syn på erkendelse, som teori bygger på. Jeg har valgt det konstruktivistiske perspektiv for at besvare problemformuleringen. Med det valg, følger valg af metode til empiriindsamling; eliteinterview og tekst (Den Danske Kvalitets Model version 2), metodedesign; case studie og analyse af empiri via teori, der ligger indenfor perspektivet. Det gør teori om offentlig ledelse, om motivation og ledelse af videns medarbejderen. Jeg benytter en analysestrategi, der inkluderer elementer af tekstanalyse; Jensen (2011) og interviewanalyse; Kvale og Brinkmann (2008), hvilket også passer med perspektivet.

I det konstruktivistiske perspektiv antages virkeligheden konstrueret i sociale processer. Opgaven er at indfange den kompleksitet, der kendetegner fænomenet og beskrive kompleksiteten og flertydigheden med så mange facetter som muligt. I perspektivet er genstandsfeltet afhængigt af sociale processer og den specifikke kontekst. Genstandsfeltet konstrueres løbende og



den konstruerede virkelighed er flertydig og ustabil. Kontekst og subjektivitet er et vilkår i undersøgelsesprocessen. Virkeligheden er en konstruktion og betegner ikke en uafhængig størrelse af det sociale; Justesen og Mik-Mayer (2008 p. 27) og Jacobsen et al. (2008 kap. 8).

Konstruktivistiske analyser kan betegnes anti-essentielle, da virkeligheden består af egenskaber, som er afhængig af den undersøgende forsker. Den anti-essentielle tilgang får betydning for empiriindsamling, idet interviews ikke kun ses med en betydning, men suppleres af en forståelse af konteksten; forskerens rolle, valg af teori samt forskningsspørgsmålet.

### 3.1 Teori

#### - Introduktion

Afhandlingens stiller spørgsmålet: Hvordan kan forløbsoptimering i Respirationscenter Øst bidrage til offentlig værdiskabelse og besvares via tre underspørgsmål. Teorien er udvalgt på baggrund af viden erhvervet på MPG uddannelsen og giver mulighed for, at besvare problemformuleringen. Jeg kan ikke udelukke andre teorier ligeledes kan bruges. Følgende tre underspørgsmål stilles.

Et eksplorativt forskningsspørgsmål;

- Hvordan kan offentlig værdi skabes i Respirationscenter Øst? Via interview af tre ledere, tre læger og tre patienter og teori om Public Value af Benington and Moore (2011).

Et deskriptivt forskningsspørgsmål;

- Hvad hæmmer læger i at optimere patientforløb? Via interview af tre ledere samt teori om motivation af Ryan and Deci (2000) og Osterloh and Frey (2002) og teori om ledelse af den selvledende medarbejder af Raastrup Kristensen (2011) og Boswell et al. (2006).

Et normativt forskningsspørgsmål;

- Hvordan fremmes det lægefaglige samarbejde? Via interview af tre læger fra både eget og et samarbejdende afsnit samt teori af Drucker (1999), Boswell et al. (2006) og Osterloh and Frey (2002).

### 3.2 Teori

#### - Offentlig Værdiskabelse

Benington and Moore (2011 kap. 1) beskriver hvordan begrebet offentlig værdi har ændret sig siden 1995, hvor Moore (1995) udkom og indtil nu. Moore var på daværende tidspunkt inspireret af den neo-liberalistiske amerikanske diskurs, hvor individet og familien var udgangspunktet og det kollektive sekundært. Han så regeringens rolle tredelt; At udstikke regler, give service og udspænde et sikkerhedsnet. Han så de offentlige ledere og embedsmændenes rolle udvikle sig fra indad kiggende embedsmænd, der passivt udførte de politiske chefers ønsker, til medarbejdere der guidede regeringen i at finde nye løsninger. Hvor den traditionelle offentlige administration antager, at der findes en stabil verden socialt, økonomisk og politisk, forudsætter New Public Management det logiske i det frie markeds konkurrence, så anerkender offentlig værdibegrebet kompleksiteten, flygtigheden og usikkerheden i samfundet.

**Benington** fra Benington and Moore (2011 kap. 2) forstår begrebet offentlig værdi, som en del af det offentlige rum. Det forstås som et demokratisk rum,

indeholdende staten men ikke lig med den og defineres som et netværk af værdier, steder, organisationer, regler og andre kulturelle ressourcer, som befolkningen viser via deres adfærd og forpligtelser. Offentlig værdi defineres både som den værdi som befolkningen sætter mest pris på og det, der skaber værdi til det offentlige rum. Hvad er offentlig værdi? Hvad giver værdi til det offentlige rum? Aspekterne kædes sammen og leder frem til følgende overvejelser: Det offentlige er ikke klart defineret, men er under konstant skabelse og omskabelse og det betyder krig om ideer og værdier. I offentligværdibegrebet, er arbejdsværdien, hvor meget menneskeligt arbejde er investeret i varens produktion vigtig, da offentlige ansatte skaber værdifulde ideer. **Når offentlig værdi måles, indgår brugerens tilfredshed, men også om det giver værdi økonomisk, socialt, politisk og økologisk til det offentlige rum.** I det perspektiv ændres begrebet værdi sig til også at forholde sig til sociale, politiske, kulturelle og miljømæssige dimensioner og giver dermed nye definitioner. I offentlig værdibegrebet måles værdien ved at fokusere på proces og resultatet af denne.

**Horner og Hutton** fra Benington and Moore (2011 kap. 6) diskuterer den demokratiske mangel som et dilemma i offentlig service. Ved begrebet, den demokratiske mangel, ses brugeren af offentlig service ikke kun som en forbruger, der søger det optimale for sig selv, men også som en borger, der søger efter, hvad er bedst for samfundet. I mange tilfælde deltager borgeren i det offentlige arbejde f.eks. som domsmænd. Det bevirker, at de professionelle ikke kun bruger deres egen viden, men også trækker på borgernes viden, når opgaver skal designes. På den måde får de offentlige ledere bedre forståelse for de borgere de tjener og ikke kun forståelse af deres politiske overordnede. Når jeg interviewer patienter om offentlig værdi og patientforløbsoptimering samt ser patienten som borger og kunde, får jeg mulighed for at se deres vinkel. Jeg får dermed bedre mulighed for at forstå de angivne effektiviseringsmuligheder. Jeg overkommer derved den demokratiske mangel.

**Alford** fra Benington and Moore (2011 kap. 8) fokuserer på konceptet "co-production" som en væsentlig nøgle til værdiskabelse i offentlige og frivillige ydelser. De offentlige og frivillige organisationer tilbyder service og klienter ligner forbrugere, når de modtager service. Derfor er det umiddelbart ulogisk når klienterne er "co-productive" eller samarbejdende med offentlige institutioner. F.eks. når en klient betaler for en ydelse med ændret adfærd og ikke med penge. I den private sektor køber kunden en vare af en producent, i den tilsvarende offentlige kontekst får borgere goder fra samfundet (betalt via skatten), men kan også være ude for at måtte betale med en ændret adfærd

f.eks. når samfundet straffer borger ved at fængsle ham og forventer han ophører med kriminel adfærd. Hvad motiverer borgeren til at skabe værdi sammen med det offentlige? Alford peger på velvillighed og mulighed, hvor velvillighed kan opnås ved at tilbyde materielle som ikke materielle goder. Hvor muligheder opnås, når udbyderen simplificere deres systemer, hvorved borgeren kan byde ind og ved at borgeren kan sætte sig ind i, hvordan den offentlige udbyder arbejder.

**Mulgan** fra Benington and Moore (2011 kap. 13) diskuterer dilemmaet i at måle offentlig værdi outcome. Han opfatter offentlig værdi som indeholdende værdi, hvis borgerne opfatter det som værdi. Noget har kun værdi, hvis man vil opgive noget for at få den værdi f.eks. hvis man vil give penge (betale skat) for en ydelse eller tildele staten magt (tillade fængsel og behandlingsdomme) for at opnå sikkerhed.

### 3.3 Teori

#### – Motivation

Jeg har valgt to artikler om motivation, Ryan and Deci (2000) der er funderet i psykologifaget. I analysen benytter jeg den konstruktivistisk, da mit genstandsfelt er afhængigt af sociale processer og den specifikke kontekst i forbindelse med motivation af læger. Artiklen af Osterloh and Frey (2002) supplerer artiklen ved at bruge motivation i en ledelsesmæssig kontekst.

Ifølge Ryan and Deci (2000) kan man være umotiveret samt forskellige grader af ydre motiveret og indre motiveret.

Mangler man tilskyndelse i at udføre en handling, er man umotiveret.

Når man udfører en aktivitet, fordi den tilfredsstillende én, f.eks. når man leger, kaldes det at være indre motiveret. Pres udefra, så som deadlines hæmmer den indre motivation. Det kaldes at være ydre motiveret, når man motiveres til en opgave for at få penge eller for at undgå straf, motivationen er i begge tilfælde instrumentel; man motiveres, fordi man opnår noget.

Selvom den indre motivation er vigtig, er de fleste handlinger ikke indre motiveret. Dette ses, når man vokser op, hvor den indre motivation i tidlig barndom bliver overvundet af sociale normer og krav, f.eks. at gå i skole. Men hvordan motiveres elever, når mange aktiviteter i skolen ikke er designet til at indre motiverer? Hvordan motiveres elever i, at værdsætte sådanne opgaver og selv regulere de nødvendige aktiviteter uden udefrakommende pres og til at udføre opgaverne selv? Der sker en internalisering, hvor man tager en værdi eller regulering ind og en integration, hvor individet mere fuldt transformerer reguleringen ind i sig selv, som om den kom fra ens indre.

Internaliseringskonceptet beskriver, hvordan motivation til at udføre en handling kan spænde fra ikke at være motiveret, til passiv eftergivelighed, til dedikeret at udføre opgaven. Med øget internalisering og dermed med følelsen af at være dedikeret til at udføre opgaven, kommer større vilje, mere positiv selvforståelse og større engagement.

Osterloh and Frey (2002) diskuterer også begrebet indre og ydre motivation og sætter begreberne i relation til ledelse. Medarbejderne motiveres af ydre faktorer, når de får mulighed for at tilfredsstille deres behov via penge. Den ydre motivation koordineres i virksomheder, hvor opfyldelse af mål kobles til medarbejderens løn; kaldet pay-for-performance. Den indre motivation findes, når ens egne ønsker tilfredsstilles. Den indre motivation kan være koblet til flowet i en aktivitet, til opfyldelse af egne mål eller til opfyldelse af personlige og sociale forpligtelser.

Motivation er ikke et mål i sig selv, men motivation skal understøtte organisationens målsætninger. Medarbejderne skal motiveres til at arbejde på en koordineret og målorienteret vis. Ledere må sammenligne udgifter og fordele ved at motivere via indre og ydre måder. Den ydre motivation er tilstrækkelig ved rutinemæssige opgaver, hvor resultatet af opgaven lader sig måle. Den indre motivation er en produktionsfaktor, når der findes en større grad af ukomplette mål. De ukomplette mål kan suppleres af ordre, som til gengæld kan give uønsket medarbejderadfærd. Hvis en opgave er dårligt defineret og der findes ukomplette mål, kan den indre motivation være det, der kan bære opgaven igennem.

Man kan øge den indre motivation via personlige relationer, samarbejde og kommunikation. Ligeledes vil involvering af medarbejderne i virksomhedens mål medvirke til, at medarbejderne tager målene til sig, som deres egne. Når medarbejderne føler ejerskab for målene, styrkes den indre motivation. Hvis målene føles som udefrakommende kontrol hæmmes kreativiteten. Medarbejderne bliver motiveret til arbejdet, når de ser resultatet af deres input, når de er ansvarlige for outcome og når arbejdet er meningsfyldt. Man kan hæmme den indre motivation, hvis den kontrollerende effekt af en belønning er stærkere end den informerende virkning. En ordre hæmmer medarbejderens følelse af medbestemmelse og kan virke stærkere end en tilsvarende belønning.

### 3.4 Teori

#### - Ledelse og selvledelse

Ifølge Raastrup Kristensen (2011 kap. 5 og 6) er medarbejdere i mange virksomheder selvledende. Selvledende medarbejdere, som f.eks. læger, har brug for ledelse, der kan lede deres virke i samme retning som organisationens. Det kan for lægen være nødvendigt, at sætte grænser for arbejdet. Medarbejderen har frihed i sit arbejde, men begrænser friheden i forbindelsen med balancen mellem familieliv og arbejdsliv. Hvis medarbejderen ikke kan lede sig selv, bliver han ufri, da han underlægges andres ledelse eller da han ikke kan frasige sig arbejde. Medarbejderen kan lede sig selv gennem udøvelse af frihed, som den selvbestemmende eller selvrealiserende medarbejder.

Den selvbestemmende medarbejder opfatter frihed i arbejdet som autonomi, hvor arbejdet udføres efter regler som medarbejderen er med til at fastsætte. Selvbestemmelsesretten kan begrænses af en kollega eller en leder, der kontrollerer arbejdets formål og udførelse. Lægen kan forstå autonomi, som et frirum fra ledelsesmagten og har sin frihed via det kompetencerum, der defineres af faglige og overenskomstmæssige regler. Hvis den selvbestemmende læge møder standarder, der begrundes i økonomiske eller organisatoriske årsager, kan han have svært ved at acceptere dem og det kan bevirke, han oplever tab af selvbestemmelsesretten.

Den selvrealiserende læge ser frihed som potentiale. Frihed er ikke begrænset til det faglige eller autoritære rum, men er begrænset af medarbejderens personlige ressourcer. Medarbejderen leder sig selv i forhold til potentiale og fokuserer på, at realisere sig selv i arbejdet. Det bliver centralt på hvilken måde, man er menneske; Identitet som medarbejder kan ikke skelnes fra den private identitet. Den selvrealiserende medarbejder begrænses af udviklingen skal foregå i samhørighed med virksomheden. Den selvrealiserende medarbejder, der er i stand til at udvikle sig i takt med virksomheden, vil opnå større frihedsgrader i forhold til den medarbejder, som i mindre grad har evnerne til at udvikle sig eller ikke deler virksomhedens interesseområder.

Lederen af selvledende medarbejdere må lede, så medarbejderen vælger at bruge sin frihed. Hvis lederen ikke leder, risikerer han at medarbejderen ikke arbejder for virksomhedens mål, men kun for sine egne mål. Lederen skal kunne sætte retning for medarbejderens opgaver, men ikke udførelsen af arbejdet i detaljen, for så føler medarbejderen sig overvåget. Lederen skal lede så medarbejderen frigøre sit menneskelige potentiale for dermed at lede individuelt og når medarbejderen har behov for det. Der skal ledes så medarbejderen får fokus på kerneopgaven og ledes så lederen anerkendes som værdiskabende.

Boswell et al. (2006) diskuterer begrebet Line of Sight, som defineres som medarbejderens forståelse af organisationens mål og hvilke handlinger der er nødvendige for at opnå målet. For at transformere strategiske mål til konkrete resultater, må medarbejderne forstå og værdsætte strategien. Når organisationer skaber Line of Sight for sine medarbejdere, bidrager det til bedre økonomi i organisationerne, fordi medarbejderne bliver engagerede i opgaven.

Medarbejdernes handlinger kan ikke altid monitoreres. Hvis man skal skabe Line of Sight, skal medarbejderens indsats koordineres så produktivitet øges. Det kan også ske ved at motivere, ved at øge kompetencer og ved at give et handlingsfrirum. Line of Sight kan skabes, hvis topledere udstikker retning og strategi for opnå målene og for derefter at kommunikere strategien til medarbejderne. I stedet for at udstikke ordrer, skal lederen fortælle om målet og hvordan det opnås ved hjælp af medarbejdernes ideer. Jo bedre medarbejderen forstår Line of Sight, jo mere bidrages til værdidannelse. Hvis Line of Sight benyttes, øges medarbejderens evne til at koble jobudførelse med organisationens mål. I modsætning til anvendelse af konventionel agentteori, hvor en del af agentens løn er koblet til performance og hvor der er en indbygget modsætning mellem agenten og principalen.

Drucker's (1999) indgang til videns arbejderens produktivitet begynder med spørgsmålet: Hvad er opgaven? Spørgsmålet besvares bedst af vidensarbejderen, hvis han får autonomien til det. Det får han, hvis kontinuerlig indlæring og undervisning er en del af jobbet. Der skal både fokuseres på kvantitet og kvalitet. Slutteligt skal han anses som værdifuld for organisationen. Dette kræver, at han vægter arbejdet for organisationens mål højest. Drucker beskriver teknologen som videns arbejder, der arbejder med sine hænder og neurokirurgen er et eksempel herpå. Selvom han har en stor viden om behandling af en tilstand, er selve operationen manuelt arbejde, som skal læres og perfektioneres.

Hvordan effektiviseres bedst muligt? Teknologen må ændre holdning, arbejderen skulle blot parere ordre. Holdet af kirurger, der gennemgår arbejdsgange, standardiserer indkøb og behandlingskvalitet, holder audit på output og i sidste instans fyrer de uduelige, er et eksempel på hvordan en optimeringsproces kan udføres. Eksemplet viser, at skiftet i holdning til jobbet gælder hele organisationen og at det lettest opnås i pilotform. Noget tilsvarende er sket i det danske sygehusvæsen og RCØ i de seneste år.

## 4.1 Metode

### - Design

Et forskningsstudies design er den logiske rækkefølge af trin, der forbinder de empiriske data til studiets forskningsspørgsmål og dermed til de konklusioner der kan drages. Jeg har valgt case study; Yin (2014) som metodedesign i afhandlingen, da det er en valid måde at undersøge nylig indtrufne begivenheder, som undersøgeren ikke har kontrol over. Det er ydermere en egnet undersøgelse, hvor man interesserer sig for komplekse sociale fænomener via et holistisk perspektiv, da undersøgeren kan fokusere på en case, hvor en lille gruppes adfærd studeres.

Designet er derfor brugbart for mig, når jeg undersøger hvordan patientforløbsoptimering i Respirationscenter Øst kan bidrage til offentlig værdiskabelse. Designet kan bruges når fænomenet ikke er klar adskilleligt fra konteksten; på den måde et konstruktivistisk design. Patientforløbsoptimeringer er et fænomen af nyere dato og er svært at adskille fra sin kontekst i hospitalsverdenen med dets aktører. Jeg er interesseret i, at undersøge en lille gruppes adfærd, for jeg kan opnå forståelse og få mulighed for at agere i konteksten samt få mulighed for at udvikle strategier til løsning af problemer.

Et case study egner sig til at undersøge en organisations samarbejdsrelation til en anden organisation og kræver, at der indsamles data fra begge organisationer. Begge krav opfyldes i min afhandling, idet jeg er interesseret i at undersøge samarbejdet mellem Respirationscenter Øst og et andet afsnit fra et lægeperspektiv. Jeg benytter eliteinterview af læger ansat i egen organisation og fra en samarbejdende organisation. I et case study skal de teoretiske forudsætninger for forskningsspørgsmålet været overvejet, da det muliggøre at danne strategier til indsamling af data og til dataanalyse. Jeg går i min analysestrategi, efter at have været i en induktiv fase, deduktivt til værks og finder teori om de tre store dele i afhandlingen; offentlig værdi (teori på samfundsplan), motivation (teori på et individuelt plan) og ledelse af den selvledende medarbejder (teori på gruppeplan).

At benytte teori vil, udover at lette dataindsamling og analyse, gøre mig i stand til at generalisere viden opnået i en case til en analytisk generalisering. Et case study kan ikke bruges til statistisk generalisering, da studiepopulation ikke er en stikprøve. I stedet kan case studiet belyse teoretiske principper. Man kan overføre den opnåede viden i den enkelte case, til at gælde andre tilfælde konkret og ikke blot til at bygge videre på abstrakte ideer. Den grundlæggende teori vil danne fundamentet for den analytiske generalisering,



der kan modificeres af case studiet og på den vis opnå et højere plan af generalisering, end den enkelte case viser.

For at sikre at designet repræsenterer et logisk set af begivenheder, skal kvaliteten af designet bedømmes via en række test. Jeg validerer mit studie via 4 test; construct validity, internal validity, external validity og reliability.

Ved **construct validity**; skal der være:

- **Multiple kilder for evidensen**; empirien skal trianguleres; jeg har både interview og tekst i afhandlingen. Hvis konklusionen kan bestyrkes via data fra flere kilder bliver den stærkere.
- **Etablering af en evidenskæde**; begrebet kommer den retsmedicinske undersøgelsesmetode, hvor prøvens vej følges gennem analyserne til retssagen og betyder at man skal kunne følge et argument fra konklusionen til de til grundlæggende data, den stammer fra. Det mener jeg er tilfældet i denne afhandling :-).
- **Informanterne** skal acceptere at transskription af interview benyttes; jeg har af alle informanter fået lov til at bruge interview som datamateriale.

Ved **internal validity**; skal der være mønstergenkendelse, der skal opbygges en forklaring, imødekomme modstridende forklaringer og benytte logiske modeller. Det må man forsikre sig ved at læse Analysen ☺.

Ved **external validity**; skal der benyttes teori i single-case studies; Triangulering af teori er beskrevet i Teori- Introduktion.

Ved **reliability**; skal der benyttes en studieprotokol; Dette er ikke benyttet i denne afhandling. Trods denne mangel, har jeg styr på processen undervejs, godt hjulpet af flere vejledere.

## 4.2 Metode

### - Kvalitetskriterier

**Polyfoni** Justesen og Mik-Meyer (2010 p. 40)

Jeg har udvalgt 9 eliteinformanter med så stor diversitet som muligt, tre informanter fra tre grupper; læger, ledere og patienter, der er i alt fem kvinder og fire mænd.

Patientgruppen divergerer i køn, alder og i erfaring som patient. En er vokset op med et handicap, en er blevet det gradvist i ung alder, en anden er pludselig blevet det. Graden vejtrækningshandicap varierer ligeledes; en trækker vejret selv og to er helt eller delvist afhængig af en respirator. Jeg har valgt ordet patienter, for det er den rolle jeg ser patienterne i som læge. Jeg

kunne benævne dem kunder, klienter, borgere eller med titel, da de har været eller er i erhverv.

Lægegruppen divergerer i alder, kompetencer, og erfaring med patientforløbsoptimering; en reservelæge, en afdelingslæge og en overlæge. To er ansat på mit afsnit, en på et andet samarbejdende afsnit.

Ledergruppen divergerer i køn, i forskellig hierarkisk rolle, i varierende erfaring som leder og med forskellig kendskab til Respirationscenter Øst.

**Etiske retningslinjer** Boolsen (2006 kap. 1-2)

Jeg har bedt om informeret samtykke inden interviews. Jeg har oplyst om metode til anonymisering, gjort opmærksom på at trods anonymisering, kan man måske genkende informanternes udtalelser. Alle har givet mig ret til at benytte interview.

**Konsistens** (Justesen og Mik-Meyer 2010 p. 38)

Oplægget til masteropgaven er konsistent, idet jeg bevæger mig indenfor det konstruktivistiske perspektiv, bruger teorier fra perspektivet og benytter metoder, der kan bruges indenfor perspektivet samt redegør for min position i forhold til undersøgelsen i Metode Litteratur afsnittet.

**Transparens** Justesen og Mik-Meyer (2010 p. 39)

Jeg har her redegjort for, hvordan de udvalgte teorier er udvalgt samt hvilke implikationer det giver for analysen og de konklusioner der drages (Analyse-Strategi). Min rolle som interviewer og analysator af udvalgt empiri i eget afsnit har betydning for undersøgelsen og beskrives i Metode - Undersøgelse af egen organisation.

**Udvikling af erkendelse og spørgeteknisk kvalitet** (Ankersborg 2013).

Interviews er udført over 12 dage med flere interview på samme dag. Jeg har derfor gennemført interview mere kvalificeret som dagene er gået.

## 4.3 Metode

### - Validering af interview

Jeg vil i det følgende belyse validiteten af interviewanalysen via Kvale og Brinkmann (2008 kap. 15). Forfatterne ser objektivitet som frihed fra ensidighed og et fagligt veludført interview kan i princippet være en objektiv forskningsmetode, da den ikke er ensidig.

Der kan opnås en kommunikativ validering mellem forskeren, andre forskere og interviewinformanten. Hvis man tager hensyn til det asymmetriske magtforhold mellem forskeren og interviewinformanten, opnår interviewet en privilegeret stilling i den kommunikative validering.

Objektivitet kan også betyde at give objektet lov til at protestere.

Jeg har i afhandlingen valgt eliteinformanter, der er karakteriseret ved at være udvalgt bl.a. fordi de velinformerede. De besidder også magt over mig som interviewer; det asymmetriske magtforhold er derved begrænset noget og der

kan derfor være tale om en kommunikativ validering mellem mig som forsker og interviewinformanten, da interviewet er en forhandling om mening mellem forskeren og informanten. Ligeledes har jeg givet objektet lov til at protestere, selvom det er sværere indenfor det samfundsvidenskabelige område, da mennesker gerne vil være imødekommende over for en forsker. Jeg har dog ikke gået hele vejen som Kvale og Brinkmann (2008) beskriver og ladet mine interviewinformanter selv stille deres forskningsspørgsmål.

**Reliabilitet:** Vedrører konsistensen og troværdigheden af forskningsresultatet; kan et resultat reproduceres på andre tidspunkter og af andre forskere? Vil interviewinformanten ændre svar hvis interviewer var en anden? I denne afhandling accepterer jeg, at interviewinformanterne kan have afgivet andre svar på andre tidspunkter til andre forskere, hvis undersøgelsen var blevet gentaget. Jeg er som interviewer en del af interviewets kontekst og det accepteres indenfor det konstruktivistiske paradigme.

**Validitet:** Refererer til sandheden, styrken eller rigtigheden af et udsagn. Indenfor samfundsvidenskaberne drejer det sig om hvorvidt en metode undersøger, det den foregiver at undersøge. Validiteten kommer til at afhænge af den håndværksmæssige kvalitet under undersøgelsen. Kvale og Brinkmann (2008 kap. 15) har til dette formål udviklet validering i syv faser.

**Tematisering:** Valideringen beror på holdbarheden af undersøgelsens teoretiske forudsætninger og logikken i afledninger fra teori til undersøgelsens forskningsspørgsmål. Dette begreb har Justesen og Mik-Meyer (2010 p. 38) også beskrevet.

Problemformuleringens overordnede spørgsmål; hvordan kan patientforløbsoptimering i Respirations Center Øst bidrage til offentlig værdiskabelse tager teoretisk afsæt i tre teorirammer: Teori om offentlig værdi af Benington and Moore (2011), teori om ledelse og selvledelse af Boswell et. al (2006), Drucker (1999) og Raastrup Kristensen (2011) samt teori om motivation af Ryan and Deci (2000) og Osterloh and Frey (2002).

