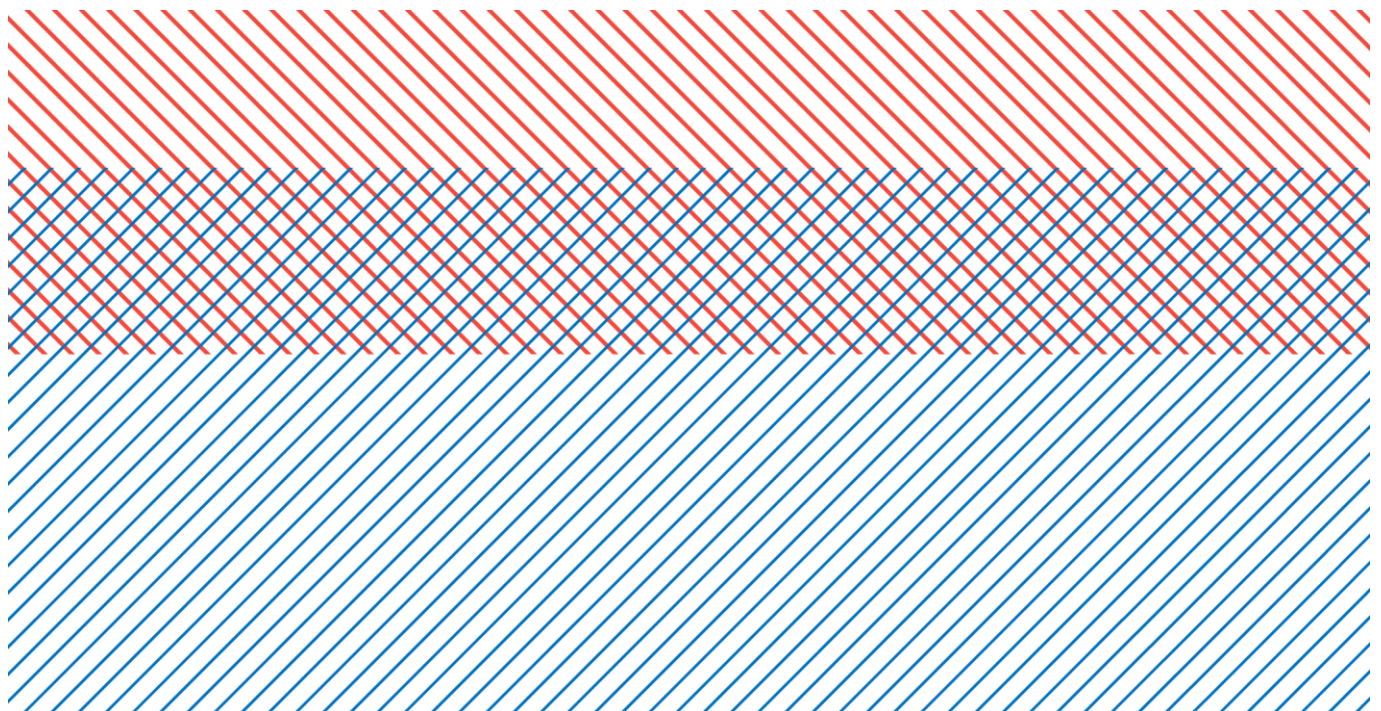


Notat

# Evaluering af Udviklingshospital Bornholm

Anden devaluering: Delprojekternes status og fremdrift -  
1. halvår 2017



Marie Henriette Madsen, Martin Sandberg Buch, Grete Brorholt og Jakob  
Kjellberg

*Evaluering af Udviklingshospital Bornholm – Anden devaluering:  
Delprojekternes status og fremdrift -1. halvår 2017*

© VIVE og forfatterne, 2017

e-ISBN: e-ISBN-nr.

Layout:

Forsidefoto:

Projekt: 11282

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

VÆLG ADRESSE

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

# Forord

I dette notat præsenteres resultaterne af den anden devaluering af Udviklingshospital Bornholm. Udviklingshospital Bornholm er et ud af flere forsøg med værdibaseret styring, som er sat i gang i Region Hovedstaden. Som en del af Udviklingshospital Bornholm er Bornholms Hospital fritaget fra sædvanlig aktivitetsafregning i perioden 2016-2018 ud fra en hypotese om, at det vil skabe incitament til at tilrettelægge sundhedsvæsenets efter, hvad der skaber værdi for patienterne frem for, hvad der fostrer størst mulig aktivitet. Desuden er der defineret en række delprojekter, som skal bidrage til Udviklingshospital Bornholms overordnede mål om, at opnå bedre patientoplevet kvalitet af behandlingen og øget tilfredshed med kontakten til hospitalet, højere faglig kvalitet af pleje og behandling og bedre økonomisk effekt.

VIVE har på opdrag fra Region Hovedstaden fået til opgave at følge og evaluere Udviklingshospital Bornholm. Første devaluering blev foretaget et halvt år efter projektopstart og undersøgte betydningen af den ændrede økonomiske styringsmodel. Denne anden devaluering, som er foretaget halvandet år efter projektopstart fokuserer på delprojekterne, og hvor langt man er med at afprøve og implementere de ønskede tiltag. Evalueringen er baseret på skriftligt materiale om delprojekterne, data som beskriver målopfyldelse og aktiviteter samt interview med aktører knyttet til delprojekterne. VIVE ønsker at takke alle som har bidraget hertil.

*Marie Henriette Madsen, Martin Sandberg Buch, Grete Brorholt og Jakob Kjellberg  
Oktober 2017*

# Indhold

Resumé .....	5
1 Baggrund og formål .....	7
1.1 Delevaluerings formål .....	7
1.2 Udviklingshospital Bornholm.....	7
1.3 Læsevejledning.....	9
2 Evalueringsdesign, metode og empirisk materiale .....	11
2.1 Evalueringen af Udviklingshospital Bornholm: det overordnede evalueringsdesign .....	11
2.2 Anden delevaluering: Metode og empirisk materiale.....	13
3 Delprojekternes status og fremdrift .....	17
3.1 Status på aktiviteter i delprojekterne.....	17
3.2 Foreløbige data om målopfyldelse.....	19
3.3 Særlige indsatser fra programleder og direktion .....	20
4 Udvikling, afprøvning og implementering af indsatser i delprojekterne.....	21
4.1 Opstart og behov for refokusering af delprojekterne .....	21
4.2 Baggrund og kompetencer hos projektlederne.....	23
4.3 Ledelsestilknytning og beslutningsveje.....	24
4.4 Engagement af nøgleaktører blandt personalet .....	25
4.5 Sammenhæng på tværs delprojekter, drift og andre udviklingsprojekter .....	28
4.6 Data og dokumentation af fremdrift .....	29
5 Konklusion og diskussion .....	31
5.1 Konklusion: Fortsat udvikling af aktiviteter og afprøvning i lille skala .....	31
5.2 Diskussion: fremtidige opmærksomhedspunkter.....	31
Litteratur .....	34
Bilag 1 Status og fremdrift i delprojekterne .....	37
Bilag 2 Opgørelse af målopfyldelse og aktivitet .....	59

# Resumé

Denne anden devaluering af Udviklingshospital Bornholm har til formål at undersøge, hvordan delprojekterne i Udviklingshospital Bornholm skal bidrage til konkrete forandringer i patientbehandling og – pleje i samspil med det øvrige hospital, projektorganisationen, ledere og medarbejdere på hospitalet samt samarbejdspartnere i kommune og almen praksis. Der har specifikt været fokus på at undersøge, hvordan mål og aktiviteter udvikles og justeres, hvordan de implementeres og videreudvikles, og hvad der hindrer eller faciliterer de ønskede forandringer.

På baggrund af devalueringen konkluderes det, at der i alle delprojekter er foregået et arbejde med at forberede og afprøve konkrete aktiviteter, samtidig med at det i flere delprojekter har været nødvendigt at redefinere specifikke mål, målgrupper og aktiviteter. Afprøvningen af konkrete aktiviteter er generelt set kun sket i begrænset omfang, idet flere delprojekter først har igangsat afprøvning af konkrete aktiviteter i efteråret 2017 og fortsat arbejder i meget lille skala. Desuden er det karakteristisk for flere af de aktiviteter, som er gennemført, at de kan gennemføres uden at gribe ind i hospitalets øvrige drift. Det er derfor endnu for tidligt at afgøre om, og hvordan delprojekterne medvirker til forbedret patientbehandling og –pleje.

Følgende årsager til den begrænsede fremdrift identificeres i devalueringen:

- At det har været nødvendigt at foretage en reformulering af projektgrundlaget (formål, mål og aktiviteter) i flere af delprojekterne.
- At der i nogle delprojekter mangler opbakning og deltagelse fra nøgleaktører fra Bornholms Hospital. Det skyldes flere forhold, herunder:
  - Oplevelsen af at konkrete aktiviteter ikke giver mening og forstyrrer øvrige aktiviteter og rutiner på hospitalet
  - Flere samtidige udviklings- og forandringsprocesser, som tager tid og overskud fra de personer, som også skal bidrage til delprojekternes fremdrift
- At beslutningsvejene i nogle delprojekter opleves, som uklare, og at det forsinket beslutninger om justeringer og fremdrift.