Problemformuleringen bruger det konstruktivistiske teoriapparat og de valgte teorirammer inklusiv aktantmodellen, der benyttes i analyse af engen ledelsesmæssige udvikling, falder indenfor det perspektiv.

Når valget af teori er indenfor det konstruktivistiske perspektiv, passer det at bruge kvalitative metoder som semistrukturerede eliteinterview og tekstanalyse. Jeg søger deduktivt empirisk verificering af teori med henblik på at besvare problemformuleringen. Jeg triangulerer interviewmetoden med tekstanalyse. Tekstanalysen af forordet til Den Danske kvalitets Model version 2 er vigtigt, da Den Danske Kvalitets Model har betydning for afhandlingens kontekst. Tekstanalysen benyttes i Forskningsspørgsmål 2.

**Design:** Validiteten af den producerede viden er forbundet med designets og de anvendte metoders hensigtsmæssighed i forhold til undersøgelsens genstand og formål. Validiteten af afhandlingens design findes under Metode-Design (se ovenfor).

**Interview:** Validiteten er troværdigheden af interviewinformantens beskrivelser og kvaliteten af interviewprocessen, dette begreb minder om begrebet Refleksivitet af Justesen og Mik-Meyer (2010 p. 50).

Når informanterne udtaler sig om motivation til at udføre arbejde, holdning til at skabe offentlig værdi eller forholder sig til aktuelle samarbejdsproblemstillinger er min rolle som leder ikke uden betydning. Det er muligt at informanterne ikke ønsker at sige hele sandheden, men kun en del af sandheden, hvilket accepteres om et vilkår indenfor det konstruktivistiske perspektiv. Problemstillingen er behandlet under Metode - Undersøgelse af egen organisation (se nedenfor).

**Transskription:** Validiteten afhænger om der er sket en gyldig oversættelse fra tale til skrift sprog. Jeg har skrevet ordret ned fra lydfilen. Jeg har undladt "øhh" og lignende fyldord ligesom jeg ikke, efter informantønske har transskriberet konfidentielle udtalelser.

**Analyse:** Validitet af analysen betyder om de spørgsmål, der stilles til en interviewtekst er gyldige og om logikken holder. Efter min bedste mening er validiteten i orden i afhandlingen, men det er jo op til censor og eksaminator at bedømme og noget der kan diskuteres til eksamen.

**Validering:** Hvilken form for validering er nødvendig? Jeg har brugt de syv faser samt en refleksion over objektiviteten af interview-viden. Derudover har jeg ovenfor i Metode-kvalitetskriterier gjort rede for polyfoni, etiske retningslinjer, konsistens i afhandlingen, transparens og udvikling af erkendelse.

**Rapportering:** Validiteten vedrører, hvorvidt afhandlingen giver en gyldig beskrivelse af undersøgelsens hovedresultater og hvilken rolle rapportens læsere spiller for validiteten af resultaterne. Jeg mener selv, der gives en gyldig beskrivelse af undersøgelsens hovedresultater, men kan det selvfølgelig spille ind, hvem mine læsere er, da afhandlingen er offentlig tilgængelig. Man kunne forestille sig som djævlens advokat, at jeg i min analyse ønskede at dæmonisere nogle og hylde andre forhold. Igen er det noget der kan diskuteres til eksamen ved behov. Som beskrevet ovenfor i Metode-Undersøgelse af egen organisation er det ikke afhandlingens mål at starte en krig; samtidig skal afhandlingen heller ikke være så glat, den bliver uvedkommende. Det er en balance, jeg synes er nået, men som jo kan diskuteres til eksamen.

#### **4.4 Metode**

##### **– Validering af tekst**

I afhandlingen bruger jeg kun tekstanalyse på analyse af forordet til Den Danske Kvalitets Model version 2. Det er kun en lille del af den samlede analyse, hvor hovedparten udgøres af analyse af eliteinterview. Jeg har udvalgt lige netop den tekst, fordi forordet til Den Danske Kvalitetsmodel version 2 er det sted i håndbogen, hvor hensigten med at akkreditere er beskrevet. Selve akkrediteringsprocessen er en meget vigtig kontekst for denne afhandling. Denne kontekst løber som en understrøm igennem de tanker og forestillinger mine eliteinformanter kommer med. Derfor er det interessant at undersøge, hvad afsenderens hensigt med forordet til Den Danske Kvalitets Model version 2 er og jeg benytter analysen af forordet i 2. Forskningsspørgsmål, hvor jeg holder min fortolkning af hensigten med forordet til Den Danske Kvalitetsmodel version 2 op mod de forhold, der hæmmer læger i at udføre patientforløbsoptimeringer.

#### **4.5 Metode**

##### **– Undersøgelse af egen organisation**

Når jeg, som student undersøger kontekstafhængige faktorer som motivation og ledelse, er det vigtigt at forstå, jeg også besidder en anden rolle i relation til informanten. Denne dobbeltrolle har betydning for at kunne samle empiri. Ry Nielsen og Repsted (1993) artikel handler om at bedrive forskning i egen organisation og er bl.a. skrevet for studenter, der skriver om egen organisation.

Artiklen fremhæver fordele ved at undersøge egen organisation, da man der har et spændende arbejde. Det har jeg, min interesse for patientforløbs optimering går tilbage til 2009 i Respirationscenter Øst, Rigshospitalet. Det engagement man føler som forsker i egen organisation, kan være en fejlkilde; engagementet kan styre erkendelsen, men kan også være en fordel, da det motiverer til at fortsætte forskningsprojektet. Når jeg interviewer læger, ledere og patienter er en fordel for mig at kende sproget, konteksten og besidde respekt for informanten.

En ulempe ved at undersøge egen organisation er man kan stå i et frøperspektiv, hvor det accepteres at ting udlægges og forklares på **en** måde. Hvis man arbejder i en hierarkisk organisation som min, besiddende magt, kan det være svært at få valide oplysninger fra informanter højere eller lavere placeret i hierarkiet. Mit perspektiv kan ses som et frøperspektiv, men en hoppende frø, der bevæger sig over sumpen og ser det lidt for oven, da jeg er ny i afsnittet, er leder og min spørgeguide til interview ikke blev påvirket af

workshoparbejdet. Jeg hæver mig også over frøperspektivet ved at følge en del af artiklens råd: At finde fornuftige teorier, at være "Rasmus modsat" og hvis muligt at dokumentere med objektive indikatorer.

Ved begrebet at finde fornuftige teorier menes, der skal findes teorier, der supplerer, konkurrerer og komplimenterer hinanden. Jeg har brugt fire kapitler om offentlig værdi af Benington and Moore (2011) med forskellig tilgang til offentlig værdi begrebet. Jeg har brugt to artikler om motivation og tre tekster om emnet ledelse af den selvledende medarbejder. De valgte teorier supplerer hinanden, men også drager forskellige aspekter frem.

Jeg tænker at ledere ikke ønsker at blotlægge holdninger, der kan misforstås af politikere, konkurrenter eller underordnede. Jeg opfatter ikke den samme tilbageholdenhed hos de underordnede kollegaer, de har også magt over mig; de kan med deres udsagn påvirke masteropgaven i deres retning; et generelt fænomen for eliteinformanter. Jeg opfatter, jeg og informanterne udviser en tillidsfuld respekt overfor hinanden.

## 5.1 Analyse

### - Tekstanalyse af Den Danske Kvalitets Model version 2

Jeg benytter teori om metode af Jensen (2011 kap. 2 og 3) analysespiralen, der består af syv elementer: gennemlægnings af teksten, problemstilling, indfaldsvinkel, metodisk tilgang, sproglige værktøjer, fortolkning og vurdering af teksten. Tekstanalyse benyttes for at undersøge og besvare bestemte spørgsmål ud fra en problemstilling.

En af årsagerne til at lave patientforløbsoptimeringer er ønsket om at strukturere processer, hvorved kvaliteten højnes. Den årsag er ældre end akkrediteringsprocessen ved Den Danske Kvalitets Model. Det har været en arbejdsmetode brugt i det lægefaglige regi i årtier, men processen er systematiseret via akkrediteringsmodeller.

Akkrediteringsprocessen forløber parallel med afhandlingens undersøgelse af patientforløbsoptimeringer og påvirker konteksten for afhandlingen. Det er derfor interessant om jeg, som bidrag til analyse af eliteinterview, via tekstanalyse kan finde hvad afsenderens hensigt med akkreditering via Den Danske Kvalitets Model version 2 er. Er den fælles forståelse mellem ledere og læger af at lave patientforløbsoptimeringer samstemmende eller modsat rettet afsenderens hensigt med forordet til Den Danske Kvalitets Model?

### Problemformulering

#### Hvad er afsenderens hensigt med forordet til Den Danske Kvalitets Model version 2?

Jeg benytter analysespiralen; Jensens (2008 kap. 3) som analyseprocedure.

**1. Trin:** Jeg har dannet en problemformulering

**2. Trin:** Formålet med tekstanalysen er at undersøge; hvad er afsenderens hensigt med forordet til Den Danske Kvalitets Model version 2

**3. Trin:** Beskriver indfaldsvinklen for analysen, som jeg har valgt at være modtagerens, dvs. tekstens signalfunktion,

**-hvem er målgruppen?**

**-kan den læse og forstå teksten?**

**Målgruppen** er ikke beskrevet i teksten, men jeg kender konteksten for teksten og ved at målgruppen er alle, der beskæftiger sig med akkreditering. Der er i de enkelte organisationer udpeget kvalitetsansvarlige, der benytter denne bog som en guide for kvalitetsarbejdet.

**Kan målgruppen læse og forstå teksten?**

Det er en svær tekst og informationen er komprimeret, men opdelt i afsnit og med en systematik, der gør det muligt at læse og forstå teksten.

**4. Trin: Den metodiske tilgang;** jeg har valgt indholdsanalyse, da det er i overensstemmelse med problemformuleringens ønske om at undersøge; hvad

er afsenderens hensigt med forordet til Den Danske Kvalitets Model version 2. I denne version beskrives at hensigten med at lave version 2, at man ønsker at rette op på uhensigtsmæssigheder i version 1. Den nye version er udviklet på baggrund af de erfaringer offentlige sygehuse privathospitaler og surveyors har gjort ved arbejdet med den første version. Denne version 2 er mindre omfattende og mere brugervenlig.

### **5. og 6. Trin: Det analytiske værktøj og fortolkning af teksten.**

Jeg forstår afsenderens hensigt med forordet, er at give læseren en forklaring på målet med at akkreditere. Jeg kan derfor forklare at afsenderens hensigt med forordet er at det er vigtigt, der kan redegøres for det store samfundsmæssige mål i at forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet, fordi akkrediteringsprocessen er så tidskrævende. Når det store tidsforbrug holdes op mod det samfundsmæssige mål at forbedre kvaliteten, kan man acceptere at lægge så mange kræfter i det.

**7. trin: Vurdering af teksten;** Jeg har valgt modtagerpositionen, hvor teksten analyseres efter modtagerens kriterium. Jeg påtager mig den kritiske rolle og jeg synes teksten er sproglig svær og komprimeret, men samtidig kommer afsenderens hensigt frem. Denne vurdering er vigtig, da det er den håndbog, alle benytter sig af under kvalitetsarbejdet. Det bliver derfor meget vigtigt at modtageren forstår hensigten med akkrediteringsarbejdet og det vurderer jeg at teksten giver mulighed for.

## **5.2 Analyse**

### **-Analysestrategi**

Jeg benytter en analysestrategi, der er inspireret af Grounded Theory af Strauss and Corbin (1990) og interviewanalyse af Kvale og Brinkmann (2008 kap. 12 og 14). Jeg anvender først en induktiv analysestrategi, som derefter går over i en deduktiv strategi, hvor analysen opdeles i fire niveauer efter Silver and Levis (in press).

Jeg starter induktivt ved at lade mig inspirere af hele patientforløbs optimeringsprocessen fra 2009 til 2013, hvorved strategien ligner starten af Grounded Theory. Jeg har, uden at samle empirien befundet mig i den og er blevet inspireret til en problemformulering. Jeg er interesseret i ledelse af den selvledende medarbejder, hvorved der skabes værdi i og udenfor organisationen. Er den skabte værdi større end blot værdi for den enkelte? Er den skabte værdi en offentlig værdi?

Efter den induktive fase er jeg gået deduktivt frem og har fundet teori om offentlig værdi, motivation samt ledelse af selvledende medarbejdere. Teorien har medvirket til at forme problemformuleringen og spørgeguiden. Spørgeguiden er brugt til at interviewe eliteinformanter og transskriptioner af interview er brugt som empiri eller data.



Jeg har under konstruktionen af spørgeguiden taget hensyn til de teoretiske perspektiver og kan derfor bruge dem som information, hvor det er relevant for fortolkninger på grundlag af teori.

En interviewtekst kan læses på flere måder, jeg har i denne afhandling læst teksterne som en realistisk læsning, hvor jeg søger efter tekstens synspunkter og tekstens væsen og sandhed. En teoretisk læsning af interviewtekster kan inddrage nye kontekster for betragtning af interviewtemaer og få nye dimensioner af kendte fænomener frem. En begrænsning ved teoretisk læsning er at der kan komme ensidige tolkninger, som når maxister kun ser virkninger af klassekonflikter ved læsning af tekster. Det kan undgås ved at være djævlens advokat, hvor ens tolkning forsøges falsificeret og der kan udvikles alternative tolkningsmuligheder.

Min person får betydning for interviewanalysen, som teoretisk læsning grundet min personlige sensitivitet overfor emnet og den begrebsmæssige beherskelse af de valgte teorier.

Når en tekst skal analyseres, kan der anvendes procedurer til kodning, kondensering og fortolkning af mening, der bruges til at organisere interviewteksterne og koncentrere meningsindholdet i former.

Silver and Leveis (in press) beskriver fire niveauer i analyse. Jeg har valgt at bruge dem i min analyse, fordi det er en overskuelig og systematisk analysemetode, som sikre flere facetter i analysen kommer frem.

**På dataniveauet** undersøges der, hvorvidt der er indsamlet relevante, præcise og valide data. Mine data er ni eliteinterview. Jeg har omhyggeligt udvalgt de ni informanter for at opnå polyfoni og udvælgelsen er beskrevet i Metode afsnittet i afhandlingen. Informanterne er udvalgt, fordi jeg forventede deres udsagn vil være relevante for undersøgelsen problemformuleringen og efter transskriptionen kan jeg se de er relevante. Informanterne har svaret præcist på spørgsmålene.

**På indeksniveauet** relateres data i relation til problemformuleringen.

Mine data fra de ni informanter relateres i analysen til problemformuleringen og til valgt teori.

**På begrebsniveauet** dannes der overbegreber eller temaer. Jeg har indenfor hvert forskningsspørgsmål kategoriseret spørgsmål fra spørgeguiden i tre temaer. Disse temaer er behandlet hvert for sig og med delkonklusioner.

**På abstraktionsniveauet** betragtes data og analyse på et højere niveau, der tillader problematisering af måder at tænke data på. At inddrage patienter i optimeringsprocessen er for mig en proces, hvor samarbejdet kan foregå i en anden dimension og med en anden hastighed. Der redegøres for abstraktionsniveauet under Perspektivering i afhandlingen.

## 5.3 Analyse

### 1. Forskningsspørgsmål

#### **Hvordan kan offentlig værdi skabes i Respirations Center Øst fra et leder- et læge- og et patient perspektiv?**

I første kapitel har jeg dannet tre temaer, hvor der analyseres ledernes, lægernes og patienternes meninger om, hvordan offentlig værdi kan skabes i Respirationscenter Øst.

#### **Første kapitel indeholder 3 temaer**

**Tema 1: Hvad er offentlig værdi?** (spørgsmål 1-3)

**Tema 2: Hvordan er patientforløbsoptimeringer værdiskabende for lederen, medarbejderen og patienten?** (spørgsmål 4)

**Tema 3: Hvordan ser lederen, medarbejderen og patienten forløbsoptimeringer som offentlig værdiskabende?** (spørgsmål 5)

Jeg ønsker at udvide vinklen fra de to øverste ledende instansers ønske om at lave forløb medinddragende patienter til en bredere beskrivelse og forståelse af hvordan ledere, læger og patienter oplever patientforløbs optimeringsprocessen i Respirationscenter Øst, som bidragende til offentlig værdi. Teorien er udvalgt for at kunne sætte interview ind i en teoretisk ramme, hvorved der kan udføres en analytisk generalisering. Temaerne udfoldes eksplorativt ved at behandle hver informantgruppes meninger og oplevelser. Er der lighedspunkter eller forskelligheder grupperne imellem? Hvis der er, relateres det til fire udvalgte kapitler Benington and Moore (2011).

#### **Tema 1**

##### **Hvad er offentlig værdi?**

Jeg vil lade kapitlet begynde med en patients svar på; hvad er offentlig værdi?

Offentlig værdi (MGP H 0:30-1:46) kan ifølge patienten deles i to dele; en målbar størrelse og en størrelse, der er svær at måle. Patienten vil gerne udskrives så hurtigt som muligt - opnå det hun skal på hospitalet og så tage hjem og skabe offentlig værdi i sit job. Hver dag hun unødigt er på hospitalet, forhindres hun i at skabe offentlig værdi. Hun er derfor interesseret i at forløbet bliver så kort som muligt, under forudsætning af behandlingen og oplæringen er af sikker og god kvalitet. Kvalitet kan være svært at måle, for kvalitet kan opfattes forskellig af den enkelte og denne patient har høje krav til de professionelle viden og ageren. Hun slår sig ikke til tåls med halve løsninger. For hende er kvalitet at bliver lyttet til, at blive taget med på råd og få den kvalitet hun beder om.

**Alford** fra Benington Moore and (2011 kap. 8) **ser det som offentlig værdiskabende**, hvis kunden og udbyderen af den offentlige ydelse indgår et samarbejde, ikke ved kunden betaler direkte, som ved brugerbetaling men betaler med adfærd. f.eks. i hospitalsvæsenet, hvor patienter opfordres til at tabe sig, for at få det bedste ud af behandlingen.

Hvad motiverer borgeren til at skabe værdi i samarbejde med det offentlige? Alford peger på velvillighed og mulighed, hvor velvillighed kan opnås ved at tilbyde materielle som ikke materielle goder og mulighed ved udbyderen simplificere deres systemer, så borgeren kan byde ind og ved at forbrugerne sætter sig ind i hvordan den offentlige udbyder arbejder.

**Patienterne var enige i udsagnet** (MPG G 1:14-1:57, MPG H 2:15- 7:17,MPG I 1:10-1:46). De synes, det er rimligt at patienter arbejder med hospitalet for at blive raske eller for at få det bedste ud af forløbet. Sygehuset skulle ikke nægte at behandle patienten, hvis adfærden ikke var tilfredsstillende, men der skulle være en dialog om det. Samarbejde og forventningsafstemninger mellem læger og patienter før og under indlæggelsen kan skabe et kvalitetsløft og dermed mere offentlig værdi. En af patienterne var villig til at hjælpe hospitalet (altså betale med adfærd) hvis han på nogen mulig måde kunne betale tilbage, for det han havde fået.

Der var fra patientside en positiv forståelse af indgå et samarbejde. De viste stor villighed til at indgå i det samarbejde og en efterspurgt mulighed for at formalisere samarbejdet, altså bekræftende Alford i, der er villighed fra klienternes side.

Ser lægerne den fremstrakte hånd og vil indrette arbejdsgange efter det? Det fremgår ikke af lægernes svar; deres ydmyge ønske er blot at patienterne ikke forhindre produktionsapparatets flow ved ikke at mødet op til aftalte tider og de ønsker at patienter forsøger at gøre som lægerne foreskriver.

**Lægerne var ikke enige** i at Alford's udsagn passede med opfattelsen af offentlig værdi (MPG C 1:07-1:35, MPG A 1:16-1:23, MPG-C 1:36-2:00). En læge var i mod og to læger mente det gav mening at se offentlig værdi således. Lægerne ønsker at produktionsapparatet udnyttes bedst muligt ved patienten møder til tiden. En mente en smule brugerbetaling klargjorde for patienten at behandling koster og at patienten af respekt for samfundets betaling for behandlingen mødte op. En anden mente, man kan forlange, patienterne forsøger at ændre adfærd f.eks. at tabe sig, når samfundet betaler behandling.

**Lederne ser ikke ens på det** (MPG- E 2:00-3:05, MPG-D 1.5-1:48, MPG-F 1:14-1:25). To af ud af tre mente ikke udsagnet passede med deres opfattelse af offentlig værdi.

En leder mente dog at det var en rigtig måde at se offentlig værdi på. Han fandt det lønsomt at inddrage borgeren i samarbejdet, da det kunne føre til bedre og hurtigere forløb, altså mere offentlig værdi og den værdi kan komme

andre samfundsborger til gode; så at optimere ressourcer via samarbejde kunne skabe offentlig værdi.

**Samlet ses at patientgruppen var villig til samarbejde**, i ledergruppe ser en enkelt leder mulighed for at skabe offentlig værdi i samarbejde med patienter og dermed borgeren. Lægerne er mere ydmyge, de ønsker først og fremmest at produktionsapparatet ikke står stille og ønsker at patienterne tager et ansvar for deres helbredelse; de har endnu ikke set fordelene ved et egentligt samarbejde. Der er ikke enighed i ledergruppen og jeg ser ikke en strategi fra ledergruppen forme sig som i Line of Sight af Boswell et al. (2006) beskriver.

**Horner og Hutton** fra Benington and Moore (2011 kap. 6) **definere den demokratiske mangel** som det fænomen, at brugeren af offentlig service ikke kun skal ses som en forbruger, der søger det bedste for sig selv, men også som en borger, der søger efter hvad er bedst for samfundet? Borgere deltager i mange tilfælde som frivillige i offentligt arbejde. Hvis de professionelle benytter både egen og brugernes eller borgerens viden får offentlige ledere bedre forståelse af deres behov og ikke kun forståelse for de politiske ønsker. **Lederne var ikke enige om** udsagnet passede til deres forståelse af offentlig værdi, en synes ikke udsagnet var dækkende, to synes det passede (MPG-F 1:44-1:46, MPG-D 2:00-2:27, MPG-E 3:25-3:38).

**Lægerne var heller ikke enige om** udsagnet passede til deres forståelse af offentlig værdi (MPG-B 2:10-2:38, MPG-A 1:35-1:46, MPG-C 2:49-3:54). En synes det gav mening, to andre troede ikke patienterne så sådan på det. De mente at den enkelte patient primært vil tænke på sig selv og ikke på sin næste. Derfor foreslog en at samfundet skal gå ind og åbne for diskussionen; hvad vil folk betale for? Der må prioriteres og beslutningen skal tages efter en demokratisk diskussion involverende alle ikke kun politikerne.

**Patienterne var enige om**, de ønskede at blive opfattet som en ressource, der skulle benyttes; som borgere, der deltager i optimeringsarbejdet (MPG-H 7:29-8:38, MPG-I 2:01-2:20, MPG-G 1:59-9:00).

En så sig specielt forpligtet hertil, for han var med egne ord var en, der trak penge ud af statskassen og han ville gerne hjælpe til at minimere beløbet ved at optimere arbejdsgange. Han havde helt konkrete brugbare forslag og forslag som krævede mere overvejelse. Han oplevede desværre de professionelle var lukkede for hans forslag; de var ikke vandt til at se patienten som andet end patient. De så ham ikke som samfundsborger, der havde indsigt.

**Samlet set** så to ud af tre leder synes det gav mening at se offentlig værdi således, en ud af tre læger synes det gav mening, mens tre ud af tre patienter tilsluttede sig den måde at se offentlig værdi på.

Jeg tror, hvis læger bliver bedre at inddrage patienter, kan samfundet spare penge på kortere indlæggelsestid for patienten samtidig med patienten kunne få et bedre forløb.

**Mulgan** fra Benington and Moore (2011 kap. 13) **diskutere dilemmaet i at måle offentlig værdi outcome**. Offentlig værdi opfattes indeholdende værdi, hvis borgerne opfatter det som værdifuldt. Noget har kun offentlig værdi, hvis man vil opgive noget for at få del af den f.eks. hvis man vil betale skat for en ydelse. **Lederne var enige** om det udsagn passede med deres forståelse af offentlig værdi (MPG-E 4:00-5:35, MPG-F 2:26-3:21, MPG-D 3:05-3:21). En beskriver det som idealbilledet; hos den enkelte borger er der en forståelse af nødvendigheden af at betale skat, selv om den enkelte kan synes det er surt, så gøres det, fordi det støtter sammenhængskraften i vores samfund.

**Patienterne var enige i udsagnet** (MPG-H 9:06-11:09, MPG-G 9:14-10:34, MPG-G 2:50-3:50). En forklarer, hun gerne betaler skat for at få en hospitalsydelse og dermed gør hun en hospitalsydelse til en offentlig værdi i Mulgans optik. Hun frygter, andre ikke ser nødvendigheden af at betale til mærkelige formål f.eks. en respiratorbehandling. Den behandling kan virke voldsom og abstrakt på nogle, noget den enkelte borger aldrig får brug for, hvilket gør behandlingen mister sin berettigelse. Hun mener i stedet, man se samfundet som et netværk, hvor alle kan give og få dækket behov. Når hun er indlagt, er hun en del af netværket f.eks. ved at støtte og opmuntre en indlagt dreng på afdelingen. Når hun udskrives, er hun tilbage i sit job som samfundsborger og skaber værdi. På den måde bidrager og modtager hun i det netværk samfundet er. Den måde at se offentlig værdi ligner Benington fra Benington and Moore (2011 kap. 2) måde. Han forstår offentlig værdi som en del af det offentlige rum, et demokratisk rum, der defineres som et netværk af værdier, steder, organisationer, regler og andre kulturelle ressourcer, som befolkningen viser via deres adfærd og forpligtelser.

**Lægerne var enige om at det udsagn** passer med deres opfattelse af offentlig værdi (MPG-A 2:12-2:29, MPG-B 2:58-3:40, MPG-C 3:56-5:20). De ønsker som samfundsborgere at betale deres skat med glæde, da pengene går til vigtige områder i samfundet. En pointerer, at vi ikke blot betaler for offentlige ydelser via skat men udøver også frivillig arbejdskraft, som giver offentlig værdi, hvilket jo passer med Horner og Hutton fra Benington and Moore (2011 kap. 6) måde at opfatte offentlig værdi på.

### **Delkonklusion tema 1**

**Patienterne vil gerne deltage i skabelsen af offentlig værdi i Respirationscenter Øst**. Der er enighed i både patient- læge og ledergruppe om offentlig værdi kan ses som Mulgan fra Benington and Moore (kap. 13),

ser det: Offentlige værdi opfattes indeholdende værdi, hvis borgerne opfatter det som værdifuldt. Noget har kun værdi, hvis man vil opgive noget for at få den værdi f.eks. hvis man vil give penge (betale skat) for en ydelse. Men kan Respirationscenter Øst udnytte den tilbudte ressource, patienterne er villige at tilbyde? Det kan Respirationscenter Øst, hvis afsnittet giver patienter mulighed for at sætte sig ind i arbejdsgange og ved at lave en individuel plan for hver patient over en kendt skabelon, i forbindelse med indlæggelsen. Derved simplificeres planen for patienten, som får lettere ved at overskue den og dermed får lettere ved at byde ind.

Efter analysen af ni informanternes bud på offentlig værdi via teori, er det interessant at undersøge om patientforløbsoptimeringer skaber værdi for informanterne.

## **Tema 2**

### **Hvordan er patientforløbsoptimeringer værdiskabende for lederen, lægen og patienten?**

**Lederne** ser patientforløbsoptimeringer som værdiskabende (MPG-E 6:07-7:45, MPG-F 3:57-4:48, MPG-D 6:28-6:47). Ikke alle ser det som værdiskabende for sig selv, men som værdiskabende for patienten eller samfundet. En nævner det vigtigste for hende er at kvaliteten af hjælperoplæringen er øget. To synes patientforløbsoptimeringer er offentligt værdiskabende, når man med samme ressourcer har formået at give flere patienter behandling og samtidig har formået at løfte kvaliteten.

Lederne er enige om værdi er skabt på flere planer; dels ved at udnytte ressourcer bedre, ved at forøge kvaliteten af den offentlige ydelse og ved at patienten udskrives hurtigere, så han kan komme tilbage til sit liv og det er det, der har været værdiskabende for lederne; at være en del af processen.

**Lægerne** mener patientforløbsoptimeringer giver værdi (MPG-B 4:24-5:29, MPG-C 5:58-7:35, MPG-A 3:06-3:59). De er glade for at kunne arbejde effektivt, så patienterne kommer hurtigere hjem. De mener, det giver mere værdi i arbejdet, når der er mulighed for at lave et godt stykke arbejde, at arbejde hurtigt og effektivt og det giver arbejdstilfredsstillelse og glæde. Deres udtalelse støtter Osterloh and Frey (2002) artikel, hvor der angives at indre motivation kan være koblet til flowet i en aktivitet, til opfyldelse af egne mål, eller til opfyldelse af personlige og sociale forpligtelser. Lægerne indre motiveres i arbejdet, når de kan gøre noget godt for patienterne, når arbejdet er veltilrettelagt, så de ikke føler de spilder tiden, når de kan arbejde effektivt og godt, så patienterne kan komme hjem, forvisset om der kan foregå en god kvalitet af deres behandling i hjemmet.

**Patienterne mener alle**, det er værdiskabende at forløbene nu foregår hurtigere end tidligere (MPG-I 4:50-9:34, MPG-G 12:18-15:20, MPG-H 11:56-13:15). Den ene af patienterne, som har haft et langt forløb på afsnittet, inden indlæggelsestiden kom helt ned på 28 dage beskriver at han til sidst var så træt af at være indlagt, at han bare ønskede at komme hjem. Han vidste ikke, hvad der ventede ham og måtte bare stole på det gik. Han synes kvaliteten af hjælperoplæringen på sygehuset er meget vigtigt, da oplæringen af nye hjælpere derfra foregår ved sidemandsoplæring i hjemmet. Det er derfor vigtigt, det første hold er veloplært, da de ellers ikke kan lære kommende hjælpere op. En anden patient, som var ved at få oplært hjælpere efter 28 dages modellen, havde ikke fundet sig i at være indlagt 4 måneder mere. Den sidste patient, kunne heller ikke forestille, han skulle være indlagt 5 måneder, han troede ikke sine egne ører, da jeg fortalte hvor lang tid, det havde taget for bare få år siden.

### **Delkonklusion tema 2**

Alle parter er enige i patientforløbsoptimeringer skaber værdi. Individuelt i de tre grupper giver optimering af forløb personlig værdi. En af lederne ser det værdifuldt at spare ressourcer ved at optimere samtidig med kvaliteten holdes. Dermed kan flere patienter tilbydes mulighed for behandling. Det giver legitimitet til at fortsætte med at optimere forløb på afsnittet. Det ville selvfølgelig være bedre, hvis jeg det også kan vises det giver offentlig værdi, for det er jo det en offentlig institution skal jævnfør Benington and Moore (2011 kap. 2). Kan jeg vise det, får jeg det brede samfundsperspektiv med, som offentlig værdi begrebet indeholder.

Næste spørgsmål adresserer den problemstilling.

### **Tema 3**

#### **Hvordan ser lederen, medarbejderen og patienten forløbsoptimeringer som offentlig værdiskabende?**

**Alle lederne** ser patientforløbsoptimeringer som skabende offentlig værdi, da de giver mulighed for at løfte både kvalitet og antal forløb for de samme ressourcer (MPG-E 8:38-8:53, MPG-F 5:55-7:00, MPG-D 8:08-8:43). Det giver flere patienter mulighed for at modtage en bedre behandling og dermed fremmer det lighedsprincippet i samfundet; flere patienter kan få lige adgang til en standardiseret behandling.

**Alle læger** kan se den økonomiske side af optimeringsprocessen skaber offentlig værdi (MPG-B 4:24-5:29, MPG-C 8:53-11:08, MPG-A 5:54-6:37). En læge er ikke så overbevist om hvor god kvaliteten er, fordi der dispenseres undervejs i oplæringsperioden. Patienterne ønsker at individualisere behandlingen, de ønsker ikke en standardbehandling, men en skræddersyet behandling. Det kan

derfor være svært for lægen at overskue om behandlingen når det kvalitetsmæssige niveau, den burde.

### **Alle patienter mener det giver offentlig værdi at lave optimeringsprocesser**

(MPG-H 14:23, MPG-I 11:25, MPG-G 18:00). To mener, det vil give yderligere værdi, hvis patienterne blev inddraget mere i processen, dels som kreative kræfter og dels som mentorer for nye patienter, der derved kunne forberede sig bedre på det liv, der ventede dem hjemme. En angiver, ligesom en af lægerne at man skal være varsom på med at standardisere for meget, one size do not fit all.

### **Delkonklusion tema 3**

#### **Der er enighed i leder- i læge- og i patientgruppen om patientforløbsoptimeringer i Respirations Center Øst giver offentlig værdi.**

Det skaber offentlig værdi, når patienter får mulighed for at deltage i optimeringsprocesser, som derved yderligere optimeres. Offentlig værdi skabes ved at give lige adgang til behandlingen og giver dermed lighed i samfundet. Dette stemmer overens med Benington fra Benington and Moore (2011 kap. 2) måde at se offentlig værdi som en økonomisk, en social og en kulturel værdi. Det giver også værdi individuelt i hver gruppe og det legitimerer derved det politiske ønske om at skabe patientforløb, der skaber patient- læge- og organisationsmæssig oplevet kvalitet. Jeg har dermed eksplorativt vist via teori, indsamlet empiri samt analyse, at patientforløbs optimeringsprocesser bidrager til offentlig værdiskabelse i afsnittet.

### **Konklusion på 1. Forskningsspørgsmål**

Hvordan kan offentlig værdi skabes i Respirations Center Øst fra et leder- et læge- og et patient perspektiv? Alle informanter angiver at patientforløbsoptimeringer i Respirations Center Øst skaber offentlig værdi.

Optimerings processer giver offentlig værdi, fordi der opnås en økonomisk fordel, når patienter hurtigere udskrives, dels fordi det sparer indlæggelsesdage og dels fordi patienter hurtigere bliver aktive samfundsborgere, der selv kan skabe offentlig værdi.

Optimerings processer skaber offentlig værdi, når patienter får mulighed for at deltage i optimeringsprocesser som bruger og borger, hvorved optimeringsprocessen yderligere kan forbedres.

Optimerings processer skaber offentlig værdi ved at skabe lighed i behandlingen og dermed lighed i samfundet.

Dette støttes teoretisk af Benington, Horner og Hutton i Benington and Moore (2011 kap. 2 og 6).

I det næste kapitel vil jeg analysere hvordan lægemedarbejderen kan motiveres til at skabe patientforløbsoptimering som selvledende medarbejder.



## 5.4 Analyse

### 2. Forskningsspørgsmål

#### Hvad hæmmer læger i at optimere patientforløb?

##### - fra et lederperspektiv

I andet kapitel har jeg dannet tre temaer, hvor der analyseres lederens opfattelser om hvad kan hæmme læger i at optimere patientforløb?

**Tema 1: Hvordan ser ledere læger kan motiveres til at deltage i patientforløbsoptimeringer? (spørgsmål 1, 4, 5)**

**Tema 2: Hvordan er der opnået fælles forståelse? (spørgsmål 2)**

**Tema 3: Hvordan ser lederne læger motiveres i fremtiden? (spørgsmål 3,6)**

Fundene relateres til teori om motivation og ledelse af den selvledende medarbejder.

### Tema 1

#### Hvordan ser lederne læger kan motiveres til at deltage i patientforløbsoptimeringer?

Spørgsmålet søger svar i lederens opfattelse af motivation af læger **via tre nedenstående dele.**

Kan ønsket om at opnå præstige være et bagvedliggende forhold, der medvirker til lederne motivere medarbejderne til at lave patientforløbsoptimeringer? Kan der være negative forhold ved patientforløbsoptimeringer, som kan bevirke demotivering af lægerne? Hvordan ser lederen lægen motiveret af at arbejde med patientforløbsoptimeringer?

Motivation er ikke et mål i sig selv, men skal understøtte organisationens målsætninger ifølge Osterloh and Frey (2002). De definerer indre motivation som når egne ønsker tilfredsstilles. Den indre motivation kan være koblet til flowet i en aktivitet, til opfyldelse af egne mål, eller til opfyldelse af personlige og sociale forpligtelser. Boswell et al. (2006) argumenterer for når Line of Sight benyttes, øges medarbejderens evne til at koble jobudførelse med organisationens mål. Dermed øges medarbejderens motivation til at bidrage til organisationens mål. Rasstrup Kristensen (2011) bruger begrebet frihed i arbejdet som arbejdsmetode, hvorved organisationen kan nå sine mål. Lederen af selvledende medarbejdere må lede, så medarbejderen vælger at bruge sin frihed. Hvis lederen ikke leder, risikerer han at medarbejderen ikke arbejder for virksomhedens mål, men kun for egne mål. Lederen skal lede så medarbejderen frigør sit menneskelige potentiale og får fokus på forretningen.

Kan ønsket om at opnå præstige være et bagvedliggende forhold, der medvirker lederne ønsker at motivere medarbejderne til at lave patientforløbsoptimeringer.

**Alle lederne** ser forløbsoptimeringer skaber værdi for Glostrup Hospital af mange årsager (MPG-E 9:10-10:03, MPG-F 7:24-8:48, MPG-D 9:15-12:50). To peger på optimeringerne i afsnittet primært skete efter afsnittet overgik til Glostrup Hospital. Dette skete, fordi der har været opbakning til at lave patientforløbsoptimeringer fra hospitalets topledelse og hele vejen ned til afsnitsledelsen. Da hospitalet er det eneste specialhospital i regionen kræver det, at Respirations Center Øst løser sin opgave og fra regionenes side har man set, det er sket. Det har givet hospitalet præstige på regionsniveau. Afsnittet har opnået international status ved at systematisere hjælperoplæringen, hvilket har givet faglig præstige.

**Samlet set** er der enighed ledergruppen om forløbsoptimeringsprocesserne har givet præstige på regions niveau. Det har givet hospitalet præstige nationalt og internationalt og målet om at højne behandlingens kvalitet og kvantitet af forløb, da hospitalet overtog afsnittet, er indfriet. Denne præstige har været vigtig for hospitalet. De betragtninger støttes af Rasstrup Kristensens (2011) teori, hvor han angiver, man skal lede den selvledende medarbejder, så medarbejderen arbejder for virksomhedens mål og ikke kun for egne mål. Lederen skal lede så medarbejderen frigør sit menneskelige potentiale og her er de ledet, så faglige mål også kunne opfyldes. Der skal ledes så medarbejderen får fokus på forretningen også her er det er lykket for hospitalet, hvor afsnittet nu opfylder den ønskede rolle fra regionen.

**Der kan være negative aspekter ved at optimer forløb?** Disse søges belyst, da de kan medvirke til at demotivere lægens lyst til at udføre optimeringer.

**Lederne er enige** om standardisering kan overdrives; one size do not fit all (MPG-E 16:15-17:15, MPG-F 12:11-12:47, MPG-D 18:44-20:48). Lederne kender ulempen ved standardforløb og anerkender at patienten kan komme i klemme, hvis forløbene ikke individualiseres, som beskrevet af en patient (MPG-H 2:15-7:15). Der arbejdes derfor med at skabe rum til forløb, der tager længere tid end forventet. Ved ledelsesmæssigt at fokusere på den opgave, er det lykket at optimere andre forløb hvorved der er skabt en buffer. Ligeledes er koordinationen med andre specialsygehuse forbedret.

En af lederne bemærker at tidligere var patienter indlagt i flere måneder inden rekvirering af hjælperholdet. Man lærte patienten godt at kende og at patienten var bedre igennem sin krise, når hjælperholdet skulle oplæres. Det bevirkede at hjælperoplæringen foregik mere roligt og patienten var i flere tilfælde mere motiveret for at samarbejde, da han bl.a. var træt af at være indlagt. Lederen konkluderer, at de gode gamle dage ikke var så gode endda,

for udover den samfundsmæssige økonomiske belastning, det er at unødigt indlægge patienter i flere måneder, havde det også en omkostning for patienten at være indlagt så længe, som beskrevet af en patient (MPG-I 4:50-9:34).

**Samlet set** er lederne enige om at der skal være plads til forløb, der ikke går som forventet. Derfor skal der skabes ekstra tid til disse forløb ved at optimere andre forløb, så der kan skabes en buffer og ved at forbedre koordinering af patientforløbene med andre specialsygehuse.

Det leder frem **at spørge lederne om hvordan de tror lægemedarbejderne motiveres** (MPG-E 17:15-17:52, MPG-D 20:48-22:44, MPG-F 13:08-13:36). De får Ryan and Deci (2000) definition på indre og ydre motivation at blive inspireret af. Det spørgsmål var for svært at give et enkelt svar på, enten fordi lederne ikke kender lægerne så godt, eller fordi kender de dem så godt, de ikke ud med detaljer.

En anså ikke læger for kun at være enten indre eller ydre motiveret. En anden anser den indre motivation for at være den mest dominerende. Det, der bærer en læge gennem arbejdet, er interessen for faget og gerningen og dermed den indre motivation. En tredje mener det modsatte. Her ses ikke at lægerne arbejde fordi, de er så optaget af det, at arbejdet kan opfattes som en leg.

**Samlet set** ser jeg ikke de to synspunkter er så langt fra hinanden, som man skulle tro, hvilket også understreges af lederen, der mener **lægerne motiveres både via indre og ydre pathways**. Jeg tror ikke Ryan and Deci's (2000) definition er operationel i en klinisk verden. Her passer Osterloh and Freys (2002) måde at se indre og ydre motivation bedre. Indre motivation findes når ens egne ønsker tilfredsstilles, hvilket jo skaber en bro til Raastrup Kristensens (2011) måde at se frihed i arbejdet. Den indre motivation kan være koblet til flowet i en aktivitet, til opfyldelse af egne mål, eller til opfyldelse af personlige og sociale forpligtelser som f.eks. at udføre et godt stykke arbejde for sine patienter og den ydre motivation opfyldes, når man får løn.

### **Delkonklusion tema 1**

Der er formentlig flere grunde til hospitalet understøtter optimering af patientforløb. Alle lederne mener, at hospitalet har opnået præstige af få et dårligt fungerende afsnit til nu at udføre sin opgave. Ledelsesmetoden ligner Raastrup Kristensens (2011) teori, hvor lederen skal lede så medarbejderen frigør sit menneskelige potentiale og lede så organisationen opnår sine mål.

Der kan være negative ting ved standardiserede forløb. Læger kan godt lide der er et frit flow i arbejdet, det giver arbejdsglæde og indre motivation, som beskrevet af Osterloh and Frey (2002), men både ledere og læger ved at standardisering uden omtanke for de individuelle behov ikke er en fordel.

Der er ikke et entydigt svar på, hvordan lederne ser lægerne motiveret. Dels kender lederne ikke de enkelte læger godt eller også kender de dem for godt, til de vil afsløre dem i afhandlingen. Alle lederne ser læger motiveret på flere måder. Ryan and Deci (2000) måde at se motivation passer formentlige ikke lige så godt i en klinisk verden, som i den undervisningsverden teorien er udviklet i, i modsætning til Osterloh and Frey (2002) måde at se motivation på, der synes at passe bedre.

## Tema 2

### Hvordan er der opnået fælles forståelse?

For at integrere begrebet motivation med ledelse, er det interessant at vide om der er opnået en fælles forståelse af at lave forløbsoptimeringer. Hvis der ikke er opnået en fælles forståelse om mål både på ledersiden og lægesiden, kan det virke hindrende for at lave patientforløbsoptimeringer (spørgsmål 2).

**Alle lederne er enige om der er opnået fælles forståelse i lederlaget** (MPG-D 13:09-16:01, MPG-F 9:14-11:06, MPG-E 10:18-14:11). Der har været fokus på opgaven fra hospitalets side og den forståelse er udbredt blandt lederne. En leder kan dog fortælle, det har været svært at opnå den nødvendige fælles forståelse i afdelingsledergruppen.

Der er arbejdet med at få læger motiveret til at se nødvendigheden af at systematisere og optimere forløb. Der har tidligere været en lægekultur, hvor man hellere gav en luksus behandling til de få af lægerne udvalgte patienter, end at give alle patienter med behov for behandling, mulighed for at modtage den. Fra dele af afdelingsledergruppen og fra lederslagene derover er det set nødvendig at iværksætte optimeringsprocessen, fordi de kunne mærke kniven på struben: Enten kom forløbene til at fungere bedre eller også måtte afdelingsfunktioner omorganiseres.

Det ses her at Raastrup Kristensens (2011) selvbestemmende læge type har været til stede i afdelingsledelsen og i lægelaget. **Der har været den holdning, at lægen via sin autonomi med base i sin lægefaglige viden, kunne bestemme hvordan forløbene skulle foregå. Den holdning er blevet udfordret af ledelseslaget over og på samme niveau og læger har måtte acceptere at der var andre vigtige forhold end de rent lægefaglige ved patientforløbene.** Nu ser alle lederne, at der i afdelingsledelsen er opnået fælles forståelse af at lave forløbsoptimeringer og workshoparbejdet er et eksempel herpå, hvor både den afdelingsansvarlige overlæge og andre læger deltager.

Denne fælles forståelse i lederlaget af at forbedre patientforløb kunne også stamme fra forståelsen af nødvendigheden af at akkreditere. Det er lederlages forpligtelse at akkrediteringsprocessen skrider planmæssigt frem og der har i tidligere i lægegruppen på Respirationscenter Øst ikke været det store

samarbejde med sygeplejegruppen om at udvikle de instrukser, som det forventes via akkrediteringstandarderne. Tekstanalysen i denne afhandling af forordet til Den Danske Kvalitetsmodel version 2 viser at hensigten og det store mål med at lave akkrediteringsprocessen er at fremme kvaliteten i sundhedsvæsenet og at det budskab kan forstås af modtageren. I akkrediteringsprocessen lægges der vægt på sammenhængende patientforløb på tværs af enheder og sektorer, lige netop de forløb, som både denne afhandling og afsnittets workshopproces arbejder med. Respirationscenter Øst mangler instrukser på patientforløb. Nu da der er opstået en fælles forståelse i hele ledergruppen også fra lægeside, er det mit håb at Respirationscenter Øst kan bidrage med de ønskede instrukser. Disse instrukser skal dannes på baggrund af workshoparbejdet og i samarbejdet med søsterafsnit i Danmark. Denne proces skal ske i samarbejde mellem læger og sygeplejersker, hvorved akkrediteringsprocessen kan forløbe som planlagt og vi i det danske sundhedsvæsen får skabt den ønskede kvalitet. Derved kan hensigten med Den Danske Kvalitets Model version 2 blive opfyldt.

### **Delkonklusion på tema 2**

**Der er enighed i ledergruppen om, der nu er en fælles forståelse blandt lederne om at optimere forløb. Fra lægeside har der fra starten ikke været en fælles forståelse af at lave optimeringsprocesser.** Denne holdning har været en hindring for optimering af forløb. Læger har over de sidste 4 år været nødt til at acceptere rollen som autonom læge begrænset af ledere, der udover det lægefaglige også havde andre forhold at prioritere, så som at skaffe kapacitet på afsnittet og rette afsnittets økonomien op. En bekræftelse af Raastrup Kristensens (2011) teori om den selvbestemmende medarbejder, der må se sin autonomi begrænset af andre forhold end det rent faglige.

Den opnåede fælles forståelse i lederlaget kan hænge sammen med forståelsen af nødvendigheden af at deltage i akkrediteringsprocessen. Den proces løber som en grundstrøm igennem afsnittet og påvirker konteksten for afhandlingen. Tekstanalysen af forordet til Den Danske Kvalitets Model version 2 viser at afsenderens hensigt med teksten er at oplyse om målet med det store forstående arbejde; at øge kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Modtageren har mulighed efter min vurdering at forstå det budskab. Denne forståelse af nødvendigheden af at akkreditere har mulighed for at brede sig til lægelaget via samarbejdet i workshopprocessen og samarbejdet med søsterafsnit i Danmark på både læge og sygeplejerskesiden.

### Tema 3

#### Hvordan ser lederne læger motiveres i fremtiden?

Ser lederne læger motiveres af to vigtige styringsredskaber; præstationsmål og VIP instrukser eller motiveres læger til at arbejde, fordi det giver frihed at arbejde som selvledende medarbejder enten som den selvbestemmende eller som den selvledende medarbejder. Ser lederen en forskel i de to roller og håndteres ledelse i relation til det, passer det med Raastrup Kristensens teori (2011)?

**Lederne er enige om at der ikke er en direkte motivation af VIP instrukser (retningslinjer for det faglige virke)** (MPG-D 16:20-18:29, MGP-E 14:30-16:05, MPG-F 11:26-12:03). En leder tror, læger som fagprofessionelle motiveres, når de kan se en behandlingsmåde ikke lever op til kvalitet eller kvantitets mål. En anden leder tror ikke lægerne motiveres af ydre faktorer, men at lægerne motiveres af indre faktorer; lysten at designe forløb for bunden, lige efter deres hoved (ligesom en leg, hvor man ikke er bundet af noget). Da hver patient er unik umuliggøres standardisering derved. Det giver lægen den fulde autonomi som fagperson og fulde frihed i arbejdet, hvor andre interessenter i patientbehandlingen er underlagt hans måde at behandle på. En tredje leder kan se dilemmaet i at de kvalitets og produktionsmål, der stilles nu ikke svarer til den måde, lægerne i afsnittet uimodsagt har fået lov til at arbejde tidligere. Deres indre motivation har drevet lysten til arbejde og den eksterne motivation eller kontrol, der udøves nu virker demotiverende. Der foreslås at inddrage lægerne i udviklingsprocessen af patientforløb, hvorved lægerne opnår ejerskab for processen. Dette foregår allerede i afsnittet i forbindelse med arbejdet med workshoppen og udredningsgarantien.

Den holdning kan være funderet i Osterloh og Frey (2002) teori, hvor de angiver, man kan øge den indre motivation via personlige relationer, samarbejde og kommunikation. Ligeledes vil involvering af medarbejderne i virksomhedens mål, medvirke til medarbejderne tager målene til sig, som deres egne. Når medarbejderne føler ejerskab for målene, styrkes den indre motivation. Hvis målene føles som udefrakommende kontrol hæmmes kreativiteten. En af lederne bemærker at lægerne måske ikke i samme grad som sygeplejerskerne (her et tydeligt eksempel på at læger leder læger og sygeplejersker leder sygeplejerser) er blevet gjort opmærksomme på hvordan økonomien hænger sammen med produktion og længden af forløbene. Hvis det var pointeret for lægeren, havde de måske selv set det og kunne tage de økonomiske mål ind og arbejdet helhjertet for dem, lignende Ryan and Deci (2000) måde at se internaliseringsprocessen på.

### **Delkonklusion tema 3**

Så hvordan ser lederne lægerne kan motiveres i fremtiden? Begge ledere mener det faglige og autonomien, der følger med er meget vigtig for læger og dermed for de valg den selvrealisering lægen kan tage. De mener at man som leder skal kunne håndtere begge typer af selvledende medarbejdere. En leder ser dilemmaet i at de stillede kvalitets og produktionsmål ikke svarer til den måde lægerne har fået lov til at arbejde tidligere og for at løse det dilemma kan lægerne inddrages i udviklingsprocessen af patientforløb og dermed gives ejerskab. Denne overvejelse støttes teoretisk af Osterloh and Frey (2002). Strategien er allerede inkorporeret i afsnittet i forbindelse med workshoparbejdet og udredningsgarantien.

### **Konklusion på 2. Forskningsspørgsmål**

#### **Hvad hæmmer læger i at optimere patientforløb**

##### **-fra et lederperspektiv**

Ledergruppen oplever en fælles forståelse blandt lederne. I starten har der ikke været fælles forståelse for nødvendigheden af at optimere forløb blandt læger og den holdning har været en hindring for optimerings processer. Læger har i de sidste 4 år måtte acceptere rollen som autonom læge begrænset af ledere, der udover det lægefaglige også havde andre forhold at prioritere.

En bekræftelse af Rastrup Kristensens (2011) teori om den selvbestemmende medarbejder, der må se sin autonomi begrænset af andre forhold end det rent faglige. En leder kan se dilemmaet i de nu stillede kvalitets og produktionsmål ikke svarer til måden lægerne tidligere har fået lov til at arbejde på og for at løse det fremafrettet, skal lægerne inddrages i udviklingsprocessen af patientforløb og dermed gives ejerskab for processen. Denne overvejelse støttes teoretisk af Osterloh and Frey (2002) og er allerede inkorporeret i afsnittet. Dette passer også fint med tekstanalysen af forordet til Den Danske Kvalitets Model version 2, hvor afsenderens hensigt er at modtageren skal se målet med akkrediteringsprocessen. Målet er at fremme kvaliteten i det danske sundhedsvæsen og modtageren har mulighed via forordet at forstå det. Nu da der er opnået fælles forståelse i hele ledergruppen er det mit håb at akkrediteringsprocessen kan foregå i samarbejde med alle interessenter.