Udover de identificerede aktiviteter i delprojekterne er der også igangsat initiativer på tværs af delprojekterne. Disse initiativer har haft til formål at tydeliggøre formålet med Udviklingshospital Bornholm, og at understøtte en kulturændring i hele organisationen. Evalueringen af Udviklingshospital Bornholm er tilrettelagt, så der følger to yderligere devalueringer, I de kommende devalueringer vil udbyttet af disse initiativer samt den fortsatte implementeringsproces i delprojekterne undersøges nærmere.

Devalueringen peger desuden på, at der fortsat er et potentiale i at udnytte den ændrede økonomiske styringsmodel på Bornholms Hospital. Spørgsmålet er derfor fortsat, hvad der skal til for at den økonomiske styringsmodel udnyttes bedre, herunder hvordan og med hvilke midler ledere på forskellige niveauer i hospitalsorganisationen kan bidrage til at omsætte de ønskede forandringer.

I forhold til den kommende devaluering af Udviklingshospital Bornholm anbefales det på denne baggrund, at der rettes fokus mod:

- a) Hvad der skal til for at både afdelingsledere og afsnitsledere i højere grad påtager sig et ansvar for fremdriften i delprojekterne.

- b) Hvilke barrierer ledere på alle niveauer (afdelingsledelse, afsnitsledelse og projektledelse) udpeger som årsager til at den økonomiske styringsmodel ikke udnyttes i større grad end det hidtil har været tilfældet.
- c) Hvilken mening personalet tillægger Udviklingshospital Bornholm.
- d) Hvilke organisatoriske, økonomiske, ledelsesmæssige og styringsmæssige rammer personalet efterspørger for at indfri formålet med Udviklingshospital Bornholm.

I forhold til det kommende arbejde med delprojekterne anbefales det desuden, at det overvejes hvorvidt det er realistisk at engagere de nøgleaktører (herunder særligt lægerne), som er nødvendige for delprojekternes fremdrift indenfor den tilbageværende tidsramme, og hvorvidt det er nødvendigt enten at tilpasse eller afslutte enkelte delprojekter eller aktiviteter.

Devalueringens konklusioner er baseret på interview med hospitalsledelse, programleder for Udviklingshospital Bornholm, projektledere og projektgrupper knyttet til delprojekterne. Desuden gør devalueringen brug af skriftligt materiale vedrørende delprojekterne og tilgængelige opgørelser over gennemførte aktiviteter i delprojekterne samt opgørelser på definerede mål. Devalueringen er anden devaluering ud af fire, der afrapporteres samlet i 2019.

# 1 Baggrund og formål

Udviklingshospital Bornholm er et ud af flere udviklingsprojekter i Region Hovedstaden, som skal eksperimentere med værdibaseret styring. Konkret indebærer Udviklingshospital Bornholm, at Bornholms Hospital er fritaget fra Region Hovedstadens taksstyringsmodel i perioden 2016-2018. Desuden er der defineret otte delprojekter, som skal understøtte en målsætning om bedre patientoplevelse, kvalitet, højere faglighed og økonomisk effekt. Dette notat beskriver fundene fra anden del af evalueringen af Udviklingshospital Bornholm, og har fokus på status og fremdrift i de otte delprojekter.

## 1.1 Delevaluerings formål

VIVE har fået til opdrag at gennemføre en forskningsbaseret evaluering af Udviklingshospital Bornholm, der undersøger 1) effekten af Udviklingshospital Bornholm, og 2) implementeringsprocessen med fokus på at undersøge, hvordan de ønskede forandringer opnås og hvilke barrierer for delprojekterne specifikt og arbejdet med værdibaseret styring generelt, der opstår.

Denne del af evalueringen forholder sig specifikt til Udviklingshospital Bornholms delprojekter i perioden januar - oktober 2017 med fokus på status for delprojekternes hovedaktiviteter og de udviklings- og implementeringsprocesser, som er gennemført i delprojekterne i denne periode. Formålet er at undersøge, hvordan delprojekterne bidrager til konkrete forandringer i samspil med det øvrige hospital, projektorganisationen, ledere og medarbejdere på hospitalet samt i kommune og almen praksis. I tekstboksen nedenfor fremgår undersøgelsesspørgsmålene til denne delevaluering.

### Undersøgelsesspørgsmål – anden delevaluering

Hvordan udvikles og justeres mål og aktiviteter løbende i arbejdet med delprojekterne?

Hvordan forløber processen med videreudvikling og implementering af indsatserne, herunder hvilke aktiviteter, der er sat i gang og hvem der er inddraget?

Hvordan og hvilke dele af delprojekterne bidrager til forandringer i patientbehandling og – pleje?

Hvad hindrer/faciliterer de ønskede forandringer?

I hvilken grad er konkrete aktiviteter/processer implementeret?

Denne delevaluering gør brug af interviewmateriale, skriftligt materiale vedrørende delprojekterne og tilgængelige opgørelser over gennemførte aktiviteter i delprojekterne samt opgørelser over opfyldelse af de definerede mål i delprojekterne. Metode og empirisk materiale er beskrevet nærmere i Kapitel 2.

## 1.2 Udviklingshospital Bornholm

I perioden 2016-2018 er Bornholms Hospital fritaget fra Region Hovedstadens taksstyringsmodel, som et led i regionens forsøg med værdibaseret styring<sup>1</sup>. Ved at eliminere aktivitet, som et økonomisk styringsparameter er det forhåbningen, at der på Bornholms Hospital vil blive skabt mulighed

<sup>1</sup> Se fx (Højgaard, Wolf et al. 2016) og (Møller Pedersen 2017) for danske gennemgange af begrebet og den konkrete udmøntning i Danmark.

for at afprøve nye måder at tilrettelægge patientforløbene på, så de skaber værdi for patienterne og bidrager til mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Formålet med udviklingshospital Bornholm er:

- *Bedre patientoplevelt kvalitet af behandlingen og øget tilfredshed med kontakten til hospitalet*
- *Højere faglig kvalitet af pleje og behandling*
- *Bedre økonomisk effekt, herunder opnå og udbrede erfaringer med aftalte værdimål og afprøve*  
*(Region Hovedstaden 2016)*

For at understøtte disse mål har Bornholms Hospital igangsat otte delprojekter (se Tabel 1.1 for en oversigt over delprojekterne og de primære udviklingsaktiviteter).

De otte delprojekter blev udvalgt på baggrund af workshops med personale og patienter i foråret og sommeren 2016 samt erfaringer fra tiltag afprøvet på andre hospitaler i Danmark. Delprojekterne vedrører både akutte forløb, indlæggelsesforløb, ambulatorieforløb, udvikling og anvendelse af PRO-data, samt arbejdsgange omkring diagnostiske undersøgelser.

Delprojekterne er organiseret med en projektleder, en projektgruppe og en styregruppe. Projektlederne for de enkelte delprojekter er ledelseskonsulenter ansat i de enkelte afdelinger (Delprojekt 1, 2, og 5), kvalitets- og udviklingskonsulenter (Delprojekt 3 og 4) og eksterne udviklingskonsulenter (Delprojekt 6 og 8). Projektgrupperne består af repræsentanter for personale og ledelse internt på hospitalet samt repræsentanter for eksterne samarbejdspartnere i kommune og almen praksis. Det samme gælder styregrupperne, dog består styregrupperne i flere af delprojekterne kun af en styregruppeformand – typisk en repræsentant for afdelingsledelsen.

Det endelige projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm og dermed også de otte delprojekter, blev godkendt af Regionsrådet i Region Hovedstaden i september 2016 (Region Hovedstaden 2016). De otte delprojekter er derfor først blevet endeligt defineret, bemandet og begyndt implementeret i løbet af 1.-3. kvartal 2017.



**Tabel 1.1** De otte delprojekter og de primære udviklingsaktiviteter

Delprojekt	Primære aktiviteter
1: Fælles og fleksible ambulatorier	Tiltag, der kan bidrage til øget koordinering af ambulatorietider for patienter med flere diagnoser, herunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ samling af ambulatorietider</li> <li>▪ erstatning af fremmøde med telefonkonsultation</li> <li>▪ tværfaglige konferencer, hvor konkrete patientcases drøftes</li> </ul>
2: Ny visitationsform for akutte patienter	Tiltag, som kan reducere antallet af unødvendige indlæggelser, herunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ visitationsansvarlig overlæge, som er i dialog med praktiserende læger og akutmodtagelsen om indlæggelse af konkrete patienter</li> <li>▪ indførelse af sub-akutte ambulatorietider</li> <li>▪ større viden om kommunale tilbud på sundhedsområdet blandt hospitalets læger.</li> </ul>
3: Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis	Videokonferencer med praktiserende læge, hjemmesygeplejen (BRK) og hospitalslæger i forbindelse med udskrivning af patient.
4: Patientrapporterede oplysninger - PRO	Udarbejdelse af PRO-skema for udvalgte patientgrupper, og procedurer for personalets samtale med patienten om dette skema samt brug af PRO-besvarelser som værktøj til beslutningsstøtte.
5: Bedre bestilling og brug af diagnostik	Tiltag, der skal bidrage til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ at reducere antallet af stik i forbindelse med blodprøver</li> <li>▪ sikre bedre henvisninger til billeddiagnostik</li> <li>▪ reducere ventetid til blodprøvetagning.</li> </ul>
6: Bedre overblik for patienten over, hvad der skal ske og hvornår	Daglige tavlemøder, hvor bl.a. stuegangstider planlægges i personalegruppen.
7: Kultur, rammer og kompetencer	Fysiske rammer, skiltning, parkering mm.  Forskellige undervisningstiltag relateret til Udviklingshospital Bornholm, og tiltag rettet mod kulturforandring.
8: Følg patienternes præference i den sidste levetid	Udarbejdelse af skema til brug for personale i almen praksis, BRK og hospital i samtalen med patienter og pårørende om patientens ønsker til den sidste levetid.  Inkluderer også udarbejdelse af procedurer for denne samtale og kommunikation mellem sektorer.