## 5.5 Analyse

### 3. Forskningsspørgsmål

#### Hvordan fremmes det lægefaglige samarbejde

##### - fra et lægeperspektiv

I det tredje kapitel sætter jeg fokus på hvordan lægerne ser det lægefaglige samarbejde fremmes. Der er dannet tre temaer i kapitlet:

**Tema 1: Hvad motivere, hvad er min opgave?** (spørgsmål 1)

**Tema 2: Hvordan forbedres samarbejdet?** (spørgsmål 2 og 3)

**Tema 3: Hvordan kan det fremtidige samarbejde fremmes?** (spørgsmål 4-6)

Tema 1 undersøges deskriptivt og tema 2 og 3 normativt. Alt samarbejde kræver lyst og energi, kræver et samarbejde om komplicerede patientforløb motivation, forståelse af opgaven og Line of Sight?

#### Tema 1

##### Hvad motiverer? hvad er opgaven?

Samarbejdet anskues ud fra to vigtige teorier i det første tema, motivation og hvad er opgaven? Druckers (1999) indgang til videns arbejderens produktivitet begynder med spørgsmålet: Hvad er opgaven? Spørgsmålet besvares bedst af vidensarbejderen, hvis han får autonomien til det. Men hvordan kan man motivere, måske endda indre motivere som flere af lederne i kapitel 2 i denne afhandling, mener læger motivers via. Osterloh and Frey (2002) ser den indre motivation øges via personlige relationer, samarbejde og kommunikation. Ligeledes vil involvering af medarbejderne i virksomhedens mål medvirke til medarbejderne tager målene til sig, som deres egne. Når medarbejderne føler ejerskab for målene, styrkes den indre motivation.

Alle tre læger har arbejdet med forløb, der strakte sig over flere matrikler (MPG-A 7:03-8:20, MPG-C 12:56-14:15, MPG-B 7:03-8:20). **En læge synes altid samarbejdet har fungeret fint, men ekstra godt i de sidste måneder hvor der er sat flere ressourcer af for at få samarbejdet til at fungere.** Hun har altid følt Respirationscenter Øst har stillet op til samarbejde, når hun havde behov for det, men lægen har også tidligere været ansat på afsnittet og kender derfor arbejdsgangene godt. **En anden læge kan fortælle, det har nogle gange været svært at samarbejde, fordi der manglede viden på de samarbejdende afsnit om Respirationscenter Øst behandlingstiltag.** Kommunikationen var besværliggjort af mangel på kontaktperson på Respirationscenter Øst og af mangel på tid til at tilse patienterne på andre afsnit. Hun synes ikke det altid var sjovt at arbejde under de forhold. Den sidste synes samarbejdet fungerer



fint internt på hospitalet og med de hospitaler afsnittet plejer at samarbejde med og ikke så godt med de, der ikke kender afsnittet.

### **Delkonklusion tema 1**

Alle tre lægers udtalelser fint med Drucker's (1999) teori om videns medarbejderens produktivitet, hvor man starter med at spørge hvad er opgaven? Lægerne oplever samarbejdet fungerer godt med de afsnit, der kender Respirations Center Øst behandlingsstrategier; når lægerne på begge sider kender deres opgave, som Drucker (1999) pointerer. Det er demotiverende, hvis man ikke kender opgaven eller ikke kan påvirke grundbetingelserne for samarbejdet og når virksomheden ikke kommunikerer sine mål til medarbejderne, som derfor ikke kan efterleve dem. Dette passer med teori af Osterloh and Frey (2002).

### **Tema 2**

#### **Hvordan forbedres samarbejdet?**

Drucker (1999) har et bud på hvordan videns arbejderen effektiviserer bedst muligt, han foreslår det foregår i pilotform og giver et eksempel på et hold kirurger der gennemgår arbejdsgange, standardiserer indkøb og behandlingskvalitet, holder audit på output og i sidste instans fyrer de uduelige som et eksempel på en optimeringsproces. Igen stiller han spørgsmålet: Hvad er opgaven?

**Alle lægerne har samme forbedringsstrategi** (MPG-B 8:14-9:41,10:15-10:36, MPG-A 8:29-9:30, 10:00-10:48, MPG-C 12:56-14:15, 14:52-17:30): Når patienten visiteres til Respirations Center Øst begynder en transitionstid, hvor samarbejdet indledes mellem Respirations Center Øst og det afsnit patienten er indlagt på. Der foregår en faglig behandlingsstrategi, hvor Respirationscenter Øst tilser patienten på det andet hospital, der aftales plan for oplæring af hjælpere og forældre (for børnepatienterne). Samarbejde i den fase skal intensiveres i fremtiden og skal følges op af mundligt og skrifteligt informationsmateriale. Gevinsten er øgning i kvaliteten af behandlingen på begge afsnit. Forslagene fra lægerne ligner forslagene fra patientgruppen i kapitel 1i afhandlingen, hvor det skabte mere offentlig værdi, når patienterne involveredes i forløbene. Alle forslag lægger sig op af Drucker's (1999) artikel og ligner også de forslag, der kommer frem i workshoparbejdet.

### **Delkonklusion tema 2**

Der er enighed blandt lægerne fra Respirationscenter Øst og fra det andet samarbejdende afsnit at det lægefaglige samarbejde kan fremmes via flere tilsyn på de andre hospitaler. Der ønskes at forløbene organiseres bedre og

lægerne mener det øger kvaliteten, når f.eks. forældre involveres mere i behandlingen. Der skal gives bedre skriftligt og mundligt informations materiale. Forslag ligner nogle af Drucker's (1999) forslag i forbindelse med et hold kirurger effektiviserer deres arbejds gange.

### **Tema 3**

#### **Hvordan kan det fremtidige samarbejde foregå?**

Hvordan skal samarbejdet foregå, når Respirations Center Øst udvider tilbud om behandling med den nye udredningsgaranti og med de medicinske sengepladser.

Alle læger har fokus på den kommende opgave bliver betydelig større end noget Respirations Center Øst tidligere har beskæftiget sig med (MPG-B 11:29-13:59, 14:09-14:45, MPG-A 10:59-14:28, MPG-C 17:56-18:42). Lægerne ser det kommende arbejde som en fordel for patienterne, for nu kan Respirations Center Øst ikke løse opgaven alene, nu skal der samarbejdes. Der skal laves samarbejdsaftaler og skruktur, så der bliver flow i arbejdet og jævnfør kapitel 2 i afhandlingen, det er noget læger sætter pris på; de bliver indre motiveret af det. En af lægerne bemærker, hun ser frem til samarbejdet, for Respirations Center Øst klarer det så flot nu, så hun er meget motiveret for at fortsætte samarbejdet. Lægerne ønsker at afsnittets mål formidles til de læger, der skal udføre samarbejde og det passer med Boswell et al. (2006) artikel, der angiver, det er vigtigt at skabe Line of Sight. Lægerne viser stor vilje til at følge mål og anvisninger og til at gøre deres del af arbejdet. Lægerne viser stor motivation for det kommende arbejde, men de er også som Osterloh and Frey (2002) beskriver motiveret til arbejdet, da de ser resultatet af input, har ansvar for outcome og arbejdet er meget meningsfyldt.

#### **Delkonklusion tema 3**

Lægerne er motiveret til den nye opgave, fordi de som Osterloh and Frey (2002) angiver, er ansvarlige for outcome. De er villige til at samarbejde, når de har et fælles mål og ved hvad deres opgave er, ligesom Drucker (1999) pointerer, er lægen interesseret i at bruge sin autonomi og arbejde med at udvikle opgaven. På den måde viser empirien sammenfald mellem Druckers (1999) start spørgsmål hvad opgaven, definereret af videns medarbejderen og Boswells el al. (2006) teori om Line of Sight, hvor ledelsen skal kommunikere sine mål til medarbejderne som så kan tage målene ind som egne.

### **Konklusion på 3. Forskningsspørgsmål**

#### **Hvordan fremmes det lægefaglige samarbejde?**

##### **- fra et lægeperspektiv?**

Lægerne oplever samarbejdet fungerer godt med de afsnit, der kender Respirationscenter Øst behandlingsstrategier; når lægerne på begge sider kender deres opgave, som Drucker (1999) pointerer.

Alle lægerne mener, det lægefaglig samarbejde kan fremmes via flere tilsyn på patienter indlagt på andre hospitaler. Der ønskes at forløbene organiseres bedre og lægerne mener det øger kvaliteten, når forældre involveres mere i behandlingen af deres børn.

Lægerne er motiveret til at deltage i den nye opgave, fordi de som Osterloh and Frey (2002) angiver, er ansvarlige for outcome. De er villige til at samarbejde, når de har et fælles mål og ved hvad deres opgave er, ligesom Drucker (1999) pointerer, er lægen interesseret i at bruge sin autonomi og arbejde med at udvikle opgaven. På den måde viser empirien sammenfald mellem Drucker's (1999) spørgsmål hvad opgaven, definereret af videns medarbejderen og Boswells el al. (2006) teori om Line of Sight, hvor ledelsen skal kommunikere sine mål til medarbejderne som så kan tage målene ind som egne.

## 6.0 Konklusion

### - Hvordan kan forløbsoptimering i Respirations Center Øst bidrage til offentlig værdiskabelse

Der er i afhandlingen redegjort for problemformuleringen via tre underspørgsmål eller kapitler, derunder ni temaer. Ni informanternes udsagn er analyseret via ni tekster under det konstruktivistiske perspektiv som et case study. Der foretaget en tekstanalyse af forordet fra Den Danske Kvalitets Model version 2, hvor problemstillingen; hvad er afsenderens hensigt med forordet til Den Danske Kvalitets Model version 2 er analyseret. Min fortolkning af afsenderens hensigt med forordet til en håndbog, der indeholder ca. 200 sider standarder viser, det er vigtigt for afsenderen, at modtageren forstår, hvorfor der skal akkrediteres; det abstrakte niveau findes også; det udførte kvalitetsarbejde skal skabe bedre kvalitet i sundhedsvæsenet og er dermed til gavn til for borgeren i samfundet. På den måde er der fin overensstemmelse mellem hvad Den Danske Kvalitets Model ønsker af ansatte i sundhedsvæsenet og afhandlingens resultat, hvor ledere, læger og patienter mener patientforløbs optimeringer i Respirationscenter Øst skaber offentlig værdi.

De tre vigtigste konklusioner i interviewanalysen præsenteres:

Patientforløbsoptimeringer i Respirationscenter Øst kan bidrage til offentlig værdiskabelse, når velvillige patienter inddrages i optimeringsprocesserne, ikke blot som brugere, men som borgere, der aktiv arbejder for, hvad der er bedst for samfundet. Dette støttes teoretisk af Horner og Hutton i Benington and Moore (2011 kap. 6). Der har ikke i starten af optimerings processen været en fælles forståelse blandt læger for at udvikle patientforløbs optimeringer, den holdning har været en hindring for optimering af forløb. Læger har i de sidste 4 år måtte se rollen som autonom læge begrænset af ledere, der udover det lægefaglige også prioriterede andre forhold. En bekræftelse af Rastrup Kristensens (2011) teori om den selvbestemmende medarbejder, der må se sin autonomi begrænset af andre forhold end det rent faglige. De nu stillede kvalitets og produktionsmål ikke svarer til måden lægerne tidligere har fået lov til at arbejde på. For at motivere lægerne ved at give dem ejerskab af optimeringsprocessen, skal de inddrages i udviklingsprocessen af patientforløb, denne overvejelse støttes teoretisk af Osterloh and Frey (2002) og den efterleves allerede i afsnittet.

Patientforløbsoptimering i Respirations Center Øst kan bidrage til offentlig værdiskabelse, når det lægefaglige samarbejde fremmes. Det støttes teoretisk; når lægerne udvikler den nye opgave via deres autonomi af Drucker (1999), når lægerne kender organisationens mål for samarbejdet af Boswell et al. (2006) og når lægerne indre motiveres til at gøre deres bedste for patienterne, fordi de er ansvarlige for outcome af Osterloh and Frey (2002).

## 7.0 Egen lederudvikling

### – Teori til analyse af lederudvikling: Aktantmodellen

Jeg har valgt aktantmodellen til analyse af min lederudvikling, fordi historiefortællingen er en stor del af lægekulturen. Det er vores værktøj til at analysere kliniske problemstillinger for at kunne diskutere dem med hinanden. Det er vigtigt for lægen, at kunne analysere sin rolle i et klinisk forløb; var hun skurk, handlede hun uansvarligt og var hun skyld i et uheldigt forløb. Læger kommer jævnligt ud for situationer, hvor patienters liv er på spil og det er meget vigtigt for den mentale sundhed at diskutere disse kritiske situationer med hinanden for at opnå tilgivelse, forståelse eller få handlingsanvisninger.

I aktantmodellen er elementerne budskabet, konflikten, rollefordelingen og handlingen.

Budskabet er den moralske eller ideologiske påstand, som gennem historien søges præsenteret som en kendsgerning. Konflikten driver plottet i historien. Vi leder efter konflikten, så vi kan løse den. Det er via konflikten og måden den løses på, at vi kan tilkendegive vores budskab. Rollefordelingen i et eventyr er følgende: Målet er i centrum. Målet nås ved hjælp af en helt, via en hjælper og en giver. Modstanderen vil forsøge at forhindre helten at nå målet. Hvis det lykkes for helten at nå målet, kan modtageren få glæde af målet og historien kan ende lykkeligt.

Handlingen; rækkefølgen af historiens elementer er vigtig for tilhørers oplevelse. Konflikten opstår, cementeres og løses.

MPG historien starter i forår 2011 udgående fra Respirationscenter Øst, Neuroanæstesiologisk klinik, Neurocenteret, Rigshospitalet. Ingen kunne huske, hvornår man sidst havde finansieret en master: Ledelse var noget man skulle være interesseret i og vist man duede til. Lysten havde jeg, kompetencerne måtte jeg vise.

I 2009 blev den nye afdelingssygeplejerske ansat. Vi fik opgaven at tilpasse afsnittets normering til den nye budgettilpasning. Tilpasning betød fyring af en sekretær, en overlæge rejste, stillingen blev ikke genbesat og plejebudgettet beskåret 25 %, samtidig skulle produktionen opretholdes, vi måtte derfor ændre arbejdsgange. Dette arbejde blev brugt i en case i modulet offentlig styring i 2011. Jeg konkluderede vi havde udført tiltag, der mindede om LEAN. Det lykkes at opfylde den økonomiske ramme samtidig med øgning af produktionen af patientforløb fra 37/mdr. i 2008 til 59 forløb/ pr. mdr. i 2010. Denne succes vakte min interesse for ledelse, interessen og evnen dermed vist og MPG forløbet, værdifuldt for mig som en prinsesse blev givet af den gode konge; min klinikchef, til glæde for folket som fik billigere og mere behandling.

Så mangler jeg at redegøre for den tro væbner og den onde troldmand. Den onde troldmand må jeg først finde efter analyse af en del moduler.

Scenen er sat, forhistorien på plads, alle på nær to roller er fordelt. Min rolle som ung helt starter i 2008, hvor jeg måtte lære håndværket som soldat, før jeg kunne blive helt. Jeg var den yngste ansat på Respirations Center Øst i mange år. Tidligere havde stolte gamle læger siddet ved bordenden. Det var stadig tilfældet nu, hvor min leder og min kollega var ældre end mig. Respirations Center Øst specialet er meget specielt og det var derfor svært at have forkundskab til specialet og dermed let at være ny. Jeg måtte erkende, jeg måtte arbejde på at få viden og autoritet. Jeg måtte også lære håndværket på neuroanæstesiologisk afsnit, da jeg ikke tidligere havde arbejdet som speciallæge indenfor det felt.

Udfordringen i mit våbenskjold fra LGF modulet 2011 var at forbedre min evne til at benytte autoritet. Autoritet skal bygges op og fordre at man har legitimitet, som skal tildeles en. Jeg havde både autoritet og legitimitet som overlæge, men ikke som leder. I 2010 flyttes Respirationscenter Øst administrativt til Glostrup hospital, som led i sygehusrokaden. Jeg fortsætter på Rigshospitalet som overlæge, men mine kollegaer anerkender ikke det store optimeringsarbejde, jeg havde udført på Respirationscenter Øst. De kunne ikke se nytte af at benytte min viden på deres og nu også mit afsnit.

I modulet ledelse og kommunikation analyserer jeg den kontrakt, der blev udfærdiget i forbindelse med MPG forløbet. Jeg udarbejder en kommunikationsstrategi, der skal overbevise mine kollegaer om nødvendigheden af at deltage i patientforløbsoptimering. Klinikchefens rolle som kongen, der kan give mig; helten, prinsessen i form af mulighed for at optimere patientforløb, til gode for folket ved hjælp af den tro væbner; dygtighed og snilde lå klar. Skurken kunne være min manglende autoritet og legitimitet som leder, vaner der ikke skulle brydes, det nødvendige i ikke at give mig for lang line, hvem var skurken?

I efterår 2011 tager jeg modulet samfundsvidenskabelige metode. Faget er ikke let; stort set alt i det socialkonstruktivistiske perspektiv er modsat det naturvidenskabelige perspektiv. I synopsis analyserer jeg, hvordan jeg kan benytte erhvervet viden om mine kollegaers motiver, når jeg skal bedrive patientforløbsoptimering. Jeg valgte to teorirammer; systemteori via Ågerstrøm Andersen (2012) og Rennison (2007) samt narrativ teori via bl.a. Fog et al. (2009).

I PUF modulet i 2012 åbnedes muligheden for at analysere arbejdet med at få skabt lederautoritet, som i lægeverdenen hænger uløselig sammen med lægefaglige præstationer. Den manglende autoritet så jeg som skurken, der forhindrede historien i at ende lykkeligt. Titlen blev derfor: Hvordan får jeg skabt autoritet til at udvikle patientforløbsoptimering. I analysen brugte jeg teori af Alsted og Haslund (2008), Fog et al. (2009), Schnoor (2009) samt Bolman and Deal (2003). Jeg interviewede læger og sygeplejersker og kunne finde mønstre pegende på overlægernes udsagn dannede en gruppe, reservelægen og sygeplejerskernes en anden. Jeg fik flere metaforer: Begge overlæger så mig som en sportsvogn, den ene også som Pumpa (fra løvernes konge), der kunne løbe forvirret og opsat ind i en opgave. Den anden så mig som en løvinde, der kæmpede for sine patienter. Af reservelægerne og sygeplejerskerne blev jeg set som en Ferrari, en galophest i stratboksen lige før løbet går i gang samt et efterårstræ i mange farver.

Overlægerne gav mig to råd; dels skulle jeg stikke fingeren i jorden, stikke piben ind og med andre ord lære lidt diplomatisk sans, dels skulle jeg udvælge få lægefaglige opgaver og perfektionere dem. I sygepleje og reservelæge gruppen var der ikke behov for at kontrollere mig. Det blev accepteret, der var andre måder at løse en opgave på og det at vise energi, faglig dygtighed og mod er prisværdige egenskaber. Jeg trivedes godt i deres selskab og valgte den gruppe som allierede, da jeg skulle vælge at perfektionere de to lægefaglige områder. Senere allierede jeg med en anden overlæge og vi deltog sammen i et stort patientforløbsoptimeringsprojekt. Mit ophold på afsnittet endte med gode relationer til alle faggrupper.

Skurken var ved at blive overvundet, en overlæge gik på pension og jeg overtog hans område, der indeholdt behandling af patienter jeg kendte fra RCØ, jeg fortsatte derfor arbejdet med at optimere forløbene. Samtidig med PUF forløbet tog jeg modulet økonomisk styring og organisering af den offentlige sektor. Det var en pause efter skurkejagten.

Jeg analyserede hvordan et budget lægges, ved brug af teorierne Soft Budget Constrain Syndrome af Kornai (2009), Pal-effekten af Friis et al. (2009), spilteori/tillidsspillet af Friis et al. (2007) samt motivationsteori Ryan and Deci (2000) og Osterloh and Frey (2002). Hvordan kan budgettet understøtte motivation? Hvilke forventninger til effektivitetsøgning kan vi forvente? Hvordan forvaltes indtægter og håndteres udgifter bedst? Jeg fandt budgettet planlægges optimalt, når der tages hensyn til indre og ydre motivationsfaktorer. Der skal laves plads til akademika og produktionsudvikling (indre motivation) og plads til at honorere den ekstra

indsats (ydre motivation). Der skal indregnes luft i budgettet, så der kan overproduceres, da behovet uundgåeligt opstår. Der skal omkostningsreduceres vha. LEAN teknologier og forløbsoptimeringer, hvorved kvaliteten holdes.

I 2012 tager jeg modulet strategisk ledelse og analyserer patientforløbs optimeringsprocessen: Hvordan optimeres patientforløb på RH, hvorfra empirien stammer. Teori om legitimitet af Klausen (2001) og Suchman (1995) samt teori om usikkerheder i løsningen af komplicerede problemstillinger i netværk Koppenjan og Klijn (2004) bliver anvendt. Jeg fandt forløbsoptimerings processen gennemløb flere faser og endte med den substantielle usikkerheden af det komplekse problem blev reduceret. Den strategiske usikkerhed blev ligeledes reduceret bl.a. ved at opdele de samarbejdende medarbejdere i en styre og arbejdsgruppe. Til sidst reduceredes den institutionelle usikkerhed, da der opstod enighed om målet mellem to vigtige aktører. Legitimitet var nødvendig for at bedrive lægegering og hospitalsdrift og dermed patientforløbsoptimering.

I modulet organisationsanalyse analyseredes hvordan Neurocentrets (NC) strategi understøtter patientforløbsoptimering. Jeg benyttede teori om strategi af Mintzberg i Sørensens udgave (2011) samt Galbraith (2002) og empiri fra interviews, neurocenterets strategi og visionsoplæg samt instruks over optimeringsprocessen. Jeg fandt hvordan NC strategi understøtter patientforløbsoptimering og at instruks benytter neurocenterets værdigrundlag.

Historien kunne være slut nu; skurken i form af manglende lederautoritet er ved at være besejret. Jeg har opbygget min faglige position via flere tiltag: dels overtagelse af en konkurrents område, dels ved at opbygge og udvikle to faglige områder og til sidst deltagelse i et patientforløbsoptimering ledende til en instruks, der harmonerede med Rigshospitalets visions og strategi oplæg. Ved at opbygge mine faglige færdigheder (finde min tro væbner), blev det muligt at forbedre min ledelsesmæssige udvikling og jeg formåede at deltage i en vigtig instruksdannelse. I sandhed en anerkendelse af de to overlægers råd i PUF forløbet.

Nu da helten (mig) havde fået sin prinsesse (fået lov til at udvikle en patientforløbsoptimering) til glæde for folket (skatteborgerne), havde besejret skurken (manglende lederautoritet) ved hjælp af sin tro væbner (dygtighed og snilde) og kongen (klinikchefer) kunne historien være endt lykkeligt, men i stedet skifter vi scene i stykket:



I foråret 2013 da jeg havde opnået hvad jeg ville på Rigshospitalet, drog jeg videre til Herlev Hospital som overlæge. Det var et fredeligt sted, ingen grund til at bekæmpe skurke, jeg havde frihed til at optimere forløb og til at tage sidste modul; strategisk HRM i det moderne arbejdsliv: Hvordan udfordringer og muligheder påvirker jobskiftet som selvledende medarbejder? Jeg brugte jobskiftet empirisk og teori af Boswell et al. (2006) og Drucker (1999), hvor jeg fokuserede på forretningen og hvad er opgaven Raastrup Kristensen (2011). Analysen viste at opgaven, dimensioner og friheden i arbejdet er forskellige i de to jobs. Jeg valgte et job, der muliggjorde transformation fra den selvbestemmende til den selvrealiserende læge.

Jeg kunne være blevet på Herlev Hospital med en god chef og alle muligheder åbne. Men så kom tilbuddet, jeg ikke kunne sige nej til; et job som konge, hjælper, eller skurk? historien er stadig helt åben. Stykket skal først til at begynde; den nye scene er sat, vi befinder os på Respirations Center Øst, Glostrup Hospital: Hvordan vil det lykkes at implementere forløbsoptimering og skabe offentlig værdi i Respirations Center Øst? Hvem har de nye roller: helten, prinsessen, folket, kongen, skurken, den tro væbner?

## 8.0 Perspektivering

### – Hvordan kan afhandlingen ændre synet på patientforløbsoptimeringer som offentlig værdiskabende

Afhandlingen med analyse af problemformuleringen inklusiv tekstanalyse af forord til den Danske Kvalitets Model version 2, interviewanalyse af ni eliteinterview og egen ledelsesmæssige udvikling har vist hvordan patientforløbsoptimeringer i Respirations Center Øst kan bidrage til offentlig værdiskabelse.

Det har været en fantastisk rejse for mig at arbejde vedholdende med valget af MPG moduler for at opnå viden, der kunne forbedre mine evner til at optimere patientforløb og endnu mere forunderligt, at jeg nu med min tiltrædelse som afdelingsansvarlig overlæge på Respirations Center Øst kan få mulighed for at udnytte den lærte viden på de samme forløb, jeg startede med at optimere for 4 år siden.

Afhandlinger viser hvordan patientforløbsoptimeringer i Respirations Center Øst kan bidrage til offentlig værdiskabelse. Da casen er relateret til teori løftes den op til et højere niveau, hvor andre end interessenter i Respirations Center Øst kan få glæde af den. Der er lavet en den analytiske generalisering, hvor afhandlingens vigtigste fund er relateret til teori om offentlig værdi, motivation og ledelse af den selvledende medarbejder.

#### Afhandlingens budskab er:

**Patienter er ikke kun kunder, der ønsker det bedste for sig selv, de er også borgere, der er en del af samfundet og med det medlemskab følger også en stor velvilje til at deltage i optimeringsprocesser. De professionelle skal være klar til at indlemme patienterne i deres sphere til gavn for samfundet.**



## Litteraturliste

Alsted J. og Haslund D. (2008): Ledelse og medarbejdere- samarbejdets psykologi kapitel 1-3 og 9 -14

Ankersborg V. (2013): Specialeprocessen – Tag magten over dit speciale  
Samfundslitteratur

N. Å. Andersen (2012): Den semantiske analysestrategi og samtidsdiagnostik. Harste,  
Gorm og M. Knudsen (red.) (2012): Systemteorien i anvendelse. Nyt fra  
Samfundsvidenskaberne.

Benington J. and Moore M.K. (2011): Public Value- Theory and Practice. Palgrave  
Macmillan

Boolsen, M. W. (2006, 2. oplag 2008 kap. 1-2): Kvalitative analyser – at finde  
sammenhænge og årsager

Bolman, Lee and Deal, Terrence E. (2003): Reframing Organizations-Artistry, Choice,  
and Leadership (3. Udgave)

Boswell W.R., Bingham J.B., Colvin A.J.S. (2006): Business Horizons 49, 499—509

Den danske kvalitetsmodel Akkrediteringsstandarder for sygehuse 2. Version, 2.  
Udgave IKAS (juni 2013)

Drucker P.F (Winter 1999): California Management Review XLI: 2, 79-94

Fog K., Budtz C., Munch P. (2009): Story telling- Branding i praksis. Samfunds  
litteratur

Friis, I., Hansen, A. og Vámosé, T. (2007/2008): Økonomistyring og Informatik – 23.  
Årgang nr. 2

Friis I. (2010/2011): Økonomistyring og informatik- 26. Årgang nr. 5: Komplette  
præstationsmålinger: om at fremme en fælles forståelse af præstationsmål

J.R. Galbraith (2002): Designing Organizations an Executive Guide to strategy,  
Structure, and Process

Høyer, K. (2007) Hvad er teori og hvad er forholdet mellem teori og metode? P. 17-  
41 i Signild Vallgård, Signild og L. Koch (red.): Forskningsmetoder i  
folkesundhedsvidenskab

- Jacobsen H.M., Lippert-Rasmussen K., Nedergaard P. (2010) Videnskabsteori i statskundskab. Sociologi og forvaltning, Hans Reitzels Forlag
- Jensen L. B. (2011): Indføring i tekstanalyse 2. Udgave, Samfundslitteratur
- Jensen L.B. (2004): Fra Patos til Logos- Videnskabsretorik for begyndere. Roskilde Universitets forlag
- Justesen L. Mik-Meyer N. (2010): Kvalitative Metoder i organisations og ledelsesstudier. Hans Reitzels forlag
- Klausen K.K. (2011) Strategisk ledelse de mange arenaer kap. 8
- Koppenjan J. and E.-H. Klijn: (2004): Managing Uncertainty in Network (Routledge)
- Kristensen A.R. (2011): Det grænseløse arbejdsliv. Gyldendal Business
- Kornai, J. (2009): Int j Health Care Finance Econ 9:117-135 The soft budget constraints in the hospital sector
- Kvale S. og Brinkmann S. (2008): Interview Introduktion til et håndværk Hans Reitzels Forlag
- Moore M.H. (1995): Creating Public Value: Strategic Management in Government
- Nielsen, J.C. Ry og P. Repstad (1993): Fra nærhet til distanse og tilbake igjen. Om at analysere sin egen organisasjon fra: Nielsen, J.C. Ry (1993): Anderledes tanker om livet i organisationer. Nyt fra Samfundsvidenskabernes.
- Olsen P.B. og Pedersen K. (2009): Problemorienteret projektarbejde- en værktøjsbog. Roskilde Universitets forlag
- Osterloh, M. And Frey, B.S. (2002): Does pay for performance really motivates employees. In Business Performance Measurement - Theory and practice, A. Neely, ed., Cambridge: Cambridge University Press
- Raastrup Kristensen, A. Gyldendal Business (2011): Det grænseløse arbejdsliv. at lede de selvledende medarbejdere
- Rennison B. W. (2007): Scand. J. Mgmt. 23: 146-167
- Rienecker L. (2005): Problemformuleringen på de samfundsvidenskabelige uddannelser. Samfundslitteratur

Ryan R.M. and Deci E.L. (2000): Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions: Contemporary Educational Psychology 25, 54-67

Schnoor, M. (2009): Narrativ organisationsudvikling: At forme fælles mening og handling kap. 2 og 6

Suchman M.C. (1995): Academy of Management Review. Vol. 20, No 3 571-610

Silver and Levies (in press): Qualitative Data Analysis and Caqdas, Sage 2014

Statsrevisorernes bemærkning til beretning om kvalitetsindsatser på sygehusene. Beretning nr. 8/2011 om kvalitetsindsatser på sygehusene

Sørensen N.B. (2011): Organisationers form og funktion- om Mintzbergs teori i en dansk sammenhæng p. 134

Strauss A. and Corbin J. (1990): Basics of Qualitative Research Grounded Theory Procedures and Techniques

Virksomhedsgrundlag Glostrup Hospital 2013; Region H

Yin R. K (2014): Case Study Research Design and Methods; Sage



En stor tak til

Min mand Hans Christian Holm og mine fire børn Niels Frederich, Frederikke, Carl Christian og Eva Emily, som har udvist stor tålmodighed med mig, uden Jeres støtte og forståelse kunne denne afhandling ikke være skabt.

Mine tre vejledere Ivar Friis, Vibeke Ankersborg og Merete Watt Boolsen i dette masterforløb. Det har været en stor fornøjelse at arbejde med Jer alle, jeg er helt sikker på at det ikke var gået uden Jeres store faglige og pædagogiske evner samt jeres store tålmodighed mig.

Min nuværende ledende overlæge Rune Vedelsdal for råd og vejledning og for frihed og forståelse i perioder, hvor jeg har været væk fra mit arbejde.

Min tidligere ledende overlæge og klinikchef Jakob Roed for stole på mine lederevner og stole på jeg kunne få gavn af MPG uddannelsen og for at give mig muligheden for at tage MPG uddannelsen.

Mine to medledere afdelingssygeplejerskerne Tina Warming og Gitte Munkebo Møller for al det arbejde I har lavet for mig, mens jeg har koncentreret mig om afhandlingen, jeg glæder mig til at aflaste jer, når I tager en master snart.

Tak til alle mine interviewinformanter gennem hele det treårige forløb, I er jo anonyme, så I bliver ikke takket ved navn, men jeg har sat stor pris på jeres indsats.

Alle kollegaer på tre forskellige afsnit igennem disse tre år for I tålmodigt har hørt på meget CBS snak.

## Bilag:

Spørgeguide til gruppen af ledere

### 1-3) Hvad forbinder du med begrebet offentlig værdi: uddybende

**1a)** Man kan se det som offentlig værdiskabende, hvis kunden og udbyderen af den offentlige ydelse indgår i et samarbejdende forhold: F.eks. ved kunden ikke betaler med penge for ydelsen, men med adfærd – hvordan ser du det?

**2a)** Man kan se brugeren af offentlig service som mere end som en forbruger, der søger det bedste for sig selv, men også som en borger, der søger efter hvad der er det bedste for samfundet- hvordan ser du det det?

**3a)** Man kunne se offentlig værdi, som det befolkningen ville opgive for at få noget igen f.eks. hvor meget de ville betale i skat for at få en ydelse, eller betale med sin tid for at arbejde som domsmand. Eller betale personlig ved at give blod eller stå i donorregisteret. Hvordan er du om det?

4) Faldet i indlæggelsestid for hjælperholdsoplæring til hjemmerespiratorbehandling er faldet fra 147 dage på Institution for respirator patienter (IRP) i 2008 til 28 dage på Y14 RCØ Glostrup, dette er et eksempel på resultatet af patientforløbsoptimerings proces

**Udover samfundet har sparet et beløb på behandlingen, hvordan ser du patientforløbsoptimering som værdiskabende for dig som leder.**

5) Af tiltag der har været med til optimer forløbene kan nævnes:

5.1) sygeplejefagligt er der er udviklet kompetencekort, hvorved der foregår struktureret og systematisk oplæring af hjælperholdet under indlæggelsen

5.2) organisatorisk har RCØ bedre kontakt til samarbejdende afdelinger ved personligt fremmøde, pr. telefon, henvisning via hjemmeside, visitation 4 gange pr. uge

**5a) Ser du den skabte værdi via patientforløbsoptimeringsprocesser som en offentlig værdi; en værdi der er større end blot en værdi, der kan bruges til at dække egne behov?** (F.eks. en økonomisk værdi, hvor befolkningen får glæde af økonomisk aktivitet, forretning og ansættelse eller måske social og kulturel værdi, hvor befolkningen får social sammenhængskraft og kulturel identitet ved at få ensartet behandling på sygehuset.

**1) Hvordan ser du patientforløbsoptimeringer som værdiskabende for dit Hospital**

**2) Der er pågået patientforløbsoptimering i RCØ siden 2009, Er der er en fælles forståelse blandt ledere og lægemedarbejdere af hvorfor den strategi har været anvendt?**

**Hvordan er den fælles forståelse opnået?**

**3) Hvordan tror du lægemedarbejderne motiveres af præstationsmål og instrukser** (præstationsmål; at nå en vis produktion hver dag og benytte VIP instrukser)

**4) Kan du se nogen negative konsekvenser af at implementere patientforløbsoptimeringer?**

**5) Hvordan tror du medarbejderne motiveres til at udføre deres arbejde**

a) Af lyst til at udføre arbejdet fordi det er spændende og lærerigt eller



b) Fordi de opnår en gevinst ved det f.eks. penge, præstige eller undgår staf?

**6) Hvordan tror du frihed i arbejdet motivere lægemedarbejderen**

a) Som selvbestemmende læge, hvor autonomi indenfor det faglige rum er vigtigt, der arbejdes inden for rammer via VIP instrukser og arbejdstidsregler

b) Som selvrealiserende læge, hvor frihed ses som potentiale, hvor lægen søger at realisere sig selv i sit arbejde

Spørgeguide til lægemedarbejdere

**1-3) Hvad forbinder du med begrebet offentlig værdi: uddybende**

1a) Man kunne se det som offentlig værdiskabende hvis kunden og udbyderen af den offentlige ydelse indgår i et samarbejdende forhold: F.eks. ved kunden ikke betaler med penge for ydelsen, men med adfærd – hvordan ser du det?

2a) Man kunne se brugeren af offentlig service som mere end som en forbruger, der søger det bedste for en selv men også som en borger, der søger efter hvad der er det bedste for samfundet- hvordan ser du det?

3a) Man kunne se offentlig værdi som det folket ville opgive for at få noget igen f.eks. hvor meget de ville betale i skat for at få en ydelse, eller tid for at arbejde som domsmand, hvis man mente at det var en vigtig funktion. Hvordan ser du det?

4) Et eksempel på resultatet af en af de patientforløbs optimeringsprocesser, der er foregået over de sidste 4 år i RCØ, er faldet i indlæggelsestid for hjælperholdsoplæring til hjemmerespiratorbehandling fra 147 dage på Institution for respirator Patienter (IRP) til 28 dage på Y14 RCØ,

**Udover samfundet har sparet et beløb på behandlingen, hvordan ser du patientforløbsoptimering som værdiskabende for dig som lægemedarbejder**

5) Af tiltag der har været med til optimer forløbene kan nævnes gives følgende eksempler:

5.1) organisatorisk har RCØ udviklet spor til opdeling af patientgruppen, hvilket giver større overblik over sengepladserne og letter indkaldelsesproceduren

5.2) sygeplejefagligt er der er udviklet kompetencekort, hvorved der foregår struktureret og systematisk oplæring til hjælp for oplæring af hjælperholdet

5.3) organisatorisk har RCØ bedre kontakt til samarbejdende afdelinger ved personligt fremmøde, pr. telefon, henvisning via hjemmeside, visitation 4 gange pr. uge

5a) **Ser du den skabte værdi via patientforløbsoptimeringsprocesser som en offentlig værdi; en værdi der er større end blot en værdi, der kan bruges til at dække egne behov?** (F.eks. en økonomisk værdi, hvor befolkningen får glæde af økonomisk aktivitet, forretning og ansættelse eller måske social og kulturel værdi, hvor befolkningen får social sammenhængskraft og kulturel identitet ved at få ensartet behandling på sygehuset.

1) **Hvordan har du oplevet samarbejdet mellem RCØ og andre ITA afsnit/eget ITA afsnit over de sidste år?**

2) **Har der været områder, hvor du gerne så et forbedret samarbejde fagligt som kommunikativt?**

**3) RCØ har ønsket at forbedre den faglige og kommunikative side af samarbejdet mellem andre ITA afdelinger og sengeafsnit.**

Der bliver lavet workshop her i november over forløb, hvor patienten indlagt på lokal intensiv afsnit på at få oplært hjælpere i RCØ regi. Flere aspekter af disse forløb søges opklaret. Målet er, vi skal optimere forløbene så der bringes værdi til patienten, til ITA, RCØ og i sidste instans til Region H

**3a) Hvordan oplever du behovet for at optimere disse forløb?**

**4) Hvordan forestiller du dig samarbejdet mellem RCØ og andre intensiv afdelinger skulle foregå, hvis du skulle om designe samarbejdet?**

Hvis muligt tidsmæssigt kan suppleres med:

**5) Vi får nu en udredningsgaranti, det betyder vi hurtigere skal modtage patienterne til udredning. Hvordan vil det ændre dit syn på samarbejdet mellem RCØ og andre afdelinger?**

**6) Vi får fra januar 2014 mulighed for at indlægge to patienter af gangen på RCØ med medicinske problemstillinger. Til det kobles 0.5 sengeplads på ITA Glostrup**

**6a) Hvordan tror du det vil ændre vores samarbejdsrelation**

**6c) Hvordan ser du et behov for at lave patientforløbsoptimeringer i den fase?**

Spørgeguide til patienter

**1-3) Hvad forbinder du med begrebet offentlig værdi: uddybende**

**1a)** Man kunne se det som offentlig værdiskabende hvis kunden og udbyderen af den offentlige ydelse indgår i et samarbejdende forhold: F.eks. ved kunden ikke betaler med penge for ydelsen, men med adfærd – hvordan ser du det?

**2a)** Man kunne se brugeren af offentlig service som mere end som en forbruger, der søger det bedste for selv men også som en borger, der søger efter hvad der er det bedste for samfundet- hvordan ser du det?

**3a)** Man kunne se offentlig værdi som det folket ville opgive for at få noget igen f.eks. hvor meget de ville betale i skat for at få en ydelse, eller tid for at arbejde som domsmand, hvis man mente at det var en vigtig funktion. Hvordan ser du det ?

4) Et eksempel på resultatet af en af de patientforløbs optimeringsprocesser, der er foregået over de sidste 4 år i RCØ, er faldet i indlæggelsestid for hjælperholdsoplæring til hjemmerespiratorbehandling fra 147 dage på Institution for respirator patienter (IRP) til 28 dage på Y14 RCØ,

**Udover samfundet har sparet et beløb på behandlingen, hvordan ser du patientforløbsoptimering som værdiskabende for dig som patient?**

5) Af tiltag der har været med til at optimere forløbene kan nævnes gives følgende eksempler:

5.1) organisatorisk har RCØ udviklet spor til opdeling af patientgruppen, hvilket giver større overblik over sengepladserne og letter indkaldelsesproceduren

5.2) sygeplejefagligt er der udviklet kompetencekort, hvorved der foregår struktureret og systematisk oplæring til hjælp for oplæring af hjælperholdet

5.3) organisatorisk har RCØ bedre kontakt til samarbejdende afdelinger ved personligt fremmøde, pr. telefon, henvisning via hjemmeside, visitation 4 gange pr. uge

5a) **Ser du den skabte værdi via patientforløbsoptimeringsprocesser som en offentlig værdi; en værdi der er større end blot en værdi, der kan bruges til at dække egne behov?** (F.eks. en **økonomisk værdi**, hvor befolkningen får glæde af økonomisk aktivitet, forretning og ansættelse eller måske **social og kulturel værdi**, hvor befolkningen får social sammenhængskraft og kulturel identitet ved at få ensartet behandling på sygehuset.

## MPG-A

### Spørgeguide til lægemedarbejdere

#### **1-3) Hvad forbinder du med begrebet offentlig værdi: uddybende**

Tid: 0:19- 0:50

Det er et svært spørgsmål, offentlig værdi er noget, der gavner os alle sammen, det er noget som alle kan trække på.

**1a)** Man kunne se det som offentlig værdiskabende, hvis kunden og udbyderen af den offentlige ydelse indgår i et samarbejdende forhold: F.eks. ved kunden ikke betaler med penge for ydelsen, men med adfærd – hvad mener du om det?

Tid: 1:16- 1:23

Nej det giver ikke mening,

**2a)** Man kunne se brugeren af offentlig service som mere end som en forbruger, der søger det bedste for en selv men også som en borger, der søger efter hvad der er det bedste for samfundet- hvad mener du om det?

Tid: 1:35- 1:46

Jo det giver mere mening, det er jeg enig i.

**3a)** Man kunne se offentlig værdi, som det folket ville opgive for at få noget igen f.eks. hvor meget de ville betale i skat for at få en ydelse, eller tid for at arbejde som domsmand, hvis man mente at det var en vigtig funktion. Hvad mener du om det?

Tid: 2:12-2:29

Ja jeg mener godt man kan se offentlig værdi sådan, ja det er noget vi giver til vores fællesskab om det er penge eller frivilligt arbejde det er det samme.

4) Et eksempel på resultatet af en af de patientforløbs optimeringsprocesser, der er foregået over de sidste 4 år i RCØ, er faldet i indlæggelsestid for hjælperholdsoplæring til hjemmerespiratorbehandling fra 147 dage på Institution for respirator patienter (IRP) til 28 dage på Y14 RCØ,

**Udover samfundet har sparet et beløb på behandlingen, hvordan ser du patientforløbsoptimering som værdiskabende for dig som lægemedarbejder**

Tid: 3:06-3:59

Det gør arbejdet lettere, men jeg ser det også som gavnligt for patienten, der hurtigere kommer tilbage i eget hjem, og vi har også mulighed for at tage flere patienter ind, patienterne får hurtigere deres hjælperhold, så de hurtigere kan komme væk fra hospitalet i deres egen bolig.

5) Af tiltag der har været med til optimer forløbene kan nævnes gives følgende eksempler:

5.1) Organisatorisk har RCØ udviklet spor til opdeling af patientgruppen, hvilket giver større overblik over sengepladserne og letter indkaldelsesproceduren.

5.2) Sygeplejefagligt er der udviklet kompetencekort, hvorved der foregår struktureret og systematisk oplæring til hjælp for oplæring af hjælperholdet.

5.3) Organisatorisk har RCØ bedre kontakt til samarbejdende afdelinger ved personligt fremmøde, pr. telefon, henvisning via hjemmeside, visitation 4 gange pr. uge.

**5a) Ser du den skabte værdi via patientforløbsoptimeringsprocesser som en offentlig værdi; en værdi der er større end blot en værdi, der kan bruges til at dække egne behov?** (F.eks. en **økonomisk værdi**, hvor befolkningen får glæde af økonomisk aktivitet, forretning og ansættelse eller måske **social og kulturel værdi**, hvor befolkningen får social sammenhængskraft og kulturel identitet ved at få ensartet behandling på sygehuset.

Tid: 5:54-6:37

Ja det er rigtigt, det giver en tryghed, at man ved, man bliver behandlet rigtigt og godt på sygehus og at man kan blive boende derhjemme med sådan et hjælperhold, og at man får samfundsstøtte, så man kan få et godt og uafhængigt liv,

**1) Hvordan har du oplevet samarbejdet mellem RCØ og andre ITA afsnit/eget ITA afsnit over de sidste år?**

Tid: 7:03-8:20

Samarbejdet med Glostrups Intensiv afdeling er godt fungerende, men samarbejdet mellem os og de andre intensiv afdelinger er ikke så godt, der var problemer i kommunikationen, de vidste ikke hvem, de skulle tale med, og vi havde heller ikke nogle kontaktpersoner på de andre afsnit. Der var altid problemer med vurdering af patienterne, de andre læger på intensiv afdelingerne vidste ikke rigtig, hvad vores rolle var. Hvad går det ud på med et hjælperhold og så fik de også forkerte informationer, så de havde forkerte forventninger til behandlingen på RCØ, som RCØ ikke kunne opfylde, og det har nogle gange gjort arbejdet meget svært og ikke altid rart at arbejde i.

## **2) Har der været områder, hvor du gerne så et forbedret samarbejde fagligt som kommunikativt?**

Tid: 8:29-9:30

Kommunikationsmæssigt var der et stort behov for de samarbejdende afdelinger at vide hvad vi kunne tilbyde. Det er vigtigt at lægerne på de andre afdelinger bliver introduceret til hvad vi kan tilbyde patienterne, hvor lang tid en hjælperoplæring tager, og alle de praktiske spørgsmål.

## **3) RCØ har ønsket at forbedre den faglige og kommunikative side af samarbejdet mellem andre ITA afdelinger og sengeafsnit.**

Der bliver lavet workshop her i november over forløb, hvor patienten indlagt på lokal intensiv afsnit på at få oplært hjælpere i RCØ regi. Flere aspekter af disse forløb søges opklaret.

Målet er, vi skal optimere forløbene så der bringes værdi til patienten, til ITA, RCØ og i sidste instans til Region H

## **3a) Hvordan oplever du behovet for at optimere disse forløb ?**

Tid: 10:00- 10:48

Behovet er der, for os skal det være mere struktureret, der skal være en fast kontaktperson på hver afdeling, som man kan trække på, hvis der er problemer, og det er også mere nødvendigt at vi kommer mere ud og diskutere de enkelte patienter på ITA afdelingerne, også for at svare på patienternes spørgsmål, og vi kan beskrive, hvordan der er at være hjemme med et hjælperhold og en respirator, Der er et stort behov for at få optimeret forløbene.

## **4) Hvordan forestiller du dig samarbejdet mellem RCØ og andre intensiv afdelinger skulle foregå, hvis du skulle om designe samarbejdet?**

Tid:10:59-11:57

Der skal være en kontaktperson på RCØ og en tilsvarende på ITA afdelingen og de skal vide meget om, hvordan vi arbejder, og den person kan måske komme hos os 2-3 dage og se hvordan vi arbejder, men også med mulighed for at møde nogle patienter og hjælpere, samarbejdet skal være meget direkte.

Kontaktpersonen hos os skal tage regelmæssigt ud til patienten

## **Hvis muligt tidsmæssigt kan suppleres med:**

## **5) Vi får nu en udredningsgaranti, det betyder vi hurtigere skal modtage patienterne til udredning**

### **Hvordan vil det ændre dit syn på samarbejdet mellem RCØ og andre afdelinger?**

Tid:12:15-13:02

Vi skal til at arbejde bedre sammen, nu skal vi tage patienterne hurtigere ind, og det bliver tydeligt, at vi nu behøver en direkte kommunikation, og vi har brug for en ordentlig vurdering af patienten, fra lægen der arbejder på den anden intensiv afdeling, vi har behov for ressourcer, fordi det kræver tid at komme ud på de andre

sygehuse, for at se patienten og tale med ham og forklare ham hvordan indlæggelsen hos os skal foregå, og hvordan livet der hjemme kan ske når han kommer hjem.

**6) Vi får fra januar 2014 mulighed for at indlægge to patienter af gangen på RCØ med medicinske problemstillinger. Til det kobles 0.5 sengeplads på ITA Glostrup**

**6a) Hvordan tror du det vil ændre vores samarbejdsrelation**

Tid: 13:22- 14:21

Ja så bliver vi nød til at arbejde tæt sammen, og det bliver dejligt for patienterne, de har ikke altid følt sig tryk på andre afdelinger, de har de givet udtryk for, og nu får vi så mulighed for at tage dem ind hvis de har en lungebetændelse, og ja måske ikke helt stabil, så har vi mulighed for at behandle dem, på Glostrup intensiv afdeling, og vi har mulighed for med egne øjne at vurdere hvordan deres situation er, fra dag til dag og så når den er stabil nok så kan vi tage patienten tilbage til RCØ og justere i respirator indstillinger, det vil skabe et mere tæt samarbejde imellem de forskellige intensiv afdelinger og RCØ,

**6c) Hvordan ser du et behov for at lave patientforløbsoptimeringer i den fase?**

Tid: 14:28-

Ja det kan da godt være det er jo altid godt at optimere, at indlæggelsen bliver så kort som muligt og så godt som muligt,

MPG-B

## Spørgeguide til lægemedarbejdere

**1-3) Hvad forbinder du med begrebet offentlig værdi: uddybende**

Tid 0:26- 1:20

Taler vi sygehus sektor?

Altså yder vi noget, der er cost benefit, vi udnytter ressourcerne godt og vi tænker hele tiden på hvordan vi kan optimere det, det arbejde jeg udfører giver jo værdi, men jeg har også en etisk forpligtelse som samfundsborger at udnytte ressourcerne bedst muligt,

Men der jo også en masse kultur ting der er offentlig værdi, der er en masse offentlige skatte: biblioteker og skoler og tjenester; service ydelser, mortorveje infrastruktur, vand, klorark

**1a)** Man kunne se det som offentlig værdiskabende hvis kunden og udbyderen af den offentlige ydelse indgår i et samarbejdende forhold: F.eks. ved kunden ikke betaler med penge for ydelsen, men med adfærd – hvad mener du om det?

Tid:1:36- 2:00

At opføre sig hensigtsmæssigt inden for sundhedssystemet, møde op til tiden.

Jeg går faktisk ind for bruger betaling, ikke for at hive penge op af patienterne lommer men fordi jeg ønsker en skærpet opmærksomhed på det. Bruger betaling vil være genialt bare en lille bitte smule.

**2a)** Man kunne se brugeren af offentlig service som mere end som en forbruger, der søger det bedste for en selv men også som en borger, der søger efter hvad der er det bedste for samfundet- hvad mener du om det?

Tid: 2:10- 2:38

Jeg tror ikke folk tænker sådan, jeg tror ikke de er klar over hvor stor en samfundsbyrde det bliver hvis man ikke behandler en sygdom i tide, det kræver et andet overblik tror jeg for at være ærlig, jeg tror bare de tænker bare på der er noget i vejen, de tænker ikke på hvor meget værre det kan blive, ikke når de primært søger hjælp.

**3a)** Man kunne se offentlig værdi som det folket ville opgive for at få noget igen f.eks. hvor meget de ville betale i skat for at få en ydelse, eller tid for at arbejde som domsmand, hvis man mente at det var en vigtig funktion. Hvad mener du om det?

Tid: 2:58- 3:40

Ja det giver fint mening at se det som offentlig værdi, vi har nogle i familien som er bloddonorer, det er måske normal altruisme men jeg er sikker på det også har noget at gøre med social sammenhængskraft, i min familie er vi opmærksom på hvad vi får for skatten, vi har familie i andre lande og vi er meget opmærksomme på hvad vi får for vores skat. Vi brokker os ikke over hvad vi betaler i skat. Det bliver ikke altid bedre i de andre lande, selv om du ikke betaler så meget i skat.