Note: I Bilag 1 fremgår mere udførlige beskrivelser af de enkelte delprojekters mål, indhold, status og kommende fokusområder.

### 1.3 Læsevejledning

Dette notat har flere samtidige formål. 1) For det første tjener dette notat som en *dokumentation* af det forløb og de aktiviteter, som er gennemført som del af Udviklingshospital Bornholm i den tidsperiode, som devalueringen dækker. Denne dokumentation skal både indgå som empirisk og analytisk materiale i VIVEs slutevalueringen, og som baggrund for at tilrettelægge næste del af evalueringen (se Kapitel 5). 2) For det andet giver notatet en *status* til administration og politikere i Region Hovedstaden på forløbet i Udviklingshospital Bornholm og de foreløbige erfaringer med og udbytte af delprojekterne. Et af evalueringens formål er, at bidrage til en kvalificering af regionens arbejde

med værdibaseret styring, og dette notat er en del af den løbende tilbagemelding på de foreløbige erfaringer fra Udviklingshospital Bornholm. 3) For det tredje fungerer notatet som en *tilbage melding* til ledelse og personale på Bornholms Hospital, som kan bruge disse foreløbige fund, som læring og inspiration til det kommende arbejde med Udviklingshospital Bornholm.

For at imødekomme de mange formål er der både lagt vægt på relativt detaljerede beskrivelser af status og udvikling af de enkelte delprojekter, og at præsentere mere tværgående lærings- eller opmærksomhedspunkter.

I *Kapitel 2* beskrives den metode og det empiriske materiale som udgør grundlaget for denne anden devaluering, og dermed dette notats konklusioner. I *kapitel 3* præsenteres status på delprojekterne og tilgængelige, foreløbige data om målopfyldelse. I *kapitel 4* præsenteres de forhold som hhv. har bidraget til og udfordret delprojekternes fremdrift baseret på en analyse foretaget på tværs af delprojekterne. Notatet afsluttes i *Kapitel 5* med en konklusion og anbefalinger til det videre arbejde med delprojekterne på Bornholms Hospital samt anbefalinger til evalueringens videre fokus.

I *Bilag 1* fremgår en mere detaljeret oversigt over de enkelte delprojekters mål, primære aktiviteter, udfordringer og kommende fokusområder, hvor læseren kan orientere sig i de enkelte delprojekters udvikling og udfordringer. I *Bilag 2* præsenteres de foreløbige opgørelser over aktivitet og målopfyldelse i de enkelte delprojekter.

## 2 Evalueringsdesign, metode og empirisk materiale

I dette afsnit beskrives evalueringens design, metode og materiale. Først gennemgås det overordnede design for evalueringen af Udviklingshospital Bornholm og strategien for dataindsamling. Herefter følger en gennemgang af de specifikke metoder taget i anvendelse i denne anden devaluering samt det indsamlede empiriske materiale.

### 2.1 Evalueringen af Udviklingshospital Bornholm: det overordnede evalueringsdesign

VIVE har fået til opdrag at gennemføre en forskningsbaseret evaluering af Udviklingshospital Bornholm, der undersøger 1) effekten af Udviklingshospital Bornholm, og 2) implementeringsprocessen med fokus på at undersøge, hvordan de ønskede forandringer opnås og hvilke barrierer for delprojekterne specifikt og arbejdet med værdibaseret styring generelt, der opstår.

Det overordnede formål med evalueringen er:

- a) At undersøge og dokumentere effekten (output og outcome) af de ændrede økonomiske og styringsmæssige rammevilkår for Bornholms Hospital.
- b) At undersøge og dokumentere effekten (output og outcome) af de otte delindsatser, der igangsættes på hospitalet.
- c) At undersøge og dokumentere arbejdet med at implementere, justere og forankre indsatserne på hospitalet.
- d) At analysere mulighederne for at generalisere resultaterne i en bredere regional kontekst.

Den overordnede tilgang i evalueringen er, at følge den udvikling som foregår på Bornholms Hospital i relation til Udviklingshospital Bornholm. Det betyder for det første, at evalueringen er tilrettelagt med *flere devalueringer* fordelt over de tre år, som Udviklingshospital Bornholm varer. *Første devaluering* havde til formål at undersøge, hvorvidt og hvordan fritagelsen fra Region Hovedstadens takststyringsmodel havde påvirket aktivitet og omkostninger på hospitalet, og undersøge hvordan hospitalsdirektion og afdelingslederes vurderede de nye handlemuligheder, som den ændrede økonomisk styringsmodel gav (Madsen, Bolvig et al. 2017). Herefter følger en række empiriske nedslag i projektperioden for Udviklingshospital Bornholm, hvoraf dette notat præsenterer fundene fra *anden devaluering*. Medio 2018 følger endnu en devaluering, og i 2019 afsluttes evalueringen med en samlet analyse af hele forsøgsperioden (se evalueringens tidsplan i Figur 2.1).

**Figur 2.1** Tidsplan, Evaluering af Udviklingshospital Bornholm

		2016	2017				2018				2019
DE		4.kvt.	1.kvt.	2.kvt.	3.kvt.	4.kvt.	1.kvt.	2.kvt.	3.kvt.	4.kvt.	1. kv.
1	Komparativt registerstudie (sammenligning med andet hospital i regionen)										
	Indsamling og analyse af interview										
	Delrapport 1 (Offentliggjort på VIVEs hjemmeside)										
2	Indsamling af aktivitetsdata/målopfyldeelse indsatsniveau										
	Indsamling og analyse af interview										
	Delrapport 2 (notat)										
3	Indsamling af aktivitetsdata/målopfyldeelse indsatsniveau										
	Indsamling og analyse af interview										
	Delrapport 4 (notat)										
4	Komparativt registerstudie (sammenligning med andet hospital i regionen og før/efter-analyse)										
	Tværgående analyse og syntese										
	Slutrapport (Offentliggøres på VIVEs hjemmeside)										

Note: DE: Devaluering

Ambitionen om at følge Udviklingshospital tæt i hele projektperioden indebærer for det andet, at evalueringen bliver *tilpasset til den udvikling*, som Udviklingshospital Bornholm undergår. Det er således en implicit forventning, at der i et udviklingsprojekt af denne størrelse vil være behov for at justere aktiviteter, målgrupper og mål. Derfor er der både lagt op til at justere evalueringskriterierne, som skal indgå i den endelige slutevaluering i takt med at delelementerne i Udviklingshospital Bornholm konkretiseres og implementeres, og der foretages en løbende vurdering af, hvordan den kvalitative del af evalueringen tilrettelægges, så der skabes indsigt i den udvikling, som foregår. Behovet for denne dynamiske tilgang understreges af, at man har valgt at bruge Forbedringsmodellen<sup>2</sup> som model for udvikling og implementering af aktiviteterne knyttet til delprojekterne, hvilket indebærer at aktiviteterne først afprøves og justeres i lille skala, før de eventuelt implementeres permanent.

Konkret betyder valget af denne *eksplorative og dynamiske evalueringstilgang*, at der på den ene side anvendes en åben og deskriptiv tilgang, hvor informanterne får mulighed for at beskrive forløbet og forhold som faciliterer og udfordrer de ønskede forandringer, og at der på den anden side tages udgangspunkt i fundene fra tidligere devalueringer, som genbesøges og undersøges nærmere i den næste devaluering.

Metodisk består evalueringen af et komparativt registerstudie, hvor udviklingen i væsentlige resultatmål følges før, under og efter projektperioden, en analyse af aktivitetsdata og målopfyldeelse på delprojektniveau og en kvalitativ analyse af implementeringsprocessen.

<sup>2</sup> <http://www.rkkp.dk/kvalitetshandbog/4.-forbedringsmodellen-til-kvalitetsforbedring/>

## 2.2 Anden devaluering: Metode og empirisk materiale

Denne devaluering forholder sig til den del af formålet, der omhandler implementeringsprocessen og er tilrettelagt som en interviewundersøgelse kombineret med indsamling af deskriptive data, som kan give en oversigt over implementeringsgraden af aktiviteterne i de otte delprojekter.