4) Et eksempel på resultatet af en af de patientforløbs optimeringsprocesser, der er foregået over de sidste 4 år i RCØ, er faldet i indlæggelsestid for hjælperholdsoplæring til hjemmerespiratorbehandling fra 147 dage på Institution for respirator patienter (IRP) til 28 dage på Y14 RCØ,

Tid: 4:24- 5:29

Jeg ser det som fantastisk værdi skabende, fordi man føler det er effektivt det man laver og man spilder ikke sin tid som patient. Jeg synes det er virkeligt vigtigt, jeg tror ikke altid patienten lægger så meget vægt på hvordan resultatet bliver, de se mere på hvordan resultatet kom frem, hvor effektivt og hvor venligt og så videre, så optimering af patientforløb er vigtigt for alle

Man bliver også mere glad som for sit arbejde, det værste i verden er at være frustreret over sit arbejde, at man ikke kan nå det eller må nå det på en dårlig måde, men det kan også være lidt papir krævende nå alt skal skrives ned i detaljer, der er meget skriftligt i det optimeringsarbejde, og mange gange er det ikke klinisk arbejdende personer der sidder og laver optimeringsprocesser og det gør at man mangler ejerskab for at lave processen og at man er lidt langt væk fra processen,

De kliniske medarbejdere er væsentlige fødselshjælpere fordi de ved hvordan man skal strukturere processen,

### **Udover samfundet har sparet et beløb på behandlingen, hvordan ser du patientforløbsoptimering som værdiskabende for dig som lægemedarbejder**

5) Af tiltag der har været med til optimer forløbene kan nævnes gives følgende eksempler:

5.1) organisatorisk har RCØ udviklet spor til opdeling af patientgruppen, hvilket giver større overblik over sengepladserne og letter indkaldelsesproceduren

5.2) sygeplejefagligt er der udviklet kompetencekort, hvorved der foregår struktureret og systematisk oplæring til hjælp for oplæring af hjælperholdet

5.3) organisatorisk har RCØ bedre kontakt til samarbejdende afdelinger ved personligt fremmøde, pr. telefon, henvisning via hjemmeside, visitation 4 gange pr. uge

5a) **Ser du den skabte værdi via patientforløbsoptimeringsprocesser som en offentlig værdi; en værdi der er større end blot en værdi, der kan bruges til at dække egne behov?** (F.eks. en **økonomisk værdi**, hvor befolkningen får glæde af økonomisk aktivitet, forretning og ansættelse eller måske **social og kulturel værdi**, hvor befolkningen får social sammenhængskraft og kulturel identitet ved at få ensartet behandling på sygehuset.

Tid: 6:25- 7:10

Der er en medarbejder værdi fordi man bliver mere glad for sit arbejde, Jeg har jo ikke været på RCØ efter den optimering er sket men jeg kan lave en analogi til hvordan vi har det her, hvor der er nogle der har en større viden om enkelte områder og får lov til at deltage i optimeringsprocesser. Det giver en større værdi for medarbejderne at være med at optimere, hvis den enkelte formår det, det gavner da også en værdi for patienterne og for personalet så ja jeg synes det giver en offentlig værdi, men det er jo ikke det man klassisk forstår ved offentlig værdi; Når jeg ser det nye RCØ hvor stjernerne eller gangene går ud fra jeres klinik så synes jeg det er godt det er gjort på denne måde. Det konsolidere kompetencerne.

### **1) Hvordan har du oplevet samarbejdet mellem RCØ og andre ITA afsnit/eget ITA afsnit over de sidste år?**

Tid: 7:29-8:10

Altid godt og endnu bedre nu og det har også noget at gøre med dig og Tina og nye friske øjne, jeg synes nu også tidligere at det fungerede fint, men der har altid været imødekommenhed og I har været søde og venlige og I har været lette at få fat i. Man har kunne maile og måske er det fordi jeg har været der før, en gang RCØ altid RCØ. Jeg er en del af familien.



## **2) Har der været områder, hvor du gerne så et forbedret samarbejde fagligt som kommunikativt?**

Tid: 8:14- 9:41

Ja det er et godt spørgsmål,

Fagligt; ja mindre ventetid, og alligevel ventetiden bliver jo også brugt jeg vil gerne have,

Jeg vil gerne bruge ventetiden konstruktivt, jeg ønsker at tune patienten mere ind på RCØ, lige nu synes jeg har nogle patienter der venter, men generelt synes jeg at der ikke er tale om ventetid, de mangler at blive trukket i væske de er ikke klar, det er ikke så tit er de er klar og så venter vi bare.

Kommunikativ: ja jeg kunne ikke lige finde tingene på VIP, men så gik jeg over på Glostrups Hjemmeside og så fandt jeg alt, så det fungerer fint.

Den geografiske nærhed synes jeg ikke har betydet noget lige nu, det er lige før det er blevet bedre nu kommer I formelt på tilsyn, før var I jo der bare men det var jo ikke altid at I alligevel kom på tilsyn. Nu er det ikke random walk, nu er det organiseret.

Men jeg tror at I må savne os speciale-mæssigt!

## **3) RCØ har ønsket at forbedre den faglige og kommunikative side af samarbejdet mellem andre ITA afdelinger og sengeafsnit.**

Der bliver lavet workshop her i november over forløb, hvor patienten indlagt på lokalt intensiv afsnit på at få oplært hjælpere i RCØ regi. Flere aspekter af disse forløb søges opklaret.

Målet er, vi skal optimere forløbene så der bringes værdi til patienten, til ITA, RCØ og i sidste instans til Region H

## **3a) Hvordan oplever du behovet for at optimere disse forløb ?**

Tid: 10:15-10:36

Det handler meget om den faglige optimering af patienten i vente tiden, men jeg tror også at vores personale, når jeg ikke er der, så har de brug for at vide hvad I kan og ikke kan, jeg tror noget skriftligt materiale vil være godt, sådan en pjece, og det er jo egentlig åndsvagt men folk går jo ikke altid på Vip og læser så det er ikke så tosset med en pjece og hvis man kunne lave en transitions pjece så ville det være fint

## **4) Hvordan forestiller du dig samarbejdet mellem RCØ og andre intensiv afdelinger skulle foregå, hvis du skulle om designe samarbejdet?**

Tid: 11:29-13:59

Så ville jeg ønske at I kunne tage patienterne inden de var afvandet, men så begynder det jo at blive små intensivt og det er jo bare ønske tænkning

Så hvis vi tager visitationen nu, så begynder det jo at ligne noget nu: vi har nogle klare visitations kriterier; der er en hjemme side hvor man kan læse lidt mere, der er strukturelt tilsyn, der er mail kontakt, men jeg ville ønske I skred i opus, så selv om jeg var væk, så vidste alle hvornår I kom igen, vi skal tale samme i opus selvfølgelig

kan vi tales ved men, og så bliver der fulgt op og så kommer der skriftlig og mundtlig information, ja sådan lidt checkliste-agtigt hvad kan vi gøre inden patienten skal på RCØ, heldigvis har ikke så stort et turnover i Jeres afsnit så I kan komme lidt mere ud.

### **Hvis muligt tidsmæssigt kan suppleres med:**

#### **5) Vi får nu en udredningsgaranti, det betyder vi hurtigere skal modtage patienterne til udredning**

**Hvordan vil det ændre dit syn på samarbejdet mellem RCØ og andre afdelinger?**

Tid: 14:09

Ja vi vil synes, I er endnu mere fantastiske

#### **6) Vi får fra januar 2014 mulighed for at indlægge to patienter af gangen på RCØ med medicinske problemstillinger. Til det kobles 0.5 sengeplads på ITA Glostrup**

Tid: 14:45

#### **6a) Hvordan tror du det vil ændre vores samarbejdsrelation**

Ikke meget, I kan jo ikke tage alt hvad vi beder om, vi kunne måske tænke at så kan vi bare flytte dem derud nu hvor det også er intensiv funktion ja OK det sker ikke, Det skal defineres meget nøje, ellers gør I Jer selv en bjørnetjeneste, alt skal være aftalt i petitesser, reappen har gjort det, de har to sengepladser til cuffede tuber, men kun det problem alt andet skal være i orden, det nytter ikke noget at aflevere en patient 20 I i overskud, så går der jo dobbelt så langt tid, det kommer ikke til at fungere afvanding skal foregå med furix infusion og Noradrenalin.

#### **6c) Hvordan ser du et behov for at lave patientforløbsoptimeringer i den fase?**

Når I har haft nogle patienter, der ikke var helt klare og vi har hørt om det så vil vi bliver mere klar over hvad der er behov for.

Kendskab til hinanden og så en Qvick guide for dem der kun er her i 3 mdr. eller som ikke interesserer sig for sagen.

## **MPG-C**

### **Spørgeguide til lægemedarbejdere**

#### **1-3) Hvad forbinder du med begrebet offentlig værdi: uddybende**

Tid 0:26

Det var et svært spørgsmål

**1a)** Man kunne se det som offentlig værdiskabende hvis kunden og udbyderen af den offentlige ydelse indgår i et samarbejdende forhold: F.eks. ved kunden ikke betaler med penge for ydelsen, men med adfærd – hvad mener du om det?

Tid: 1:07- 2:35

Nej det tænker jeg ikke som offentlig værdi, jeg tænker patienten har jo allerede betalt sin skat, så jeg synes ikke man skylder noget med sin adfærd, men jeg synes da

det er ønskværdigt hvis man opfører sig ordentligt, sådan almindelig menneskelig god tone, men jeg synes ikke man ellers skal betale, Men måske er det ok hvis man prøver at ændre sin adfærd som patient m.h.p. at blive rask, og det er også ok at man kommer til sin tid på sygehuset, eller man melder afbud, man bliver ikke bare væk. Jo det skylder man samfundet, der stiller en ydelse til rådighed som er dyr og så synes jeg også man som patient har en forpligtelse til at gøre sit for at blive rask. Man skal have en vilje til at blive rask.

**2a)** Man kunne se brugeren af offentlig service som mere end som en forbruger, der søger det bedste for en selv men også som en borger, der søger efter hvad der er det bedste for samfundet- hvad mener du om det?

Tid: 2:49- 3:54

De fleste vil nok søge det der er bedst for en selv, og det synes jeg også giver mest mening, men jeg synes også man er en del af et samfund, den enkelte kan ikke bare få, for der skal også være noget til de andre, det er i øvrigt en diskussion man ikke har haft i Danmark, hvad der er råd til og hvad der ikke er råd til, men der er ikke råd til det hele. Men det kan selvfølgelig også være meget svært hvis man er meget syg så at få at vide at den ydelse kan du ikke få for der skal også være til de andre.

**3a)** Man kunne se offentlig værdi som det folket ville opgive for at få noget igen f.eks. hvor meget de ville betale i skat for at få en ydelse, eller tid for at arbejde som domsmand, hvis man mente at det var en vigtig funktion. Hvad mener du om det?

Tid: 3:56-5:20

Ja sådan synes jeg man især kan se offentlig værdi, og jeg tror også i dette land der er en ret stor vilje til at give noget af en selv, f.eks. indvilger alle jo i at betale skat, og det er man jo ikke herre over, men der er også ret meget frivilligt arbejdskraft, der er mange der gør noget ekstra, og det synes jeg er en ret stor offentlig værdi,

4) Et eksempel på resultatet af en af de patientforløbs optimeringsprocesser, der er foregået over de sidste 4 år i RCØ, er faldet i indlæggelsestid for hjælperholdsoplæring til hjemmerespiratorbehandling fra 147 dage på Institution for respirator patienter (IRP) til 28 dage på Y14 RCØ,

**Udover samfundet har sparet et beløb på behandlingen, hvordan ser du patientforløbsoptimering som værdiskabende for dig som lægemedarbejder**

Tid: 5:58- 7:35

Jeg synes det har en stor værdi at tingene bliver effektiviseret, både for mig som medarbejder giver det en tilfredsstillelse at der sker noget, at det ikke bare kører i tomgang, men i forhold til patienterne er det vigtigt for lad os sige den gennemsnitlige indlæggelsestid på 28 dage, det synes de også er lang tid, jeg har ikke været med til det har taget mere end 100 dage, men det må mindske frustrationer fra patienterne over de ikke kan komme hjem. For i den situation er de jo ikke indlagt fordi de er syge, for det accepterer patienter jo, men de synes det er rigtig svært at være indlagt når de ikke er syge, udover deres grundsygdom. Der er

flere af patienterne der giver udtryk for at de er i fængsel. Der er ting de plejer at gøre, men så snart de træder indenfor vores døre så kan det ikke lade sig gøre, på grund juridiske forhold omkring ansvar så må de ikke noget som helst på egen hånd. Det synes de er rigtig rigtigt svært. Men det må da gøre det bedre at det kun tager 28 dage.

5) Af tiltag der har været med til optimer forløbene kan nævnes følgende eksempler:

5.1) organisatorisk har RCØ udviklet spor til opdeling af patientgruppen, hvilket giver større overblik over sengepladserne og letter indkaldelsesproceduren

5.2) sygeplejefagligt er der er udviklet kompetencekort, hvorved der foregår struktureret og systematisk oplæring til hjælp for oplæring af hjælperholdet

5.3) organisatorisk har RCØ bedre kontakt til samarbejdende afdelinger ved personligt fremmøde, pr. telefon, henvisning via hjemmeside, visitation 4 gange pr. uge

**5a) Ser du den skabte værdi via patientforløbsoptimeringsprocesser som en offentlig værdi; en værdi der er større end blot en værdi, der kan bruges til at dække egne behov?** (F.eks. en **økonomisk værdi**, hvor befolkningen får glæde af økonomisk aktivitet, forretning og ansættelse eller måske **social og kulturel værdi**, hvor befolkningen får social sammenhængskraft og kulturel identitet ved at få ensartet behandling på sygehuset.

Tid: 8:53- 11:08

Jeg tror den offentlige værdiskabelse i det her, er det økonomiske at de er indlagt mindre, og det må jo give flere penge et andet sted. Men jeg tror at den ensartethed generer patienterne mere end det gavner, de føler sig virkelig puttet ned i en kasse, og for at i imødegå det bruger vi mange ressourcer på at lave dispensationer på at lave dispensationer for at i møde gå det. For at i mødekomme patienternes behov. De har ekstremt meget behov for ikke at føle sig rubriceret si ind i den her kasse. De har behov for at føle sig anderledes, og så er systemet jo at hver gang de ønsker det så skal det skrives ned og det bruger vi ret lang tid på.

Så der også et tab af værdi i dette her.

Men alt andet lige så sparer man altså tid på at forløbene er blevet kortere, men ensartetheden ryger så fordi vi laver alle de krumspring. På den måde bliver det ret svært at gennemskue om kvaliteten egentlig er der, der er mange dispensationer for hvor mange hjælpere skal kunne en procedure

**1) Hvordan har du oplevet samarbejdet mellem RCØ og andre ITA afsnit/eget ITA afsnit over de sidste år?**

Tid: 11:30-12:45

Jeg har ikke det store indtryk af samarbejdet med de andre afdelinger, men jeg synes samarbejdet med vores egen intensiv har været godt. De stiler op i vagterne og viser interesse for at lære om hvad vores afdeling er for en.

Og med de afdelinger der kender os synes jeg vi har et godt samarbejde, men det er straks sværere med andre afdelinger, der ikke kender os og dem er der ret mange af. Så bliver samarbejdet vanskeliggjort af de ikke rigtig ved hvad vi er for nogle. F.eks. Rigshospitalet kender os ret godt og ved hvad vi kan og vores egen neurologiske afdeling kender os også ret godt, men så er der alle de andre. De forstår ikke hvornår de skal henvise og de forstår heller ikke hvad vores begrænsninger er.

## **2) Har der været områder, hvor du gerne så et forbedret samarbejde fagligt som kommunikativt?**

Tid: 12:56- 14:15

Ja men dels er det lidt uklart for dels mig selv hvordan patienterne havner her, det synes lidt tilfældigt når man taler med patienterne og om de havner her. Der er nogle patientkategorier som kunne have gavn af at komme her som ikke kommer her og så er der måske patientkategorier der kommer her lidt for meget. Det virker som nogle bruger os som et sted hvor man kan komme af med en patient, ja den sag kan respirationscenteret lige tage sig af,

Så der er helt sikkert faglig og kommunikativt behov for en opgradering, vi har brug for en skarpere faglig profil, med hvilken behandling vi tilbyder og til hvem. Og det skal jo så kommunikeres ud. F.eks. til lunge medicinske afdelinger, der er ikke så mange der egentlig benytter os, og så tror jeg der er mange intensive afdelinger, der benytter os som sådan et sted hvor man kan placere patienten, det kunne være rart hvis vi overtog patienten.

## **3) RCØ har ønsket at forbedre den faglige og kommunikative side af samarbejdet mellem andre ITA afdelinger og sengeafsnit.**

Der bliver lavet workshop her i november over forløb, hvor patienten indlagt på lokale intensiv afsnit på at få oplært hjælpere i RCØ regi. Flere aspekter af disse forløb søges opklaret.

Målet er, vi skal optimere forløbene så der bringes værdi til patienten, til ITA, RCØ og i sidste instans til Region H

Tid: 14:52-17:30

Især omkring Børne patienterne er der et behov for at få optimeret informationen af forældrene inden de kommer på RCØ, Jeg kunne godt tænke mig der blev lavet en pjece, hvor vi samlede vores erfaringer om de frustrationer forældrene har når de kommer til os, der er forskellige frustrationer, men meget af det kan koges ned til at de ikke er blevet informeret om hvad der skal ske når de kommer ind til os.

Procedurene biler pludselig ændret, de har været vandt til hvordan RH 5061 gjorde; skiftet tube og lavet pleje på en måde og blevet lært op i det og de har typisk også fået lov til at tage hjem med deres børn og så kommer de her og så må de pludselig ikke tage hjem med deres børn længere før hjælperne er oplært, og det bliver de frustreret over,

Jeg synes man skal holde fast i det, men også anerkende at de har gjort noget selvstændigt i flere måneder og så kommer de herud og så får de indtrykket af det ikke er godt nok det de gør, selv om vi bare siger at vi bare vil have de gør det på vores måde.

Så er de ikke blevet informeret om maden er anderledes foregår på en anden måde alle sådan nogle ting; man kunne godt lave en video hvor man viste de fysiske rammer, men også et tilbud om at de kunne komme på besøg inden de blev indlagt, sådan så det hele ikke var nyt.

Vi har det alle sammen sådan at vi bliver lidt indforståede når vi ved noget om det. Vi bruger nogle ord og nogle sætninger men senere finder man ud af patienten har opfattet det på en hel anden måde. Man tror jo man har informeret om alt, man tror man har sagt det hele, men så bliver de rigtig frustreret over de har forstået det på en hel anden måde.

### **3a) Hvordan oplever du behovet for at optimere disse forløb?**

### **4) Hvordan forestiller du dig samarbejdet mellem RCØ og andre intensiv afdelinger skulle foregå, hvis du skulle om designe samarbejdet?**

Tid: 17:56- 18:42

Der er informationen af patient og pårørende jo også vigtig, måske også lige så meget læger og sygeplejersker der skal have en folder om hvad vi kan. Hvornår er patienten klar til overflytning, for vi er jo ikke en intensiv afdeling som der er mange der tror vi er, fordi vi jo har respiratorer så er det jo svært ikke at sidestille det med noget halvintensivt, vi er overhovedet ikke gearret til patienter, der er den mindste smule ustabile og det er meget vigtigt at det bliver kommunikeret ud.

### **Hvis muligt tidsmæssigt kan suppleres med:**

### **5) Vi får nu en udredningsgaranti, det betyder vi hurtigere skal modtage patienterne til udredning**

#### **Hvordan vil det ændre dit syn på samarbejdet mellem RCØ og andre afdelinger?**

Tid: 18:56- 21:11

Jeg tror ikke udrednings garantien vil ændre mit syn, men der bliver et større behov for samarbejde, jeg tror der bliver et øget behov for tæt samarbejde med de andre afdelinger og et behov for afdelingerne ved hvornår de skal henvise til os, et eksempel er den patient, som vi måtte sende retur, fordi vi vurderede han var for ustabil, og han var jo lidt jappet igennem visitationen, han hørte under den nye udrednings garanti, hvor det primære fokus er at det bare skal gå hurtigt og det synes jeg ikke er meningen, det skal stadig være et ordentligt stykke arbejde. Dermed bliver der også et øget krav til os at vi bliver skarpere på at gennemskue de enkelte patient forløb, er patienten klar til at komme til udredning hos os, eller må vi melde tilbage at den patient kan vi først se, når han er blevet behandlet færdig. Det er vigtigt at sige at det ikke er os der skal behandle patienterne færdigt, det skal den henvissende afdeling.

Udredningsgarantien er ikke en ventil for andre afdelinger så de kan komme af med deres patienter, for nu skal RCØ tage imod patienterne indenfor en måned.

**6) Vi får fra januar 2014 mulighed for at indlægge to patienter af gangen på RCØ med medicinske problemstillinger. Til det kobles 0.5 sengeplads på ITA Glostrup**

**6a) Hvordan tror du det vil ændre vores samarbejdsrelation**

Tid: 21:40

Jeg tror det bliver en stor udfordring, for nu får vi netop patienter der kan fejle alt muligt uafklaret og ustabile, så jeg er ikke helt sikker på jeg synes det er en god ide. Det kræver opgradering af sygeplejefaglige og lægefaglige kompetencer at modtage en ny patientkategori, ja for vi kommer jo til at modtage en patient kategori af patienter som vi ikke ved hvad fejler.

Og det er jo også princippet på en intensiv afdeling, der står man jo for den kredsløbs og respiratoriske behandling og så fejler patienterne jo så alt muligt andet som grund til de blev syge, og det er jo lidt det samme princip vi skal bruge. Men det er jeg bare ikke helt sikker på at denne afdeling er gearet til at klare. For det er ikke hverken en halv eller hel intensiv afdeling, så vi bliver nødt til at forestille os vi behøver en faglig opgradering, så vi kommer til at ligne et mere intensivt afsnit. Og vi bliver nødt til at have et meget stærkt samarbejde med medicinsk afdeling her på sygehuset. Der skal nogle samarbejdsaftaler mellem os og de medicinske afdelinger på plads,. Det er vigtigt hvis det samarbejde kører af sig selv, det bliver for farligt hvis vi skal udbede os et tilsyn, for hvis det er en sygdom vi ikke kender så er det jo ikke sikkert at vi efterspørger medicinsk hjælp, eller tilsyn. Vi skal sikre os at patienterne bliver tilset af læger der har speciale, i deres sygdom,

**6c) Hvordan ser du et behov for at lave patientforløbsoptimeringer i den fase?**

Tror du der er behov for at lave patientforløbs optimeringer i den fase.

Jeg tror absolut det er vigtigt at optimerede forløb inden de sættes i gang, især er det vigtigt at der er nogle aftaler med samarbejdsparter der skal være på plads. Og så er det vigtigt at når man så går igen så vil der være løbende behov for at rette tingene til, det kan vel ligne andre forløb der er blevet sat igen på sygehuset for eksempel thrombolyse behandlingen. Ja i den forbindelse skal der ligge nogle helt klare instrukser klar til plejepersonalet hvordan de skal forholde sig og hvilke ting de er ansvarlige for som det er nu, så går alt ting ikke af sig selv, så det skal plejepersonalet bliver endnu skarpere på og især er det noget der skal ske lidt hurtig, det er ikke noget der skal ske efter 10 timer. Det bliver en udfordring.

MPG- D

Spørgeguide til gruppen af ledere

**1-3) Hvad forbinder du med begrebet offentlig værdi: uddybende**

Tid: 0:15-1:00 Du må gerne uddybe det.

**1a)** Man kunne se det som offentlig værdiskabende, hvis kunden og udbyderen af den offentlige ydelse indgår i et samarbejdende forhold: F.eks. ved kunden ikke betaler med penge for ydelsen, men med adfærd – hvad mener du om det?

Tid 1:05- 1:48

Det er ikke sådan jeg tænker offentlig værdi, nogle kunne måske mene det, men jeg tænker ikke at det er offentlig værdi.

**2a)** Man kunne se brugeren af offentlig service som mere end som en forbruger, der søger det bedste for sig selv men også som en borger, der søger efter hvad der er det bedste for samfundet- hvad mener du om det?

Tid: 2:00- 2:27

Ja, det er offentlig værdi. Det handler om at der er noget indenfor den individuelle vinkel, men også at der er noget der er større end en selv.

**3a)** Man kunne se offentlig værdi, som det befolkningen ville opgive for at få noget igen

f.eks. hvor meget de ville betale i skat for at få en ydelse,  
eller betale med sin tid for at arbejde som domsmand  
Eller betale personlig ved at give blod eller stå i donorregisteret.  
Hvad mener du om det?

Tid: 3:05- 3:21

Det ligger lidt op af nr. 2 spørgsmål, altså at der er noget der er større end en selv  
Og at man skal give noget for at få noget., det kunne godt være den måde jeg så det.

4) Faldet i indlæggelsestid for hjælperholdsoplæring til hjemmerespiratorbehandling er faldet fra 147 dage på Institution for respirator patienter (IRP) i 2008 til 28 dage på Y14 RCØ Glostrup, dette er et eksempel på resultatet af patientforløbsoptimerings proces

Tid: 3:57- 6:02

Jeg tænker ikke på optimeringerne som noget der er værdiskabende for mig som leder, men det er jo godt for det har betydet at flere patienter er blevet behandlet.

”Så du ser dig mere som borger”

Jo men jeg har da også en personlig mening om at vi til enhver tid skal begrænse tiden patienten er på hospitalet for patientens skyld. Det er ikke godt for patienten at være på et hospital, det er en pseudoverden. Det at vi giver dagene mere substans, så forløbene kan blive kortere betyder at vi sikre os at der er flere



patienter, der kan komme hurtigere ind og blive behandlet hos os. Så udover det er dejligt at vi sparer penge på kortere forløb, så tjener vi også flere penge fordi vi kan rumme flere forløb. Og det er jo dejligt som leder at kunne passe sit budget og den produktivitet vi skal have. Men det er mest vigtigt at vi får patienten igennem forløbet så han hurtig kan komme hjem til det virkelige liv.

Der er også en faglighed jeg som leder kan være stolt af og det er at patienten ikke ligger på et hospital og spilder sin tid.

### **Udover samfundet har sparet et beløb på behandlingen, hvordan ser du patientforløbsoptimering som værdiskabende for dig som leder eller**

Tid: 6:28-6:47

Det har været vigtigt for mig som leder at optimere de forløb, fordi det har været med til at sikre kvaliteten i behandlingen og også hjælpernes kompetencer og dermed sikre behandlingen af patienten når han kommer hjem. Så samlet har det været vigtigst at sikre kvaliteten og så kunne lave forløbene på kortere tid.

5) Af tiltag der har været med til optimer forløbene kan nævnes:

5.1) sygeplejefagligt er der er udviklet kompetencekort, hvorved der foregår struktureret og systematisk oplæring af hjælperholdet under indlæggelsen

5.2) organisatorisk har RCØ bedre kontakt til samarbejdende afdelinger ved personligt fremmøde, pr. telefon, henvisning via hjemmeside, visitation 4 gange pr. uge

5a) **Ser du den skabte værdi via patientforløbsoptimeringsprocesser som en offentlig værdi; en værdi der er større end blot en værdi, der kan bruges til at dække egne behov?** (F.eks. en **økonomisk værdi**, hvor befolkningen får glæde af økonomisk aktivitet, forretning og ansættelse eller måske **social og kulturel værdi**, hvor befolkningen får social sammenhængskraft og kulturel identitet ved at få ensartet behandling på sygehuset.