### 2.2.1 Tilrettelægges af interview

Interviewene har jf. formålet haft til hensigt at skabe indsigt i de enkelte delprojekters udvikling med fokus på udvikling og justering af mål og aktiviteter, afprøvning og implementering af aktiviteter og aktuelle forhold som bidrager til eller udfordrer fremdriften. Der er derfor gennemført interview med projektledere, personale, ledere og samarbejdspartnere fra kommune og almen praksis, som indgår i projektgrupperne samt delprojekternes styregrupper. Derudover er der gennemført interview med programleder og hospitalsdirektion med henblik på også at afdække, hvordan delprojekterne understøttes og koordineres. Der er ikke gennemført interview med medarbejdere udover dem, som indgår i projektgrupperne. Det er sket ud fra en vurdering af, at delprojekterne i indsatserne endnu ikke har fået nogen stor praktisk betydning, og at personalet ikke har været involveret på en måde, så de kan bidrage med indsigt i delprojekternes udvikling og afprøvning. I Tabel 2.1 ses en oversigt over hvem der har deltaget i interviews, og hvornår interviewene er gennemført.

Det skal understreges, at skæringsdatoen for empiriindsamlingen til denne devaluering ikke har relation til milepæle eller aktiviteter i delprojekterne, men alene følger tidsplanen udarbejdet for den samlede evaluering af Udviklingshospital Bornholm. Ansvar for at indsamle interviewmateriale har været fordelt på flere af denne rapport forfattere<sup>3</sup>, som har tilrettelagt empiriindsamlingen uafhængigt af de andre. Nogle interviews er således gennemført i april-juni 2017, hvor andre er gennemført i august 2017. Heraf følger en udfordring med at formidle status for en periode, der strækker sig over relativt lang tid. Derfor er de skemaer, som formidler delprojekternes aktiviteter (Bilag 1) sendt til kommentering hos projektlederne for de respektive delprojekter primo oktober 2017. Formålet hermed var dels at validere skemaernes indhold, dels at sikre at skemaernes indhold var opdateret. Derudover har direktionen for Bornholms Hospital og programlederen for Udviklingshospital Bornholm haft dette notat til gennemsyn medio oktober 2017, og har også haft tilføjelser til skemaerne i Bilag 1. Der er dog fortsat en præmis for evalueringen, at delprojekterne udvikler sig samtidig med, at evalueringens analyser og notater udarbejdes, og at de løbende afrapporteringer derfor uundgåeligt er bagud i forhold til den aktuelle udvikling i Udviklingshospital Bornholm.

---

<sup>3</sup> Marie Henriette Madsen har haft ansvaret for delprojekt 1, Grete Brorholt har haft ansvaret for delprojekt 4, 6, og 8, og Martin Sandberg Buch har haft ansvaret for delprojekt 2, 3 og 5.

**Tabel 2.1** Oversigt over interview

Delprojekt	Interviewpersoner	Dato
1: Fælles og fleksible ambulatorier	Projektleder	Uge 17
	Medlemmer af projektgruppen:	
	▪ Sekretær og sygeplejerske, Afdeling for Medicinske Sygdomme	Uge 23
	▪ Ledende overlæge, Afdeling for Medicinske Sygdomme	Uge 24
	▪ Overlæge, Afdeling for Medicinske Sygdomme	Uge 39
2: Ny visitationsform for akutte patienter	Projektleder	Uge 17
	Medlemmer af styregruppe:	Uge 35
	▪ Praktiserende læge ▪ Sundhedschef, BRK	
3: Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis	Projektleder	Uge 17
	Medlemmer af projekt- og styregruppe:	Uge 36
	▪ Konsulent, BRK	
	▪ Sygeplejerske/Udskrivningskoordinator, Afdeling for Medicinske Sygdomme	
	▪ Ergoterapeut, Afdeling for Medicinske Sygdomme	
	▪ Oversygeplejerske, Afdeling for Medicinske Sygdomme	
	▪ Sundhedschef, BRK ▪ Praktiserende læge	
4: Patientrapporterede oplysninger - PRO	Projektleder	Uge 36
	Medlem af projektgruppe: • Overlæge, Afdeling for Medicinske Sygdomme	
5: Bedre bestilling og brug af diagnostik	Projektleder	Uge 17
	Medlemmer af styregruppe:	Uge 35
	▪ Leder af Diagnostisk Enhed ▪ Praktiserende læge	
6: Bedre overblik for patienten over, hvad der skal ske og hvornår	Projektleder	Uge 36
7: Kultur, rammer og kompetencer	Indgår ikke i evalueringen <sup>4</sup>	-
8: Følg patienternes præference i den sidste levetid	Projektleder	Uge 36
Direktion og programleder	Hospitalsdirektør Programleder	Uge 24 & Uge 34 Uge 19 & Uge 35

### 2.2.2 Interviewenes indhold

Interviewene fulgte en semi-struktureret interviewguide (Kvale 1994, Kvale 2009), som var tilpasset de enkelte informanter, men med udgangspunkt i samme temaer på tværs af interviewene. De temaer, som strukturerede interviewene var udvalgt på baggrund af de indledende hypoteser om,

<sup>4</sup> Delprojekt 7 vedrørte oprindeligt patientens vej igennem hospitalet (bedre fysiske rammer), og det blev derfor aftalt med Bornholms Hospital og Region Hovedstaden, at dette delprojekt ikke indgik særskilt i evalueringen, men at betydningen af de fysiske og organisatoriske/kulturelle rammer, som er i fokus i dette delprojekt, belyses.

hvad der vil bidrage til og udfordre de ønskede forandringer i Udviklingshospital Bornholm samt den indsigt, som evalueringens første del bidrog med.

Følgende temaer strukturerede interviewene:

- *Hvilke aktiviteter gennemføres, og hvilke aktører inddrages?*

Dette tema har et kortlæggende sigte, idet en del af opdraget til evalueringen er løbende opfølgning og dokumentation af status på Udviklingshospital Bornholm. Herunder hører også en afdækning af, hvem og hvordan forskellige aktører er inddraget.

- *Processen med at udvikle og definere mål, målgrupper og aktiviteter i delprojekterne*

Projektgrundlaget, der beskriver de overordnede mål og ideer knyttet til delprojekterne blev godkendt i september 2016. Herefter har der været behov for en yderligere specificering af konkret indhold og mål for de enkelte delprojekter. Samtidig viser undersøgelser fra andre sundhedssystemer, hvor værdibaseret styring er forsøgt implementeret, at konkretiseringen af konceptet er en væsentlig udfordring (Andersson, Bååthe et al. 2015, Frederiksson, Ebbevi et al. 2015). Dette tema sigter således mod at undersøge denne proces frem mod et endeligt projektdesign, og hvad der har hhv. bidraget til og udfordret denne proces.

- *Organisering og ledelse i og omkring delprojekterne*

I første devaluering fremgik det, at det kun var en afgrænset gruppe, som var engageret i delprojekternes fremdrift, og at Udviklingshospital Bornholm enten var for abstrakt eller usynligt for den resterende gruppe af ledere og personale på hospitalet. Derfor undersøges det, hvem der deltager og er betydningsfulde for delprojekternes fremdrift, og om man i delprojekterne får involveret, dem som man anser for relevante og nødvendige deltagere. Desuden viser undersøgelser, at ledelse af organisatoriske forandringstiltag, som fx værdibaseret styring, skal foregå i og udfordres af en organisatorisk kontekst med stærke og autonome professioner (Nilsson, Sandoff 2016, Bååthe, Norbäck 2013). Der er derfor også fokus på hvem der tager og får tildelt en drivende rolle i delprojekterne, og hvilke udfordringer der er knyttet til den valgte organisering omkring delprojekterne.

- *Kontekstforhold, som har bidraget til aktuel status og fremdrift*

Dette tema har fokus på den kontekst, som er med til at rammesætte arbejdet med Udviklingshospital Bornholm. I første devaluering fremgik det, at Udviklingshospital Bornholm var i stærk konkurrence med andre samtidige forandringsprojekter, såsom Sundhedsplatformen og organisationsændringer internt på hospitalet. Derfor bliver der under dette tema fulgt op på den eventuelt fortsatte betydning af disse samtidige udviklingsprocesser og andre forhold i og omkring Bornholms Hospital, som har påvirket delprojekternes fremdrift.

### 2.2.3 Aktivitetsdata og data om målopfyldelse

I forbindelse med interviewene er der blevet efterspurgt og indsamlet data om status og målopfyldelse på de aktiviteter, som indgår i de enkelte delprojekter. Det er ikke formålet, at disse data skal bruges som angivelse af delprojekternes effekt, idet disse først opgøres i den endelige slutevaluering. Der er i stedet tale om deskriptive data, som indsamles løbende i delprojekterne for at give en indikation af projekternes fremdrift og status over tid. Samtidig skal de i slutevalueringen anvendes til at sandsynliggøre, hvilke dele af Udviklingshospital Bornholm som har bidraget til potentielle effekter.

Konkret har programlederen for Udviklingshospital Bornholm udarbejdet et skema, hvor projektlederne for de otte delprojekter kan opgøre aktivitetsdata og målopfyldelse indenfor de enkelte delprojekter. Disse skemaer indsamles løbende i forbindelse med fælles møder med projektlederne for

de otte delprojekter. Til denne devaluering blev seneste opgørelse inkluderet (tilsendt hhv. 12. og 31. oktober 2017). Da indsatserne i de enkelte delprojekter ikke er tilstrækkeligt implementeret og implementeringen af Sundhedsplatformen har udfordret muligheden for at trække valide aktivitetsdata ud i perioden, har det ikke været muligt at skaffe data for alle delprojekter.

De tilgængelige data beskrives i afsnit 3 (og Bilag 2) i den form, som de er tilsendt af Bornholms Hospital uden yderligere bearbejdning.



## 3 Delprojekternes status og fremdrift

Denne delevaluerings formål er, at undersøge hvordan delprojekterne bidrager til konkrete forandringer, og i dette kapitel præsenteres status på aktiviteter i delprojekterne (afsnit 3.1) og de foreløbige data om opfyldelse af de definerede mål i delprojekterne (afsnit 3.2). Kapitlet er for det første baseret på interviewdata, som først er analyseret i relation til de enkelte delprojekter (se Bilag 1, hvor de enkelte delprojekter er beskrevet), hvorefter der er lavet den tværgående analyse, som præsenteres i dette kapitel og i kapitel 4. For det andet er kapitlet baseret på de opgørelser over aktivitet og målopfyldelse, som der løbende laves i delprojekterne. Projektledere for nogle delprojekter har udarbejdet figurer, der viser udvikling i aktivitet og relevante mål over tid. Disse er gengivet i bilag 2, og beskrives i afsnittet.

### 3.1 Status på aktiviteter i delprojekterne

Det er karakteristisk for alle delprojekter, at forberedelse og justering af de valgte aktiviteter i delprojekterne har fyldt meget i den undersøgte periode. I langt de fleste delprojekter var desuden man i gang med at afprøve konkrete forbedringsaktiviteter. Eksempler herpå er<sup>5</sup>:

- Delprojekt 1 (*Fælles og fleksible ambulatorier*):
  - Gennemførelse af tværfaglige konferencer, hvor en ugentlig middagskonference er afsat til fælles drøftelse af en patientcase. Gennemført en gang om ugen siden marts 2017 (se Bilagsfigur 2.1).
- Delprojekt 2 (*Ny visitationsform for akutte patienter*):
  - Oprettelse (ultimo september 2017) af funktion som visitationsansvarlig læge i medicinsk ambulatorium, som kan modtage opkald fra praktiserende læger og hospitalets akutmodtagelse og drøfte om en patient skal indlægges eller eventuelt kan tilses i et ambulatorie. Der har tidligere i 2017 været oprettet en tilsvarende funktion, men uden at den blev brugt. Antallet af gennemførte samtaler er fortsat sparsomt (se Bilagsfigur 2.6).
  - Oprettelse af sub-akutte tider i medicinsk ambulatorium (ultimo september 2017). Primo oktober 2017 var fire patienter blevet henvist til sub-akutte tider.
  - Udvikling og pilotafprøvning af undervisning for KBU<sup>6</sup>-læger om kommunale tilbud på sundhedsområdet. Indgår nu i introduktionsprogrammet for læger og forventedes afholdt igen i oktober 2017.
- Delprojekt 3 (*Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivning*):
  - Afprøvning af videokonferencer mellem hospitalslæge, praktiserende læge og personale i BRK. I alt var der gennemført 7 videokonferencer, og ingen siden april 2017.
- Delprojekt 4 (*Patientrapporterede oplysninger - PRO*):
  - Udvælgelse spørgeskema med validerede spørgsmål for patienter visiteret til hofte- og knæalloplastik. Desuden videreudvikling heraf med fokus på reduktion af antal spørgsmål.
  - Afprøvning af spørgeskema på 6 patienter.
  - Beskrivelse af procedurer for brug af spørgeskema samt beskrivelse af tilbud til patienter, der skal hhv. opereres og ikke opereres (træning, smertekursus og væggtab).
- Delprojekt 5 (*Bedre bestilling og brug af diagnostik*):

---

<sup>5</sup> Se den detaljerede gennemgang i Bilag 1.

<sup>6</sup>KBU: Klinisk basis uddannelse

- Undervisning af hospitalets læger og praktiserende læger i den gode henvisning til billedagnostik. Gennemført én gang, delmål nået (se Bilagsfigur 2.7).
- Delprojekt 6 (*Bedre overblik over, hvad der skal ske og hvornår*):
  - Gennemførelse af tavlemøder. Dagligt siden medio september 2017.
- Delprojekt 8 (*Følg patientens præferencer i den sidste tid*):
  - Afprøvning af samtaleskema til patienter på 6 borgere i BRK, og 1 borger på hospitalet.

I flere af delprojekterne har der som nævnt foregået et forberedende arbejde udover eller forud for afprøvning af konkrete aktiviteter. Der har fx været behov for indkøb af udstyr (Delprojekt 3 og 6), beskrivelse af arbejdsgange knyttet til projekternes hovedaktiviteter (Delprojekt 3, 4, 6 og 8), udarbejdelse af informationsmateriale (Delprojekt 6) og udarbejdelse af konkrete værktøjer til brug for delprojekternes hovedaktiviteter (Delprojekt 4 og 8). Samtidig har der i nogle projekter været behov for at foretage ændringer i eller specificere målgruppen (Delprojekt 2 og 3), reformulere delprojektets formål (Delprojekt 4), justere de planlagte aktiviteter eller udskyde afprøvningen heraf (Delprojekt 1, 2, 3 og 6) og flytte afprøvning af aktiviteter fra et afsnit på hospitalet til et andet (Delprojekt 6).

Delprojekt 4 (*Patientrapporterede oplysninger - PRO*) var det delprojekt, som havde været længst tid om, at definere mål, målgrupper og aktiviteter. Projektgruppen, hospitalets ledelse og VIVE som evaluator har haft forskellige holdninger til, hvad afprøvningen af PRO skal bruges til, og hvad formålet med delprojektet er. Konkret har der været en diskussion af, hvorvidt PRO skulle bruges som et redskab til at inddrage patienter i egen behandling eller som redskab til beslutningsstøtte for det kliniske personale<sup>7</sup>. Derfor har der været behov for at foretage flere tilbageløb og redefinere delprojektets formål og omskrive projektbeskrivelsen, samtidig med at det konkrete PRO-spørgeskema har været under udvikling. Der har altså været et betydeligt arbejde i dette projekt både med at tilpasse mål og formål til mange forskellige forventninger og foretage forskellige nødvendige forberedelser relateret til at udarbejde konkrete værktøjer (PRO-spørgeskemaer) og beskrive arbejdsgangene relateret til brug heraf. Det har i dette delprojekt været medvirkende til, at man først nu er så langt, at PRO-spørgeskemaet kan afprøves. Sidenhen (oktober 2017) har Bornholms Hospital lavet en aftale med Ålborg Universitetshospital om et samarbejde, hvor Bornholms Hospital gør brug af det PRO-redskab (med mulighed for at tilføje enkelte spørgsmål) outcome-mål og IT-system, som Ålborg Universitetshospital bruger. Derved kan man i delprojekt 4 komme i gang med at afprøve og skabe erfaringer med PRO samtidig med, at man kan foretage en sammenligning af outcome-mål med Ålborg Universitetshospital

Nogle delprojekter har brugt en del tid på, at afdække potentialet af de planlagte indsatser i delprojektet og omfanget af det problem, som skulle løses. Til denne gruppe hører delprojekt 2 (*Ny visitationsform for akutte patienter*), hvor projektgruppen har gennemgået, hvilke patienter der hyppigt har en ambulant kontakt. Her fandt man, at kateterpatienter er en gruppe af patienter, som hyppigt har en akut ambulant kontakt, fordi kateteret ikke er rengjort ordentlig. Dette fund gav anledning til at definere kateterpatienter, som specifik målgruppe i delprojektet, og deraf fulgte også et eksplicit fokus på kateterpleje både i den kommunale sygepleje og på hospitalet. Patienter med en psykiatrisk diagnose vidste sig også at være en gruppe patienter med hyppige akutte ambulante kontakter, og er også blevet skrevet ind i delprojektet, som særlig målgruppe. Til gengæld har datakodning været så dårlig, at det ikke har været muligt at identificere og lave opgørelser over unødvendige akutte kontakter mere generelt, og dermed også at identificere årsager og alternativer til disse indlæggelser. Derfor har man igangsat en case-baseret gennemgang af patienter, som bliver akut indlagt og

<sup>7</sup> Der er generelt – og ikke bare på Bornholms Hospital - mange forventninger til hvad PRO-data skal kunne, herunder at det potentielt både kan bruges som et værktøj til patientinddragelse, til beslutningsstøtte, til kvalitetsudvikling, til forskning og som et styringsmål (Videnscenter for Brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (ViBIS) 2016).

hvor personalet vurderer, at de kunne have undgået en indlæggelse. Hensigten er, at projektgruppen skal udarbejde lister over risikopatienter, og på den måde identificere mulige alternativer til indlæggelser.

Til gruppen af delprojekter, som har brugt tid på grundig datagennemgang hører også delprojekt 5: (*Bedre bestilling og brug af diagnostik*). Her har man foretaget et omfattende analysearbejde af omfanget af efterbestillinger på blodprøver, unødvendige stik og kvaliteten af henvisninger (se (Helt-Hansen 2017) for den del af analysearbejdet, som vedrører stik). Disse undersøgelser har vist, at flere af de antagelser, som delprojektet bygger på – herunder at der tages unødigt mange blodprøver på hospitalet og at efterbestillingsraten kan øges – kunne tilbagevises.