Tid:8:08- 8:43

ja jeg ser den værdi som vi skaber ved patientforløbsoptimeringsprocesser som offentlig værdi, for vi får flere patientforløb igennem på den samme tid og det kan eksemplificeres ved en sengeplads på RCØ for 5 år siden kostede 30.000 kr. Pr. dag, så blev det 18.000 kr. Og nu er det 10.000 kr. pr. dag. Jeg ved godt at offentlig værdi ikke kun er økonomi, men offentlig værdi er jo også at flere patienter kan få tilbudt den behandling.

Det er slags lighedsprincip i det, for før kunne patienter risikere at dø mens de ventede på en behandling, det sker ikke længere.

### **1) Hvordan ser du patientforløbsoptimeringer som værdiskabende for dit Hospital**

Tid: 9:15-12:50

For hospitalet er det værdiskabende fordi vi får produceret forløb, som giver hospitalet den økonomi, det forventer. RCØ ligger i den forbindelse godt vi tjener det

beløb ind som der forventes af os. Og det at vi få flere patientforløb igennem fordi vi har optimeret forløbene. Men også det er også værdiskabende for hospitalet at vi har formået at systematisere forløbene og har, kunne beskrive den kompleksitet i vores afsnit. Det er også værdiskabende for hospitalet at vores kompetence bøger er blevet oversat til svensk og norsk som en anerkendelse af vores arbejde har været skelsættende og banebrydende og det er jo godt for et specialehospital. At det vi gør det er det ypperste indenfor vores felt.

"Er det noget RCØ har ønsket at profilere sig på?" nej

Ideen har været at starte inde fra ligesom en græsrodsbevægelse, hvor lige så stille vokser der en ide op og udbredes fra øre til mund. Nu er vi kommet så langt at Stockholms "RCØ" laver deres indkaldelses procedure om så den ligner vores udrednings garanti.

Man kan godt forestille sig at der er dele vi kan gå ud og holde foredrag over og på den måde brande sig., men det har været vigtigt at det var de der kendte til vores principper der gav det gode budskab videre at det ikke var os der blot gjorde der for at brande os.

Men man kan måske godt genoverveje om det stadig er den strategi, der fortsat skal benyttes.

## **2) Der er pågået patientforløbsoptimering i RCØ siden 2009,**

**Er der er en fælles forståelse bland ledere og lægemedarbejdere af hvorfor den strategi har været anvendt?**

**Hvordan er den fælles forståelse opnået?**

Tid: 13:09- 16:01

Nej det har der ikke været.

I den ledergruppe der er nu er der fuld harmoni og vi er helt enige om hvorfor det er så vigtigt at arbejde med patientforløbsoptimeringer.

Det har jo tidligere været den diskussion om vi skulle give en ok beh. til de mange eller en luksus behandling til de få, som vi i øvrigt selv udvælger. Og det er jo to forskellige kulture.

Jeg tror godt at det er blevet forstået, men det er ikke min oplevelse af vi altid har arbejdet i samme retning.

Men i ledergruppe over os har der hele tiden været en forståelse af at det var nødvendigt at optimere forløbene

"Hvordan er den fælles forståelse opnået i ledergruppen i de lag opad"

Der var forståelsen af at hvis vi ikke ændrede vores måde at tænke patientforløb på så lukkede RCØ og måtte starte helt forfra. Vi kørte mere på følelser end på systematik og på at alle skulle have lige adgang. Det kom an på hvem der havde relationer med hvem også for de henvisende læger var det svært at henvise til os. Det har ikke været svært at opnå en fælles forståelse fordi vi havde kniven på struben. Det har været svært for de, der bare ønsker at behandle et forløb efter den individuelle situation. Der er to måde at køre forløb på enten kan man gøre tingene systematisk, eller man kan hele tiden opfinde nye måder at gøre tingene på. Der har

blandt lægerne været et stort ønske om autonomi, hvor de kunne gøre tingene på deres måde.

Det har ikke været svært for ledelseslaget over os at opnå den fælles forståelse fordi de jo også er blevet målt på forløbene

### **3) Hvordan tror du lægemedarbejderne motiveres af præstationsmål og instrukser (præstationsmål; at nå en vis produktion hver dag og benytte VIP instrukser)**

Tid 16:20- 18:29

Jeg tror ikke de motiveres af nogle af delene, og dig nogle af lægerne forstår godt at vi har behov for at have en vis produktivitet og en vis systematik og stringens i behandlingen af patienterne.

Der er nogle ganske få der bliver motiveret af det, men der er også læger der blot ønsker at gøre tingene som de lige den dag har lyst til og så den næste dag i samme situation vælger en anden vej.

Blandt nogle af sygeplejerskerne opleves det at de bliver motiveret af vores præstationsmål, men de er jo også blevet sat ind i tingene, de ved at det er vigtigt for økonomien at forløbene ikke tager længere end 28 dage, for vi får pr. beløb og hvis de varer længere end 28 dage, så sætter vi pengene til. Det blot for at sige det gør ikke noget at noget tager længere tid, men alt må ikke tage længere tid.

### **4) Kan du se nogle negative konsekvenser af at implementere patientforløbsoptimeringer?**

Tid: 18:44- 20:48

Ja måske begynder der at være, i begyndelsen var vi nødt til at flytte nogle patienter til lokale sygehuse i ventetiden på patienternes næste hospitals ophold, som ville være haft det bedre at blive hos os de næste 5-6 dage. Men nu har vi taget højde for det og nu beholder vi den 1-2 uger længere hvis det modtager sygehus ikke kan tage imod den. Længere kan vi ikke strække os. Grunden til vi kan gøre det er at vi nu er så optimeret at vi ikke er så presset på vores pladser som tidligere. Og det er jo også fordi vi er fået flere sengepladser og vi kan give en bedre kvalitet end tidligere.

Men bagsiden er jo også at vi ikke tager helt så mange individuelle behov som tidligere. Nogle patienter kunne måske have glæde at der lige gik en måned før de fik et hjælperhold, så de lige kunne vende sig til tanken om at være handicappet og finde sig i den krise der står i. Dermed kunne vi også lære patienterne bedre at kende og det var en fordel når hjælperne skulle oplæres. Før lå de jo 3-4 måneder før der kom hjælpere og så bugtede vi 3-4 måneder på at oplære hjælpere, fordelene var at man kendte patienten bedre når man skulle undervise hjælpere og patienten nåede at føle sig mere tryk.

Men på den anden side er der jo ingen patienter, der ønsker at være indlagt. Før troede man jo at patienterne gerne ville være indlagt, men det vil de ikke. Der er ikke lavet undersøgelser over om de ønsker at komme så hurtigt som muligt hjem, men det er det første de spørger om når vi er ude og fortæller om den hjælperoplæring, de skal være en del af.

### **5) Hvordan tror du medarbejderne motiveres til at udføre deres arbejde**

- a) Af lyst til at udføre arbejdet fordi det er spændende og lærerigt eller
- b) Fordi de opnår en gevinst ved det f.eks. penge, præstige eller undgår staf?

Tid: 20:48-22:44

Lægerne her på stedet; det er meget forskelligt, det er jo lige fra de der ønsker at gøre det godt, det var derfor de valgte at blive læge, det var for at gøre noget godt for andre mennesker.

Der er også nogle der gør det for præstige.

Der er også nogle der gør det fordi de skal have mad på bordet

Jeg tror ikke lægerne er motiveret til arbejdet fordi det er spændende og interessant at de udfører arbejdet fordi det er som en leg at man kan næsten ikke holde op.

### **6) Hvordan tror du frihed i arbejdet motivere lægemedarbejderen**

- a) Som selvbestemmende læge, hvor autonomi indenfor det faglige rum er vigtigt, der arbejdes inden for rammer via VIP instrukser og arbejdstidsregler
- b) Som selvrealiserende læge, hvor frihed ses som potentiale, hvor lægen søger at realisere sig selv i sit arbejde

tid:23:48-24:44

Ja jeg tror i de fleste tilfælde så arbejder lægen som den selvbestemmende læge, i enkelte tilfælde ses også at de arbejder som den selvrealiserende læge, men primært som den selvbestemmende læge man trækker kortet autonomi og dermed vælge ens synspunkter så de passer en selv, selv om man mente noget andet om det samme i går.

MGP- E

Spørgeguide til gruppen af ledere

### **1-3) Hvad forbinder du med begrebet offentlig værdi: uddybende**

tid: 00:46 – 1:35:

Hvad er det offentlige til for? værdi for fællesskabet, den enkelte skal serviceres ud fra nogle almen gældende principper, det offentlige er ikke den private klients tjener.

- 1a)** Man kunne se det som offentlig værdiskabende, hvis kunden og udbyderen af den offentlige ydelse indgår i et samarbejdende forhold: F.eks. ved kunden ikke betaler med penge for ydelsen, men med adfærd – hvad mener du om det?

Tid: 2:00- 3:05

Co-creation hvor man skaber noget i fælleskab med borgeren, det kan vinkles på mange måder, formålet kan være at spare penge, et andet formål kan være at inddrage borgeren. Jeg mener det er en god ide at inddrage borgeren endnu mere.

Hvis man sparer nogle penge, fordi borgeren gør noget mere selv, så bliver der flere ressourcer til nogle andre. Offentlig værdi er også økonomisk optimering i det enkelte forløb

**2a)** Man kunne se brugeren af offentlig service som mere end som en forbruger, der søger det bedste for sig selv men også som en borger, der søger efter hvad der er det bedste for samfundet- hvad mener du om det?

Tid: 03:25- 3:38

Det offentlige er sat i verden for noget der er større end det enkelte individ.

**3a)** Man kunne se offentlig værdi, som det befolkningen ville opgive for at få noget igen

f.eks. hvor meget de ville betale i skat for at få en ydelse,

eller betale med sin tid for at arbejde som domsmand

Eller betale personlig ved at give blod eller stå i donorregisteret.

Hvad mener du om det?

Tid: 4:00-5:35

Det er et idealbillede, at der hos den enkelte også er et syn for, at selvom det er træls at man skal betale skat, så giver det alligevel god mening fordi det giver mulighed for at støtte ting der giver sammenhængskraft i vores samfund.

Der er dermed et skisma mellem at se det ud fra ens eget synspunkt og se det ud fra samfundets synspunkt.

Den grundmodel, selv om man kan diskutere om der skal være lidt mere eller mindre af den er, at det individuelle incitament til at maximere sig selv, er ikke et gode for samfundet, der skal fungere.

Derfor afleverer jeg nogle penge til nogle der er sat til at varetage samfundets interesser, hvorved jeg fjerner mig fra det individuelle.

4) Faldet i indlæggelsestid for hjælperholdsoplæring til hjemmerespiratorbehandling er faldet fra 147 dage på Institution for respirator patienter (IRP) i 2008 til 28 dage på Y14 RCØ Glostrup, dette er et eksempel på resultatet af patientforløbsoptimerings proces

**Udover samfundet har sparet et beløb på behandlingen, hvordan ser du patientforløbsoptimering som værdiskabende for dig som leder eller**

Tid: 6:07- 7:45

For mig, som leder i den position ud over det er en mere effektiv udnyttelse af ressourcer, så ser jeg det også fra borgerens side, at borgeren er hurtigere tilbage i hans vande omgivelser. Så det må alt andet lige så er det et gode for alle at borgeren kommer tilbage. Som leder tror jeg, det vil give mere patienttilfredshed og det giver en bedre udnyttelse af samfundets ressourcer, således der i den ideelle verden bliver firgivet ressourcer til andre.

5) Af tiltag der har været med til optimer forløbene kan nævnes:

5.1) sygeplejefagligt er der er udviklet kompetencekort, hvorved der foregår struktureret og systematisk oplæring af hjælperholdet under indlæggelsen

5.2) organisatorisk har RCØ bedre kontakt til samarbejdende afdelinger ved personligt fremmøde, pr. telefon, henvisning via hjemmeside, visitation 4 gange pr. uge

**5a) Ser du den skabte værdi via patientforløbsoptimeringsprocesser som en offentlig værdi; en værdi der er større end blot en værdi, der kan bruges til at dække egne behov?** (F.eks. en **økonomisk værdi**, hvor befolkningen får glæde af økonomisk aktivitet, forretning og ansættelse eller måske **social og kulturel værdi**, hvor befolkningen får social sammenhængskraft og kulturel identitet ved at få ensartet behandling på sygehuset.

Tid 8:38- 8:53

Patientforløbsoptimering er med til at skaffe os en lige behandling af borgeren, det er vigtigt for mig. En traditionel Webersk opfattelse.

**1) Hvordan ser du patientforløbsoptimeringer som værdiskabende for dit Hospital**

Tid: 9:10- 10:03

Hospitalet er jo blevet et specielt hospital, det eneste i regionen, og vi har dermed specielle kompetencer, det er derfor bydende nødvendigt at vi skaber optimeringer for vi har gode muligheder da vi har nogle regelrette forløb, i forhold til de store akut hospitaler i regionen. Dette hospital er sat i verden for at skabe strømlignede patientforløb.

**2) Der er pågået patientforløbsoptimering i RCØ siden 2009, Er der er en fælles forståelse blandt ledere og lægemedarbejdere af hvorfor den strategi har været anvendt?**

**Hvordan er den fælles forståelse opnået?**

Tid: 10:18- 14:11

Nej, jeg tror der har været forskelle holdninger til nødvendigheden af optimeringsprocesser, alt efter hvilken gruppe man har tilhørt.

Der har tidligere manglet en overordnet ledelses vision; hvor er det vi vil hen?

”Er der nu her på Glostrup Hospital her blandt lederne en fælles forståelse for nødvendigheden af patientforløbsoptimeringer?”

Der er der nu snævert i RCØ, men den holdning deles også af resten af ledergruppen i afdelingen og i direktionen.

”Hvordan tror du den fælles forståelse er fremkommet?”

Den fælles forståelse har groet ud af afsnittet fra 2008, men det passer også eget godt ind i hospitalets syn på sig selv som et specielt hospital. Der er altså sket en synergi mellem noget der groet op internt i afsnittet til noget der er hospitalets formål. Og så er det fint at RCØ er kommet ind i en anæstesi afdeling, der havde fokus på patientforløb

### **3) Hvordan tror du lægemedarbejderne motiveres af præstationsmål og instrukser (præstationsmål; at nå en vis produktion hver dag og benytte VIP instrukser)**

Tid: 14:30- 16:05

Det er et godt spørgsmål; man står i ledelse i det skisma; jeg tror at de holdninger der er i den nuværende læge gruppe, har fået lov til at udvikle sig, fordi de ikke er blevet udfordret, de går meget på det er den indre motivation – intrinsic motivation – som driver deres værk. Hvor den eksterne motivation kan godt virke hæmmende på den måde de agerer på i øjeblikket. Det er et dilemma, man er nødt til at have ensartede forløb, fordi vi er nu engang sat i verden for at tjene patienterne og ikke lægerne.

Man bliver selvfølgelig nødt til at inddrage lægerne i processen og sikre de får ejerskab i arbejdsgangene. Det er håbet at når man ser implementeringen af tiltagene ses det at der frigøres nogle ressourcer og det vil skabe øget arbejdsglæde. Men det er ikke nemt.

### **4) Kan du se nogle negative konsekvenser af at implementere patientforløbsoptimeringer?**

Tid: 16:15-17:15

Man skal passe på man ikke udelukkende fokuserer på ensartethed, man kan komme til at overse nogle ting fordi de ikke lige passer ind i det strømlignede forhold, så skal jeg til at gøre noget andet og det er lidt besværligt.

Man skal være opmærksom på at der kan være en tendens til at gøre alle ens, og fjerne det individuelle fokus. Det kan også mindske motivationen for de involverede medarbejdere. Hvis de ikke føler de har ejerskab til de ting, og det kun bliver til en fabrik.

### **5) Hvordan tror du medarbejderne motiveres til at udføre deres arbejde**

a) Af lyst til at udføre arbejdet fordi det er spændende og lærerigt eller

b) Fordi de opnår en gevinst ved det f.eks. penge, præstige eller undgår staf?

Tid: 17:15- 17:52

Det er svært at generalisere, og forskellige personer ligger også forskelligt i forhold til forskellige sager, men et sted i midten.

## **6) Hvordan tror du frihed i arbejdet motivere lægemedarbejderen**

**a)** Som selvbestemmende læge, hvor autonomi indenfor det faglige rum er vigtigt, der arbejdes inden for rammer via VIP instrukser og arbejdstidsregler

**b)** Som selvrealiserende læge, hvor frihed ses som potentiale, hvor lægen søger at realisere sig selv i sit arbejde

Tid: 18:37-19:47

I lægegruppen er der lidt i begge dele, der kan være noget meget positivt ved at være den selvrealiserende læge hvor man kan vælge at fordybe sig i ting, samtidig tror jeg også at hvis man kan henholde sig til nu ophører min arbejdstid, så kan man også gøre det i forsøg på vise at nu er der er en grænse. Jeg tror lidt den enkelte læge kan vælge at tage den ene rolle på som den selvbestemmende læge og i andre situationer kan tage rollen som selvrealiserende læge på sig. Men de fleste vil nok sige der er her for kaldets skyld, for selvrealiseringen. Der er flere der vil blive længere efter normal arbejdstid hvis opgaven er interessant det er ikke altid det er nødvendigt.

MPG- F

Spørgeguide til gruppen af ledere

### **1-3) Hvad forbinder du med begrebet offentlig værdi: uddybende**

Tid: 0.25-0.53

umiddelbart vil jeg sige, det er det der er formålet med hele det offentlige system. Bedre helbred for patienter, passe børn i børnehaven,

**1a)** Man kan se det som offentlig værdiskabende, hvis kunden og udbyderen af den offentlige ydelse indgår i et samarbejdende forhold: F.eks. ved kunden ikke betaler med penge for ydelsen, men med adfærd – hvordan ser du det?

Tid: 1:14- 1:25

Det kan også give offentlig værdi men det afgrænser det meget mere end jeg synes er rigtigt.

**2a)** Man kan se brugeren af offentlig service som mere end som en forbruger, der søger det bedste for sig selv, men også som en borger, der søger efter hvad der er det bedste for samfundet- hvordan ser du det det?

Tid: 1:44- 1:46

Lidt fortænkt,

**3a)** Man kunne se offentlig værdi, som det befolkningen ville opgive for at få noget igen

f.eks. hvor meget de ville betale i skat for at få en ydelse,

eller betale med sin tid for at arbejde som domsmand

Eller betale personlig ved at give blod eller stå i donorregisteret.

Hvordan er du om det?



Tid: 2:26- 3:21

Den sidste version kommer langt tættest på hvad jeg forbinder med offentlig værdi, jeg opfatter det egentligt med formålet med det vi gør. Altså RCØ har et formål med at hjælpe folk, der ikke selv kan trække vejret. Og det har de hvad enten vi har model et to eller tre, det formål er egentlig ret uegennyttigt, men det kan lade sig gøre fordi, der er en fælles kasse der gerne vil betale, og der er der fordi man gerne vil støtte den der har behov for det og sig selv hvis man får brug for det.

4) Faldet i indlæggelsestid for hjælperholdsoplæring til hjemmerespiratorbehandling er faldet fra 147 dage på Institution for respirator patienter (IRP) i 2008 til 28 dage på Y14 RCØ Glostrup, dette er et eksempel på resultatet af patientforløbsoptimerings proces

**Udover samfundet har sparet et beløb på behandlingen, hvordan ser du patientforløbsoptimering som værdiskabende for dig som leder.**

Tid: 3:57- 4:48

Jamen sådan ser jeg det slet ikke.

Det er jo klart at sådan en optimering med kortere indlæggelser gør at man kan få flere patienter igennem med de ressourcer man har og i den forstand skaber man mere værdi og det er rigtig rigtigt godt, men det gode her er sådant at med de ressourcer man har og ikke har udsigt til at få flere kan løfte en større del af opgaven eller hele opgaven bedre. Og så er der el også noget rigtigt i at man ikke ligger længere end højst nødvendigt, f.eks. 28 dage og så have sparet de 120 dage i forhold til før, så er de da også godt.

5) Af tiltag der har været med til optimer forløbene kan nævnes:

5.1) sygeplejefagligt er der er udviklet kompetencekort, hvorved der foregår struktureret og systematisk oplæring af hjælperholdet under indlæggelsen

5.2) organisatorisk har RCØ bedre kontakt til samarbejdende afdelinger ved personligt fremmøde, pr. telefon, henvisning via hjemmeside, visitation 4 gange pr. uge

5a) **Ser du den skabte værdi via patientforløbsoptimeringsprocesser som en offentlig værdi; en værdi der er større end blot en værdi, der kan bruges til at dække egne behov?** (F.eks. en økonomisk værdi, hvor befolkningen får glæde af økonomisk aktivitet, forretning og ansættelse eller måske **social og kulturel værdi**, hvor befolkningen får social sammenhængskraft og kulturel identitet ved at få ensartet behandling på sygehuset.

Tid: 5:55-7.00

Kan man ikke bare sige at jeg ser det som kvalitetsforbedrende, jeg ser de optimeringsprocesser som noget der har skabt bedre kvalitet, og nok også effektiviseret noget. Der er sat en vis sum penge af til at løfte opgaven, det har politikerne givet systemet, og så handler det om at løse den opgave så godt som overhoved muligt med de penge, og det her gør at man løfter opgaven bedre end man ellers havde gjort med de penge, ret meget længere er den ikke i mit hoved.

### **1) Hvordan ser du patientforløbsoptimeringer som værdiskabende for dit Hospital**

Tid: 7:24- 8:48

Jeg ser det som præstige skabende, præstige forbedrende, mest fordi opgaven blev ikke løst som den skulle før, i den forstand der var en masse klagesager, der var en masse forhold der ikke var i orden, ikke var rimelige, jeg har en opfattelse af at de ændringer der er lavet på RCØ, har været med til at føre kvaliteten tæt hen der hvor den bør være. Man kan selvfølgelig altid ønske den bedre, men og som man kan gøre endnu bedre, men de klare problemer der var, som ikke var i orden er bragt på plads, der var nogle venetider der ikke var acceptable, det er blevet klart bedre, jeg ser ikke dette her som bare i kroner og ører, jeg mener sådan set, at det gør man har løst den sundhedsfaglige opgave man har langt bedre end man har gjort før, og det er godt for hospitalet fordi der lidt mere respekt om hospitalet ja faktisk en hel del fordi vi har løftet den her opgave og fået det til at spille, så vi ikke har alle de klager og al det bøvl som der var før, ved siden af det er bedre for patienterne det gør jo altså ikke noget.

### **2) Der er pågået patientforløbsoptimering i RCØ siden 2009,**

**Er der er en fælles forståelse blandt ledere og lægemedarbejdere af hvorfor den strategi har været anvendt?**

Tid: 09:00

Det er jeg ikke tæt nok på

### **Hvordan er den fælles forståelse opnået?**

Tid: 9:14- 11:06

Det lyder jo som om der er en fælles forståelse, det er jo godt. Noget af det i forløbet som har været meget vigtigt er jeg har indtryk af at der er et væsentligt kraftigere ledelsesfokus på RCØ opgaven, end der var for 4-5 år siden, Hvordan tror du den fælles forståelse er opnået? Det kan godt være jeg svarer lidt skævt for det kan godt være du tænker på noget andet men RCØ er en vigtig klump på Glostrup, og var nok ikke så helt central og vigtig placeret på rigshospitalet fordi der var så mange højt specialiseret funktioner så der har været meget fokus på at få dette her til at fungere. Der er jo også tilført betydelige økonomiske ressourcer i de sidste år, det hjælper jo med, men noget er jo også ledelsesmæssig fokus hele vejen på hospitals ledelses niveau, på afdelingsledelses niveau og uden i afdelingen er tilført nogle ressourcer og nogle af de ideer man har haft og man har kunne lave nogle af de ting du nævner før, det giver jo medvind på cykelstigen, og det giver også tit en fælles forståelse,

**3) Hvordan tror du lægemedarbejderne motiveres af præstationsmål og instrukser (præstationsmål; at nå en vis produktion hver dag og benytte VIP instrukser)**

Tid: 11:26- 12:03

Jeg tror fagprofessionelle motiveres af god faglighed, og hvis man har nogle produktionsmål som man ikke når og man kan se man laver en dårlig faglighed så tror jeg det motiverer at nå de produktions mål og have en med en faglighed der er god, jeg tror ikke der er ret meget motivation at hente i VIP instrukser, hvis der overhoved er nogle.

**4) Kan du se nogle negative konsekvenser af at implementere patientforløbsoptimeringer?**

Tid: 12:11- 12:47

Ja der er en risiko for at nogle af de her optimeringer de bliver meget standardiserede en tendens til one size fits all, og det gør det jo så ikke, for den der er lidt skæve eller der nogle særlige har måske lidt større risiko for at komme i klemme, og måske bliver der bedre tid til at alligevel at tage sig af det, det kommer an på hvordan det bliver udnyttet,

**5) Hvordan tror du medarbejderne motiveres til at udføre deres arbejde**

a) Af lyst til at udføre arbejdet fordi det er spændende og lærerigt eller

b) Fordi de opnår en gevinst ved det f.eks. penge, præstige eller undgår straf?

Tid: 13:08- 13:36

Jeg anser den første del som værende langt den vigtigste og væsentlige her, og så er der selvfølgelig også her der er jo ingen mennesker der ikke gerne vil have præstige, eller vil undgå straf, det tæller også lidt med men det er det andet der driver værket.

**6) Hvordan tror du frihed i arbejdet motivere lægemedarbejderen**

a) Som selvbestemmende læge, hvor autonomi indenfor det faglige rum er vigtigt, der arbejdes inden for rammer via VIP instrukser og arbejdstidsregler

b) Som selvrealiserende læge, hvor frihed ses som potentiale, hvor lægen søger at realisere sig selv i sit arbejde

Tid: 14:15

Faglighed og autonomi hænger jo sammen, også at arbejde indenfor nogle rammer, men alt for snævre rammer tror jeg ikke motiverer, det tror jeg ikke, for stærke fagprofessionelle, det tror jeg ikke,

Tingene hænger jo lidt sammen, jeg tror meget på det her fru Hein hendes modeller med primadonna og pragmatikere, og alt dette her tror jeg rammer meget godt i lægestanden, der er nogle pragmatikere, men primadonnaerne er vigtige, og der er det nok den faglige udvikling mere end den personlige udvikling men for mange af de mennesker er det nok sådan et det er deres liv, det er jo ikke hele deres liv men det er en vigtig del af deres liv, og det kan ikke bare adskilles, der er heller ikke mange der ikke gerne vil have lidt ros eller bliver set og opdaget hvis de har lavet noget,

man er som leder nødt til at kunne spille begge kort,

## MPG- G

### Spørgeguide til patienter

#### **1-3) Hvad forbinder du med begrebet offentlig værdi: uddybende**

Tid: 0:28- 0:32

Det er svært spørgsmål, du må gerne uddybe det

**1a)** Man kunne se det som offentlig værdiskabende hvis kunden og udbyderen af den offentlige ydelse indgår i et samarbejdende forhold: F.eks. ved kunden ikke betaler med penge for ydelsen, men med adfærd – hvad mener du om det?

Tid: 1:14- 1:57

Man kunne se det i forbindelse med kirurgiske indgreb, f.eks. hjerte-karsygdomme hvor man fra tid til anden hører at det nævnt at hvis du skal have en ydelse så kunne modydelsen være at du begyndte at ændre din kost eller holdt op med at ryge.

”man må jo ikke forlange at patienten skal udvise en vis adfærd, men man kunne godt anspore til det?” ja det synes jeg er ok at have en dialog om.

**2a)** Man kunne se brugeren af offentlig service som mere end som en forbruger, der søger det bedste for selv men også som en borger, der søger efter hvad der er det bedste for samfundet- hvordan ser du det?

Tid: 1:59-9:00

Det der med at have borgeren involveret, det tror jeg altså godt kan skabe værdi, jeg føler mig ikke særlig involveret i mit forløb, og jeg tror også der i dagligdagen på sådan en afdeling og på andre afdelinger at der bliver brugt ressourcer på ting, der kunne spares væk. Hvis jeg kommer med forslag for jeg blot at vide at det er jeg den første der siger og dermed er det uinteressant.

Det er super interessant for det handler om selvhjulpen hed: når nu målgruppen er som den er, hvor der er ret mange med muskelsvind, som egentligt er selvhjulpen i ens dagligdag, men når man kommer ind på sygehus bliver afhængig. Og her tror jeg det vil være værdiskabende, helt konkret en besparelse, hvis jeg kunne få lov til at byde ind med forslag. Derved kunne jeg befri personalet for at beskæftige sig med min person og kunne koncentrere sig om den helt konkrete opgave at finde en respirationshjælp i gang til mig.

Jeg tror jeg har god forstand på hvor man kan spare penge, for jeg er jo en af de udskældte, jeg er jo handicappet jeg koster jo penge, og jeg ser det som min fornemmeste opgave at bidrage med forslag til hvad der kunne spare penge. Og den dialog eksisterer ikke nu.

Jeg er også interesseret i at der ikke foregår fusk i regnskaberne og jeg vil gerne bidrage med min egen arbejdskraft i et fleksjob til at fortage revision af regninger og faktureringerne. Og jeg er også skatteyder så jeg er interesseret i det.

Man er en ressource, der kan benyttes.

**3a)** Man kunne se offentlig værdi som det folket ville opgive for at få noget igen f.eks. hvor meget de ville betale i skat for at få en ydelse, eller tid for at arbejde som domsmand, hvis man mente at det var en vigtig funktion. Hvordan ser du det ?

Tid: 9:14-10:34

Ja det du siger, giver fint mening men der eksplodere også et tankehav, jeg slet ikke kan holde styr på;

Det kunne være rigtig interessant at bringe rigtig intelligente mennesker i spil, så de kunne komme med en modydelse i stedet for det altid er noget med kroner og ører.

Der er en afstand patienten og det store sygehus og de hvide kitler imellem, og det kunne være fint at nedbryde den distance ved at arbejde sammen. Det kunne være sjovt med et forum, hvor man kunne diskutere disse ting.

4) Et eksempel på resultatet af en af de patientforløbs optimeringsprocesser, der er foregået over de sidste 4 år i RCØ, er faldet i indlæggelsestid for hjælperholdsoplæring til hjemmerespiratorbehandling fra 147 dage på Institution for respirator patienter (IRP) til 28 dage på Y14 RCØ,

**Udover samfundet har sparet et beløb på behandlingen, hvordan ser du patientforløbsoptimering som værdiskabende for dig som patient?**

Tid: 12:18- 15:20

Værdi begrebet går gerne hen og bliver meget konkret, med penge, og det ser jeg nok ikke helt så meget jeg synes det er et svært spørgsmål, Altså siger du virkelig at man var indlagt 147 dage for det man nu er indlagt 28 dage for??

Ja så kan jeg da godt sige; det ville jo nok være godt for min overvægt at være indlagt i lang tid, men hvis jeg skulle være indlagt så længe uden at få mulighed for at komme ud i verdenen, så ville jeg gå til, det kan jeg slet ikke forestille mig. Det ville jo gå ud over mine sociale aktiviteter og være svært at fortsætte min træning af min skæve krop. Det kan jeg slet ikke få til at hænge sammen. Så på den måde er det jo værdiskabende både for mig og for andre i lignende situation.

Der må da også være nogle af jeres patienter som er i arbejde og for dem må det da være utåleligt at være så længe indlagt. Så bliver det jo pludseligt helt konkret for den enkelte at være indlagt så kort tid som muligt.

5) Af tiltag der har været med til optimer forløbene kan nævnes gives følgende eksempler:

5.1) organisatorisk har RCØ udviklet spor til opdeling af patientgruppen, hvilket giver større overblik over sengepladserne og letter indkaldelsesproceduren

5.2) sygeplejefagligt er der udviklet kompetencekort, hvorved der foregår struktureret og systematisk oplæring til hjælp for oplæring af hjælperholdet

5.3) organisatorisk har RCØ bedre kontakt til samarbejdende afdelinger ved personligt fremmøde, pr. telefon, henvisning via hjemmeside, visitation 4 gange pr. uge

**5a) Ser du den skabte værdi via patientforløbsoptimeringsprocesser som en offentlig værdi; en værdi der er større end blot en værdi, der kan bruges til at dække egne behov?** (F.eks. en **økonomisk værdi**, hvor befolkningen får glæde af økonomisk aktivitet, forretning og ansættelse eller måske **social og kulturel værdi**, hvor befolkningen får social sammenhængskraft og kulturel identitet ved at få ensartet behandling på sygehuset.

Tid: 18:00

Ja det tror jeg det har igen; men det er jo så store spørgsmål du rejser!!

Jo bedre det enkelte menneske har det i hvilken som helst en situation jo mere værdi bliver der skabt. En tilsvarende ting er det at spare på aftenskole budgettet for det fratager så mange mennesker værdi ikke at kunne komme der og møde andre mennesker og lære noget. Og det bringer så meget positivt med sig en positiv spiral, hvor man bringer den energi videre.

Jo det skaber værdi at I bliver bedre, og jeg tror også for de af jeres patienter der er i arbejde skaber det værdi at I optimere Jeres forløb og det kunne være sjovt at være med og få lov til at være kreative med Jer for det kan gøres meget bedre.

Mennesker med muskelsvind er ret kreative og ret ukuelige så de er gode at benytte sig af.

## MPG H

### Spørgeguide til patienter

#### **1-3) Hvad forbinder du med begrebet offentlig værdi: uddybende**

Tid: 0.30- 1:46

Jeg forbinder to ting med begrebet offentlig værdi; noget der kan måles og vejes og noget, der ikke kan. Angående den situation jeg sidder i nu, hvor jeg er indlagt så er det vigtigt for mig at komme hurtigt tilbage på mit arbejde, hvor jeg der kan lave offentlig værdi.

Her på afdelingen er det vigtigt for mig at mine hjælpere bliver oplært så hurtigt som muligt og at min respirator indstilles så godt og så hurtigt som muligt og så kan jeg komme hjem og fortsætte mit arbejde med at skabe offentlig værdi,

En anden dimension af offentlig værdi handler om kvalitet som ikke kan måles og vejes helt så godt. I mit tilfælde kunne det være at jeg kan tillade mig at sige at min respirator er ikke indstillet godt nok før jeg kan tale som jeg ønsker og det ønske respekteres. Det er meget vigtigt for mig at tale i mit job. Det er ikke nok kun at gå op i hvad Co2 tallet er, det er vigtigt at gå op i hvordan individet trives med sin respirator, det er en anden måde at se offentlig værdi på og den kan ikke måles på samme måde.

**1a)** Man kunne se det som offentlig værdiskabende hvis kunden og udbyderen af den offentlige ydelse indgår i et samarbejdende forhold: F.eks. ved kunden ikke betaler med penge for ydelsen, men med adfærd – hvad mener du om det?

Tid: 2:15- 7:15

Det er selvfølgelig meget rigtigt, hvis man samarbejder om den proces en indlæggelse er så går bedre. Men så skal man jo også være enige om målet og det skal begge parter være. Jeg tror det er de færreste patienter, der ikke vil være raske, men det er stadig vigtigt at snakke igennem hvad er vigtigt for den patient? Jeg tror det er meget vigtigt at jeg har haft det mål, at jeg vil kunne tale godt inden jeg blev indlagt så vi kunne starte med at tale om ensretter ventil allerede inden jeg blev indlagt.

Men det skal nok formaliseres for det er jo ikke alle der har et overskud til den diskussion. Jeg ville også have Børne slanger til respiratoren, jeg gad ikke de grimme slanger.

Men det er meget vigtigt at skabe rum til den diskussion, for det er meget intimiderende at komme ind som et selvstændig individ, der agerer i verdenen og så kommer man ind her og så er man kun en krop, så hvis man skal være andet en forsøgskanin for hjælperne, så tror jeg man skal skabe et rum, hvor man mere ligeværdig kan tale om de ting. Det tror jeg er forudsætningen for samarbejdet. Her bliver det et problem med de regler, hvor der er forskellig mening om hvornår de skal overholdes og hvornår de ikke skal.

Jeg kan eksemplificere det med; jeg inden indlæggelsen havde en samtale med din kollega, hvor jeg fortalte at jeg ville kunne spille blokfløjte og kunne synge, det betyder at jeg skal kunne styre vejtrækningen uden der er en grundfrekvens, for det er irriterende hvis der pludselig kommer en vejtrækning når man ikke ønsker det, og det er også godt at man får lidt mere tryk så man får noget mere luft. Det er klart at sådan skal man ikke gå og trække vejret hele dagen, for så bliver man hyperventileret. Og der bliver jeg mødt med, at det skal sagtens kunne lade sig gøre, jeg har to respiratorer med to indstillinger hver, det giver 4 indstillinger, så man kan godt have at dag respiratoren har en almindelig indstilling og så en performance indstilling og nat respiratoren har en nat og en almindelig dag indstilling. På den måde undgår man en katastrofe situation hvis den ene af respiratorerne går i stykker, for der er en dag indstilling på dem begge. Ja og så ved jeg godt at der ikke er en nat indstilling på dem begge men jeg har jo også været oppe til 6 om morgenen før og der skulle være tid nok til at få skiftet den defekte respirator ud. Hvis jeg tog til USA kunne man jo sætte dem op så de var ens inden man tog afsted. Men normalt er man jo ikke så langt væk hjemmefra.

Derudover er jeg jo ikke en idiot, så selvom jeg ikke må så kan jeg jo godt gå ind på Google og finde respiratoren og brugsanvisningen og ændre på indstillingerne. O alligevel så kommer der en og siger ja men du må jo kun have to indstillinger,

Og så siger jeg bare nu holder du, det er der hvor samarbejdet kommer til at lide under at man har for stive regler.

Det mener jeg er et problem for laver er lavet for sikkerhed, regulerer ikke over mennesker, regler er lavet af mennesker. Hvis en regel er dum så kan man godt lave den om.

Jeg oplever at der ikke er enighed om hvornår man kan fravige regler. Det udfordre sammenarbejdet for man bliver irriteret over de forskellige mure man møder: For hvis man holder fast i det er det vi stræber efter og så kommer der en anden og mener noget andet. Man tænker åh gud skal vi tage den fra Adam og Eva igen. Problemet ligger mellem læger og sygeplejersker ikke mellem læger imellem. Der mangler en fælles forståelse af at regler nogle gange bare er guidelines mere end de er egentlige regler. Altså et lidt mindre sort og hvidt billede.

**2a)** Man kunne se brugeren af offentlig service som mere end som en forbruger, der søger det bedste for selv men også som en borger, der søger efter hvad der er det bedste for samfundet- hvordan ser du det?

Tid 7:29- 8:38

Det synes jeg jo er meget åbenlyst og så så vi tilbage til de to typer offentlig værdi igen; der er den kvalitets baserede; hvor jeg har som primære mål at jeg taler godt, så vil jeg hellere acceptere et lidt højere Co2, men når jeg nu siger jeg gerne vil ud hurtigt er det jo fordi jeg gerne vil tilbage til mit arbejde og det er jo fordi jeg har et liv og jeg er en borger og vil alt muligt andet. Det er ret åndsvagt at jeg er opstillet til kommunalvalget, jeg vil jo også gerne kunne lave noget andet.

Det at man ses som borger, hjælper med at forstå når jeg siger at jeg altså gerne vil kunne spile blokfløjte. Så må I lave om på den respirator lave om på den regel for det vil jeg altså.

**3a)** Man kunne se offentlig værdi som det folket ville opgive for at få noget igen f.eks. hvor meget de ville betale i skat for at få en ydelse, eller tid for at arbejde som domsmand, hvis man mente at det var en vigtig funktion. Hvordan ser du det?

Tid: 9:06- 11:09

Jamen det giver også mening at se offentlig værdi på den måde. Det er jo den fællesskabs forståelse som kan være lidt abstrakt for nogle. Det kan være svært at forstå hvorfor de skal betale for min respirator behandling.

Ohm jeg har lige fået lavet en tatovering her på underarmen, som er et afrikansk tegn som man bruger i forbindelse med overgagsriter, som det jo er at få en respirator men det tegn betyder interdependence eller hjælp mig og lad mig hjælpe dig. Og det passer med den forståelse jeg har af offentlig værdi: det nytter ikke noget At opgøre hvor meget jeg koster Danmark eller hvor meget en indvandre koster Danmark for sådan kan man ikke regne. Og det passer ikke når Jorim B Olsen siger at han ikke har kostet Danmark eller Mærsk selv han er afhængig af hans ansatte kan komme på hospitalet for hvis de ansatte ikke kunne komme på hospitalet når de var



syge ja så blev der heller ikke noget tilbage de øverst i kagen. Så på den måde kan man ikke sige at kun nogle får noget ud af offentlig værdi mens andre blot betaler. Så det jo mere det at vi alle bidrager og alle får noget ud af det. For det er jo ikke så enkelt for selvom det er ret synligt at jeg har brug for hjælp når jeg sidder i den seng, så hjælper jeg måske på andre måder. Jeg var f.eks. ned går og tale med en lille dreng, der var blevet tracheostomeret og prøvede at motivere ham for at komme ud af sengen, og hvis det lykkes så kommer han måske hurtigere hjem og hurtigere tilbage i sin skole, så de hele er bare meget mere komplekst. Så det er ikke bare at vi alle betaler skal, men også forstår at vi alle er del af et netværk

4) Et eksempel på resultatet af en af de patientforløbs optimeringsprocesser, der er foregået over de sidste 4 år i RCØ, er faldet i indlæggelsestid for hjælperholdsoplæring til hjemmerespiratorbehandling fra 147 dage på Institution for respirator patienter (IRP) til 28 dage på Y14 RCØ,

**Udover samfundet har sparet et beløb på behandlingen, hvordan ser du patientforløbsoptimering som værdiskabende for dig som patient?**

Tid: 11:56- 13:15

For mig som patient, betyder det alt hvis jeg skulle ligge et halvt år på en afdeling ville jeg bliver tindrende vanvittig og muligvis kriminel og det ville ikke være godt for samfundet. Jeg ville nok også forårsage et par nervesammenbrud hos personalet nej spørg til side, men for mig er det meget vigtigt at jeg ikke er indlagt alt for længe. Men selvfølgelig er der en nedre grænse for hvor hurtigt man kan komme ud. For mig er det nu at jeg har det ok nu, men nu skal vi til at skifte tuber, og det har hjælperne ikke kunne gøre endnu for operationen har været så ny, men nu skal vi til det og det kan hjælperne altså ikke gøre mere end en gang om dagen, så der er en nedre grænse for hvor hurtigt man kan lave en sådan indlæggelse. For hvis man skynder sig for meget så kan det godt være jeg kommer hurtigt hjem, men hvis det hele så sejler og jeg skal indlægges igen så er det ikke en fordel. Så det er en balancegang så man bestræber sig på at de ting der kan gå hurtigt går hurtigt, men selvfølgelig ikke at man siger at 6 mdr. er fint for så kan man vende sig til hvordan det er .

5) Af tiltag der har været med til optimer forløbene kan nævnes givet følgende eksempler:

5.1) organisatorisk har RCØ udviklet spor til opdeling af patientgruppen, hvilket giver større overblik over sengepladserne og letter indkaldelsesproceduren

5.2) sygeplejefagligt er der er udviklet kompetencekort, hvorved der foregår struktureret og systematisk oplæring til hjælp for oplæring af hjælperholdet

5.3) organisatorisk har RCØ bedre kontakt til samarbejdende afdelinger ved personligt fremmøde, pr. telefon, henvisning via hjemmeside, visitation 4 gange pr. uge

**5a) Ser du den skabte værdi via patientforløbsoptimeringsprocesser som en offentlig værdi; en værdi der er større end blot en værdi, der kan bruges til at dække egne behov?** (F.eks. en **økonomisk værdi**, hvor befolkningen får glæde af økonomisk aktivitet, forretning og ansættelse eller måske **social og kulturel værdi**, hvor befolkningen får social sammenhængskraft og kulturel identitet ved at få ensartet behandling på sygehuset.

Tid: 14:23

Houm jeg tænker mig om; det er jo både og, for der er jo to lag af offentlig værdi, hvor den ene lag handler om kvalitet og det andet handler om at det gerne må gå lidt tjep så man kan komme videre i livet og de to ting er nødt til at gå hånd i hånd, så det der med at give en ensartet behandling og det er jo godt fordi det giver nogle standarder for det betyder at man kan få hjulet hjælperne igennem det de skal lidt hurtigere. Bare det ikke bliver på bekostning af man kan lave individuelle tiltag. Altså min oplevelse her er at det har været ok, det virker ikke som om det er gået af fløjten, men det er stadig vigtigt at være opmærksom på at folk er meget forskellige, man kan ikke behandle dem ens. F.eks. har jeg det behov at min respirator bliver indstillet lidt anderledes det behov har de andre patienter måske ikke, og at jeg gerne vil og kan nogle ting selv, jeg bliver provokeret når der bliver talt hen over hovedet på mig i forbindelse med hjælper oplæringen, for jeg kan gøre det selv. Det er vigtigt at have blik for at man er forskellige hvis man vil have udskrevet folk hurtigere. Det kan lykkes hvis man har nogle samtaler undervejs i forløbet og det har jeg men det er jo svært fordi folk også slår sig til tåls med rigtig meget, f.eks. fik jeg hurtig at vide hvor taler du rigtig godt, og der måtte jeg sige at det gør jeg faktisk ikke prøv at høre mig i radioen, det er sådan jeg skal lyde. Eller jeg siger jeg vil ikke have de store klude på halsen, vi har fundet nogle mindre og det er jo fint, men folk siger det bare ikke. Så det giver minus offentlig værdi, fordi man kan meget mindre og det kunne godt være undgået hvis man havde undersøgt det noget bedre. Derfor er man nødt til at have nogle rum hvor man taler om dette her, og det skal man have før og så løbende under forløbet. F.eks. var jeg ovre og tale med den lille dreng som lige var blevet tracheostomeret og han kunne ikke tale, men det han havde oplevet var at han havde haft svært ved at tale og så var han holdt op og så kunne jeg jo sige til ham at det var svært i starten, men at det blev bedre og det kunne jo høre på mig. Så selv et barn på 10 kan man jo godt tale med ham om hvad er det du har behov for at have det godt? og hvis man finder ud af han er bange for han ikke kan komme til at tale godt igen, så arbejder man på at det kan lade sig gøre. Så kan det jo også være at han meget hellere vil komme op af sengen, hvis han vidste at det hele kommer nok til at gå vi skal nok klare det. Det er meget vigtigt at man laver nogle rum hvor man får lov til at være menneske ikke blot patient, hvor man bare stille og roligt taler om hvordan skal vi få dette her til at fungere i dit liv for så ved alle hvad det er for nogle mål vi går efter?

## MPG-I

### Spørgeguide til patienter

#### **1-3) Hvad forbinder du med begrebet offentlig værdi: uddybende**

Tid: 0:30

Det er et svært spørgsmål

**1a)** Man kunne se det som offentlig værdiskabende hvis kunden og udbyderen af den offentlige ydelse indgår i et samarbejdende forhold: F.eks. ved kunden ikke betaler med penge for ydelsen, men med adfærd – hvad mener du om det?

Tid: 1:10-1:46

Ja at man giver noget tilbage igen, ja det synes jeg det giver noget værdi når jeg giver noget tilbage, altså min situation er jo svær, men hvis jeg kan give noget tilbage, så er jeg jo villig til at stille op til det. Tilgængæld for den ydelse jeg får fra samfundet.

**2a)** Man kunne se brugeren af offentlig service som mere end som en forbruger, der søger det bedste for selv men også som en borger, der søger efter hvad der er det bedste for samfundet- hvordan ser du det?

Tid:2:01- 2:20

Jamen det synes jeg også jeg synes noget af de ting der er vigtige for samfundetsom jeg deltaer i kan andre få glæde af. Det behøver ikke kun være mig selv der få glæde af det. Men det at jeg kan hjælpe nogle andre er vigtigt for mig.

**3a)** Man kunne se offentlig værdi som det folket ville opgive for at få noget igen f.eks. hvor meget de ville betale i skat for at få en ydelse, eller tid for at arbejde som domsmand, hvis man mente at det var en vigtig funktion. Hvordan ser du det?

Tid: 2:50- 3:

Ja det synes jeg også, det er vigtigt at man giver også, i stedet for man bare sætter sig ned bag i og så venter på at få. Det er vigtigt at man deltager for at få hjulene til at dreje rundt. De der har overskud og kræfter til det, skal bidrage. Der kan jo være mange former for hvordan man kan hjælpe til

F.eks. at hjælpe sygehuset og hjælpe med de ting man kan gøre. Eller at hjælpe andre patienter også, med at være mentor for dem fortælle se sådan har jeg det.

4) Et eksempel på resultatet af en af de patientforløbs optimeringsprocesser, der er foregået over de sidste 4 år i RCØ, er faldet i indlæggelsestid for hjælperholdsoplæring til hjemmerespiratorbehandling fra 147 dage på Institution for respirator patienter (IRP) til 28 dage på Y14 RCØ,

**Udover samfundet har sparet et beløb på behandlingen, hvordan ser du patientforløbsoptimering som værdiskabende for dig som patient?**

Tid: 4:50- 9:34

Ja det der med oplæring på hospital er jo meget godt men man bliver jo også bare overladt til sig selv den dag man kommer hjem. Når man kommer hjem, så skal man

bare klare det med sidemandsoplæring og hvis man så ikke har nogle gode hjælpere der kan lære dem op så taber man det. Så hvis man ikke hele tiden er stram på det så skrider oplæringen med at holde en standard. Så bliver det de her hjælpere der styrer det hele til sidst. Derfor synes jeg det er meget vigtigt med en meget stram oplæring, hvor man gør meget ud af det hele tiden. Det er vigtigt at man starter stramt og struktureret på sygehuset så kan man føre det videre i hjemmet. Problemet er det er kun den første oplæring der foregår på sygehuset og det kan jo lige mange år tilbage hvad så med al den oplæring derefter. Der går næsten noget tabt hver gang man oplærer nogle nye, og det er det farlige hvis man ikke hele tiden er skarp på det så skrider det. Problemet er jo at så kan man jo kæmpe med alle mulige sygdomme og så bliver man lidt træt og kan ikke holde øjemed det. De her hjælpere holder jo ikke evigt i de her job, meget af det er jo gennemgang.

Til sidst er man så træt af at være indlagt, så man bare vil hjem og så må det gå sin gang og man har jo ikke prøvet det før, så det er jo helt ny for en selv at være på et hospital og man vil jo bare hjem, men set i bakspejlet synes jeg der mangler noget oplæring, altså mest løbende oplæring.

Og hvis man ikke holder sig til er informationerne også alt for dårlige fra dem der kommer tilbage, på de der kompetancebøger, når der bliver lavet nye bøger, nye regler så får jeg nogle vikarer og så går de det på en anden måde og så siger jeg det går ikke på den måde. Jeg synes at alle skal vide det. Fordi jeg har jo fået noget at vide en gang og det går jeg jo efter omkring hygiejnen omkring sugning og det går jeg jo 100 % efter. Og jeg synes det er bedre at kræve det stramme regler, hvor man kræver noget af det, for så bliver man ikke syg, jeg har aldrig har lungebetændelse efter jeg er kommet hjem; på tre år og det tror jeg har en årsag at vi har prøvet at holde en god hygiejne på området.

5) Af tiltag der har været med til optimer forløbene kan nævnes givet følgende eksempler:

5.1) organisatorisk har RCØ udviklet spor til opdeling af patientgruppen, hvilket giver større overblik over sengepladserne og letter indkaldelsesproceduren

5.2) sygeplejefagligt er der er udviklet kompetencekort, hvorved der foregår struktureret og systematisk oplæring til hjælp for oplæring af hjælperholdet

5.3) organisatorisk har RCØ bedre kontakt til samarbejdende afdelinger ved personligt fremmøde, pr. telefon, henvisning via hjemmeside, visitation 4 gange pr. uge

**5a) Ser du den skabte værdi via patientforløbsoptimeringsprocesser som en offentlig værdi; en værdi der er større end blot en værdi, der kan bruges til at dække egne behov? (F.eks. en økonomisk værdi, hvor befolkningen får glæde af økonomisk aktivitet, forretning og ansættelse eller måske social og kulturel værdi,**

hvor befolkningen får social sammenhængskraft og kulturel identitet ved at få ensartet behandling på sygehuset.

Tid:11:25

Det er en offentlig værdi at befolkningen har struktureret behandlingsforløb, hvis man er syg kan man spørge nogle om forløbet og vil det være nogle lunde det samme man selv kommer ud for. Derfor mener jeg det er vigtigt at have den mentor ordning hvor man kan komme ud og hjælpe andre og fortælle hvordan det er at sidde her til folk der er nysgerrige, så de kan se forløbet i det. Og det giver også mig noget det giver noget begge veje