Ovenstående gennemgang af delprojekternes status viser, at delprojekterne ikke var samme sted i en udviklings- og afprøvningsproces. Selvom denne gennemgang viser en fremdrift i de nævnte delprojekter, så var det er karakteristisk, at delprojekterne generelt set ikke var ret langt med implementeringen af de respektive aktiviteter, idet de fleste projekter først var blevet igangsat i efteråret 2017, fortsat arbejdede i meget lille skala og/eller kunne gennemføres uden at gribe ind i hospitalets øvrige drift.

I det følgende afsnit gennemgås de foreløbige, tilgængelige data om delprojekternes målopfyldelse.

### 3.2 Foreløbige data om målopfyldelse

Som det fremgår af afsnit 3.1, så er det i flere af delprojekterne for tidligt, at opgøre om de enkelte delmål er nået. Flere af delprojektlederne beskrev det desuden som en udfordring, at få adgang til data, bl.a. på grund af Sundhedsplatformen, og derved følge op på delprojekternes målopfyldelse. Det er af disse grunde sparsomt med data om målopfyldelse i denne devaluering.

I delprojekt 2 (*Ny visitationsform for akutte patienter*) har man dog opgjort antal indlagte patienter med KOL, antallet af indlagte og ambulante patienter med kateter- og urinvejsretention og antal ambulante patienter med psykiske diagnoser pr. måned i 2017 (se Bilagsfigur 2.2-Bilagsfigur 2.5). For alle patientgrupper er der tale om relativt små tal, som gør det vanskeligt at tolke på udviklingen, selvom der for alle patientgrupper ses en tendens til et fald i aktivitet over året og et fald sammenlignet med aktiviteten i 2016.

I delprojekt 5 (*Bedre bestilling og brug af diagnostik*) gennemførte man i februar 2017 en journalaudit, der viste et behov for at gennemføre undervisning af både praktiserende læger og hospitalets egne læger i den gode henvisning til billeddiagnostik. En opfølgende journalaudit gennemført i august 2017 viste, at delmålet om øget kvalitet i henvisningerne er nået (se Bilagsfigur 2.7). Data vedrørende ventetid på blodprøvetagning har vist, at målet om at halvere andelen af patienter, der venter mere end 20 minutter ikke er nået (se Bilagsfigur 2.8), men man har identificeret, at der primært er ventetid i ugens første dage, og er ved at udarbejde informationsmateriale til patienter om at sprede deres besøg på andre dage. Som tidligere nævnt viste den gennemførte dataanalyse, at omfanget af unødvendige blodprøver var mindre end antaget, og delmål knyttet hertil derfor allerede var indfriet.

Der foreligger endnu ingen opgørelser over målopfyldelsen i de øvrige delprojekter.

### 3.3 Særlige indsatser fra programleder og direktion

Selvom programleder og direktionen ikke har direkte ansvar for delprojekterne, så har de et overordnet ansvar for at sikre tværgående koordination mellem delprojekterne og det samlede projekts fremdrift og målopfyldelse. Som led heri har der i denne devalueringssperiode været igangsat en indsats for at formidle en entydig fortælling om formålet med Udviklingshospital Bornholm og også en fortælling om, hvordan Udviklingshospital Bornholm hænger sammen med de andre forandringsprocesser på hospitalet (fx akutmodtagelsen og implementering af Sundhedsplatformen). Denne fortælling er specifikt blevet brugt i en række såkaldte road-show, hvor direktionen har været rundt i alle hospitalets afsnit for at gå dialog med personalet om Udviklingshospital Bornholm.

Dernæst havde man valgt at gennemføre et undervisningsforløb – 'Hverdagen udfordringer' - med udgangspunkt i teorien om 'Service Profit Chain' (Heskett, Jones et al. , kort introduktion), som har til formål at påvirke til en kultur på hospitalet, hvor hver enkelt medarbejder skal have fokus på, hvad de kan gøre for at skabe gode patientforløb. Heri ligger en opfordring til alle – personale, afsnits- og afdelingsledere - om at man selv tager initiativ til at lave forandringer, som skaber værdi for patienterne frem for at vente på, at nogen andre gør det eller skaber de nødvendige organisatoriske og økonomiske rammer for en forandring. Dette tiltag var et udtryk for, at programleder og direktion vurderede, at værdibaseret styring kræver mere end en ny økonomisk styringsmodel; det er også en kulturændring og en anden måde at tænke på.

Det var endnu for tidligt at undersøge udbyttet af både road-show og undervisningsforløbet indenfor denne devalueringss tidsramme, men nævnes her som del af en status over de tiltag, der er sat i gang udover delprojekterne. Kommende devalueringer vil følge op på disse tiltag såvel som den videre implementeringsproces i delprojekterne.

## 4 Udvikling, afprøvning og implementering af indsatser i delprojekterne

Dette kapitel præsenterer den tværgående analyse af, hvad der har bidraget til og udfordret udviklingen, afprøvningen og implementeringen af de ønskede indsatser i delprojekterne. Kapitlet trækker på mere detaljerede beskrivelser af de enkelte delprojekter (Bilag 1), og er baseret på interview med projektledere, projekt- og styregrupper samt interview med direktion og programleder for Udviklingshospital Bornholm. I de enkelte afsnit sammenholdes analysen med forskningslitteratur omhandlende implementering af værdibaseret styring og organisatoriske forandringsprojekter i sundhedsvæsenet mere generelt.

Delprojekterne er grebet forskelligt an, er forankret forskellige steder i hospitalsorganisation og er blevet modtaget forskelligt af dem, som skal udføre de definerede aktiviteter i delprojekterne. De temaer som tages op i afsnit 4.1-4.6 har derfor ikke nødvendigvis været gældende eller relevante i alle delprojekterne. De kommende afsnit skal læses som en tematiseret opsamling af de udfordringer, som interviewpersonerne hver især har fremhævet i relation til de delprojekter, og ikke som udfordringer, der er gældende i samtlige delprojekter.

### 4.1 Opstart og behov for refokusering af delprojekterne

Fælles for delprojekterne var, som det beskrives i afsnit 3.1, at der har været behov for et forberedelsesarbejde før afprøvningen af de enkelte indsatser kunne gå i gang. Det har bl.a. handlet om forberedelse af konkrete værktøjer (fx samtaleskema til brug for en dialog med patienter og pårørende om den sidste tid og PRO-skema) og sørge for de tekniske foranstaltninger var i orden. Flere delprojekter har også været nødt til at reformulere projektbeskrivelsen for at tilpasse de foreslåede aktiviteter til den konkrete organisatoriske kontekst. Det har fx handlet om:

- Redefinering af formål og mål (og navigering mellem mange forventninger).
- Udpegning og detaljering af konkrete indsatser.
- Identificering af nøgleaktører, udskiftning af nøgleaktører, afklaring af nøgleaktørers vilje og ressourcer til at indgå i afprøvning og forsøg på at engagere nøgleaktører

Denne udvikling ligner den udvikling, som beskrives i undersøgelser af implementering af værdibaseret styring i andre sundhedssystemer (Nilsson, Bååthe et al. 2017), og der blev i interviewene beskrevet flere årsager hertil. Behovet for en yderligere detaljerings- og reformuleringsproces skal bl.a. ses i lyset af, at Udviklingshospital Bornholm skiftede programleder i løbet af sommeren og efteråret 2016. I en overgangsperiode var Udviklingshospital Bornholm uden programleder, og her påtog hospitalets direktion sig arbejdet med, at definere og beskrive de otte delprojekter. Direktionen og flere projektledere beskriver, at færdiggørelsen af projektgrundlaget for Udviklingshospital Bornholm endte med at gå meget hurtigt. Udover, at der blev tabt momentum og opstod forsinkelser ved den midlertidige periode uden programleder, så beskriver direktionen på Bornholms Hospital desuden en proces med meget kort tid fra beslutningen om, at Bornholms Hospital skulle være udviklingshospital til det færdige projektprogram skulle foreligge til politisk godkendelse<sup>8</sup>. Dette er også

---

<sup>8</sup> Region Hovedstadens Sundhedsudvalg besluttede at gøre Bornholms Hospital til Udviklingshospital i februar 2016. I marts 2016 afholdt Bornholms Hospital Kick-off seminar, hvor de første ideer til fokusområder blev indsamlet, og siden blev der afholdt workshops med deltagelse fra personale og patienter med henblik på yderligere generering af ideer. Det endelige projektgrundlag blev godkendt af Regionsrådet for Region Hovedstaden i september 2016.

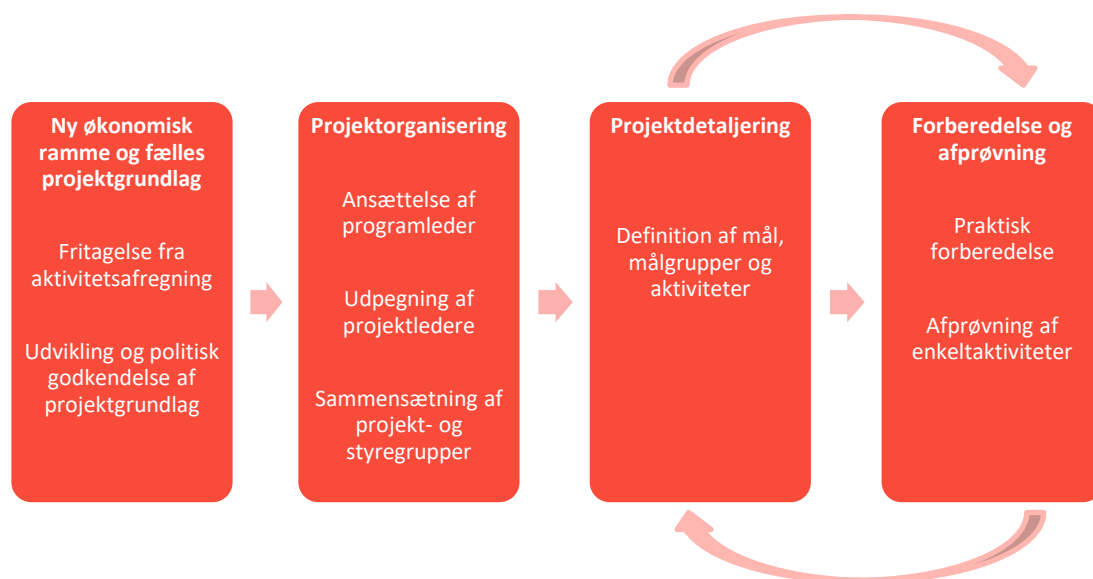
afspejlet i projektgrundlaget for Udviklingshospital Bornholm, hvor delprojekterne er beskrevet relativt kort på strategisk niveau (Region Hovedstaden 2016).

Konsekvensen af denne relativt korte periode til beskrivelse af projektprogrammet var, at der efterfølgende var behov for, at skabe klarhed om projekternes formål, de adresserede problemers størrelse, og ikke mindst om der var opbakning til dem blandt de aktører, som skulle udføre dem. Alle delprojekter har således været igennem en proces, hvor de i varierende omfang har formuleret mere specifikke formål og konkretiseret de aktiviteter, som skal gennemføres i forbindelse med implementering. Selv i delprojekter, hvor mål og aktiviteter har været relativt veldefinerede, fx delprojekt 3 (*Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse*), har der været behov for en yderligere afgrænsning af, hvilke patientgrupper, som skulle være målgruppe for de ønskede forandringer.

Delprojekt 3 er desuden blevet mødt med stor modstand (se afsnit 4.4), og et eksempel på, hvordan man har været nødt til at overveje et helt nyt set-up for afprøvningen af projektets hovedaktiviteten (videokonference med praktiserende læger og BRK) for at motivere hospitalets læger til at deltage. Projektgruppen for delprojektet og styregruppen for Udviklingshospital Bornholm har derfor i efteråret 2017 drøftet om delprojektet skulle konverteres til et forskningsprojekt. Forslaget indebar, at man gennemførte et kontrolleret forsøg med en mindre gruppe patienter, fordi man mente at det kunne bidrage til at motivere lægerne til at deltage i afprøvningen. Det blev afvist af styregruppen, som ønskede at fortsætte med den oprindelige model, hvor alle patienter i Afdeling for Medicinske Sygdomme forbliver målgruppen, og hvor alle speciallæger deltager i afprøvningen.

En del af den begrænsede fremdrift i flere delprojekter kan med udgangspunkt i ovenstående ses, som et resultat af behovet for at konkretisere mål, målgrupper, aktiviteter og hovedaktører i de enkelte delprojekter, dvs. en gentagelse af det indledende forberedende arbejde, men tilpasset de udfordringer, som er opstået i delprojekterne undervejs (illustreret ved pilene i figur 4.1).

**Figur 4.1** Udviklingen af delprojekterne illustreret i faser



## 4.2 Baggrund og kompetencer hos projektlederne

Projektlederne for de enkelte delprojekter har forskellig baggrund, og organisatorisk tilknytning. Nogle er uddannet i projektledelse og Forbedringsmodellen andre er ikke, nogle har arbejdet i hospitalsvæsenet i mange år og andre har en baggrund fra helt andre sektorer og endelig er nogle projektledere ansat i de kliniske afdelinger på hospitalet, hvor andre er ansat i hospitalets Kvalitets- og Uddannelsesafdeling eller er eksterne konsulenter. På baggrund af interviewene er det ikke muligt at udlede, hvorvidt disse forskelle har haft betydning for fremdriften i projektet, idet mange andre forhold har haft betydning<sup>9</sup>. Det er dog muligt at udpege en tendens til, at projektlederne har grebet deres opgave forskelligt an, afhængig af deres baggrund og organisatoriske tilknytning.

Blandt de delprojektledere, som er ansat i en klinisk afdeling, blev det fremhævet som en fordel, at der er mulighed for en tæt og daglig kontakt med afdelingsledelsen i den pågældende afdeling og med det personale, som skal deltage i afprøvningen af delprojektets aktiviteter. Samtidig var der også i denne gruppe stor opmærksomhed på, at personalet var presset af den daglige drift og af de udviklingsprocesser, som forløb samtidig med Udviklingshospital Bornholm. Det havde i nogle delprojekter ansporet til, at man holdt lidt igen i relation til afprøvningen af delprojekternes aktiviteter frem for at presse på, eller at man startede med de aktiviteter, som kunne gennemføres uden at tage tid fra driften. Selvom de eksternt ansatte projektledere anerkendte og var opmærksomme på, at ledere og medarbejdere havde travlt, og at det var en udfordring at få dem til at prioritere Udviklingshospital Bornholm, så beskrev de det også som en fordel at både de og deres projektgrupper udelukkende fokuserede på delprojektet. De skulle fortsat navigere i og tage hensyn til den omgivende organisation, men mere som en præmis for delprojektet frem for et sidestillet hensyn. Ulemper for denne gruppe projektleder var til gengæld, at de ikke havde den daglige kontakt med ledere og personale, og derfor ikke kendte til eventuelle interne konflikter, som kunne påvirke projekterne.

Flere af projektlederne har erfaring med projektledelse, men kun to er uddannet i Forbedringsmodellen. Flere projektledere påpegede i interviewene, at de manglede viden om og konkret erfaring med Forbedringsmodellen, som metode til at arbejde med udvikling og implementering på. Nogle projektledere gav desuden udtryk for, at mangle helt grundlæggende projektlederkompetencer. Projektlederne havde derfor forskellige udgangspunkt for at løse den opgave de havde fået, og havde grebet efter de måder at arbejde på som de kendte i forvejen eller som blev efterspurgt i projektgruppen. Programlederen vurderede bl.a., at ideen om, at starte i de små og derefter udvide de ønskede forandringer i takt med, at man opnår erfaring og får justeret interventionen havde været udfordrende at efterleve i flere af delprojekterne. I nogle delprojekter havde man eksempelvis haft behov for, at lave et stort indledende analysearbejde for at undersøge de underliggende problemer, og i andre delprojekter havde man haft svært ved at komme i gang før delprojekternes aktiviteter var endeligt definerede og planlagt. Dette kan derfor også bidrage som en forklaring på, at forberedelse og planlægning har fyldt så relativt meget, som beskrevet i afsnit 4.1.

For at imødekomme forskel i erfaring og kompetencer har en konsulent fra Dansk Selskab fra Patientsikkerhed undervist i de konkrete værktøjer i Forbedringsmodellen for den samlede projektledergruppe med individuel opfølgning.

---

<sup>9</sup> Jf. de øvrige afsnit i dette kapitel.



### 4.3 Ledelsestilknytning og beslutningsveje

I forskningslitteraturen om implementering i sundhedsvæsenet peges der bl.a. på, at der er behov for implementeringsstrategi, der er samstemt på alle ledelsesniveauer, og som entydigt støtter, belønner og forventer bestemte hændelser, adfærd og procedurer. Heraf fremgår det, at ledelsens ageren på den ene side indgår i og er afhængig af de økonomiske, styringsmæssige og organisatoriske omgivelser. På den anden side er den enkelte leders måde at agere på også vigtig, fx i forhold til at allokere ressourcer, i forhold til hvad ledelsen fokuserer og måler på, hvad de belønner og i forhold til hvad de søger at fremme i organisationen via uddannelse, kompetenceprofiler mm.. (Damschroder, Aron et al. 2009, Aarons, Ehrhart et al. 2014, Øvretveit, Andreen-Sachs et al. 2012). I første del af VIVE's evaluering af Udviklingshospital Bornholm (Madsen, Bolvig et al. 2017) fremgik det, at det var uklart, hvilken rolle afdelingsledelsen på hospitalet havde i forbindelse med Udviklingshospital Bornholm. Der var således en tydelig forventning fra afdelingsledelsens side om, at ansvaret for initiativ og fremdrift lå hos projektgruppen og projektlederne knyttet til de enkelte delprojekter. Fra direktion og projektdeltageres side, var der til gengæld en forventning om, at afdelingsledelserne skulle understøtte og bakke op om delprojekterne enten i deres roller som styregruppeformænd eller som afdelingsleder for den afdeling, hvor delprojektets aktiviteter skulle gennemføres. I interviewene fortalte direktion og programleder, at direktionen i denne devalueringssperiode havde haft fokus på en dialog med afdelingslederne om deres opbakning til og ansvar for Udviklingshospital Bornholm. Direktion og programleder vurderede, at denne dialog havde haft en effekt, idet afdelingslederne ikke længere var i tvivl om, at de havde et ansvar for delprojekternes fremdrift. Samtidig gav de udtryk for en erkendelse af, at afdelingsledernes opbakning og ansvar for at drive delprojekterne fremad kunne have været håndteret tidligere i forløbet. Endelig beskrev direktion og programleder, at de også så et udnyttet potentiale i forhold til at få afsnitslederne<sup>10</sup> involveret i delprojekterne, og gjort dem ansvarlige for at afprøve og implementere konkrete aktiviteter. Dette var således et fremtidigt fokusområde<sup>11</sup>.

Interviewene med projektlederne bekræftede vurderingen af, at afdelingslederne overvejende støtter op om de aktiviteter og de mål, som er defineret i delprojekterne, men at ledelsestilknytningen fortsat var en udfordring. Nogle projektledere fortalte om situationer, hvor direktionen havde truffet beslutninger uden om afdelingsledelsen og delprojektets styregruppe, for at bringe delprojektet videre. Det havde ført til en uklarhed om, hvem der har de nødvendige beslutningskompetencer i spørgsmål, der vedrørte Udviklingshospital Bornholm og delprojekterne. Denne uklarhed var også at spore i relation til delprojekternes styregrupper, hvor især én projektleder gav udtryk for en oplevelse af, at det var uklart hvilken beslutningskompetence der var i delprojekternes styregrupper i forhold til styregruppen for hele Udviklingshospital Bornholm. Oplevelsen var, at delprojekternes egne styregrupper havde meget lille mandat i forhold til styregruppen for Udviklingshospital Bornholm, og derfor var et unødvendigt komplicerende led i projektorganisationen. I efteråret 2016 blev der udarbejdet et kommissorium<sup>12</sup> for delprojekternes styregrupper, projektgrupper og for projektledere og programleder. Her beskrives en arbejdsdeling, hvor *delprojekternes styregrupper* skal sikre målopfyldelse og fremdrift i delprojektet med udgangspunkt i den godkendte projektbeskrivelse, tidsplan og budget, og at ønsker eller forslag til ændringer i delprojekter, skal indstilles til *styregruppen for Udviklingshospital Bornholm*, som træffer beslutning om eventuelle ændringer. Det er imidlertid ikke muligt på baggrund af interviewene, at afgøre om ovennævnte oplevelser af en uklar arbejdsdeling bunder i styregruppeformænd, der ikke har løftet opgaven, eller om der er tale om en organisering, der skaber uklare beslutningsveje, når den skal fungere i praksis. Det kan derfor blot fremhæves, som en udfordring i nogle delprojekter, som har ført til større eller mindre forsinkelser, og

<sup>10</sup> Udvidet ledelsesforum

<sup>11</sup> Der er desuden sat en proces i gang i regi af Center HR, Region Hovedstaden omkring brug og involvering af denne gruppe.

<sup>12</sup> Internt notat, dateret 26. oktober 2016.



som i nogle tilfælde har medført, at projektlederne valgte at gå udenom egen styregruppe, når beslutninger relateret til delprojektets fremdrift skulle træffes.

Afdelingsledelsens engagement i delprojekterne skal desuden ses i lyset af, at Udviklingshospital Bornholm foregår samtidig med andre store udviklings- og forandringsprocesser. I første devaluering (Madsen, Bolvig et al. 2017) var det et markant fund, at sammenfaldet af Udviklingshospital Bornholm med implementering af Sundhedsplatform og en større organisationsændring var medvirkende til Udviklingshospital Bornholm ikke fin den nødvendige prioritet. I denne devaluering gav direktion, programleder og projektlederne også udtryk for en oplevelse af, at ledelse og personale fortsat var pressede af de mange samtidige udviklings- og forandringsprocesser.

*"Når der mangler fire ud af fem læger, så er det logisk, at det der fylder mest, det er at få operationsprogrammet til at hænge sammen" (Direktør)*

Direktion, programleder og projektledere beskrev det derfor, som et præmis i for Udviklingshospital Bornholm, at engagement og deltagelse i konkrete arbejdsopgaver skulle findes i en organisation, som kun har haft et begrænset overskud til at forholde sig til og engagere sig i Udviklingshospital Bornholm. Samtidig har der også indenfor denne devaluerings periode været organisationsændringer, som har taget fokus fra delprojekterne i en periode. Eksempelvis betød bemandingsproblemer i det nyetablerede observationsafsnit, at det måtte lukke og overtages af et af de medicinske sengeafsnit. I den periode fik Udviklingshospital Bornholm, ifølge den ledende overlæge, lav prioritet. I delprojekt 6 (*Bedre overblik for patienten over hvad der skal ske og hvornår*), og delprojekt 8 (*Følg patienternes præferencer i den sidste tid*), havde organisationsændringer desuden ført til ledelsesskifte i de afsnit, hvor delprojekternes aktiviteter skulle gennemføres. Der skulle derfor etableres en ny relation til den pågældende leder, med henblik på at sikre en ledelsesmæssig forankring af delprojektet og en allieret til delprojektlederne.

#### 4.4 Engagement af nøgleaktører blandt personalet

Det er imidlertid ikke kun på ledelsessiden, at samtidige forandringsprojekter har udfordret projektledernes mulighed for stabil arbejdskraft til at sikre fremdrift i delprojekterne. Tid og overskud til at engagere sig i endnu et udviklingsprojekt fremgik også af interviewene (særligt med projektlederne), som en barriere for personalets engagement. Projektlederen i delprojekt 8 (*Følg patienternes præferencer i den sidste tid*) beskrev eksempelvis, hvordan folderen til brug for samtaler med patienter og pårørende i første omgang var blevet afprøvet af en medarbejder i BRK. Dette var udtryk for en vurdering af, at der ikke var tid og overskud internt på hospitalet, og projektlederen havde derfor valgt at udnytte, at delprojektet involverede samarbejdspartnere i andre sektorer, som kunne bidrage til den fortsatte udviklingen af delprojektet. Det er således også et eksempel på, hvordan man har skabt fremdrift, men uden at gribe ind i hospitalets drift. I andre delprojekter har man været nødt til sætte delprojekternes aktiviteter på pause, indtil der var mere overskud i organisationen. Det var en udbredt forståelse blandt projektlederne, at lægemangel, implementering af Sundhedsplatform og opstart af en ny fælles akutmodtagelse tilsammen fremstod som legitime årsager til begrænset tid og overskud til delprojekterne, men ovenstående tyder på, at projektlederne har haft forskellig tilgang og forskellige muligheder for at håndtere det begrænsede overskud i organisationen. Desuden gav både projektledere, programleder og direktion også udtryk for en oplevelse af, at der var kommet mere overskud til Udviklingshospital Bornholm i takt med at de andre udviklingsopgaver fyldte mindre, og dermed også en forventning om større engagement og stabilitet fremadrettet.

Tid og overskud var imidlertid ikke eneste barriere for nøgleaktørers deltagelse i udviklingsarbejdet. I nogle delprojekter havde man haft held med, at engagere toneangivende aktører blandt personalet

(eller afdelingsledere), som havde stillet sig selv i spidsen for at afprøve konkrete delaktiviteter, hvor det i andre delprojekter fortsat var en udfordring at engagere de medarbejdere, som skulle drive og deltage i afprøvningen af de konkrete indsatser. Særligt hospitalets læger havde været svære at engagere og i flere delprojekter havde det været svært at fastholde lægerne. Delprojekt 1 (*Fælles og fleksible ambulatorier*), 2 (*Nye visitationsformer for akutte patienter*), 3 (*Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse*) og 6 (*Bedre overblik over hvad er skal ske og hvornår*) var alle afhængige af at hospitalets læger involverede sig i udviklingen og tog ansvar for nye opgaver og konkrete arbejdsgange, der blev introduceret. På interviewtidspunktet var nogle læger engageret i konkrete aktiviteter, men det var en generel oplevelse blandt projektdeltagerne, at hospitalslægenes kendskab og engagement var mangelfuldt, og at den manglende involvering af lægerne bremsede udviklingsarbejdet og i flere tilfælde havde sat afprøvningen af planlagte tiltag helt i stå.

Der var dog nuancer, som kan illustreres ved at sammenligne den 'lægeafhængige' indsats, der var kommet bedst fra start, med den der var mest udfordret. Den ugentlige tværfaglige konference, der er indført som en del af delprojekt 1 (*Fælles og fleksible ambulatorier*) er et eksempel på en aktivitet, der var kommet relativt godt fra start, idet den tværfaglige konference havde fundet et stabilt fodfæste i hospitalets Afdeling for Medicinske Sygdomme, som en del af lægernes middagskonference. Karakteristisk for denne indsats var, at der var tale om en veldefineret og tidsafgrænset indsats, der foregik, som del af en allerede etableret arbejdsgang (lægernes daglige middagskonference). Samtidig var der en toneangivende læge i afdelingen, der havde taget ansvar for opstarten og for at melde patientcases ind, ligesom drøftelserne blev beskrevet som meningsfulde for de deltagende læger. Opbakning fra en toneangivende medarbejder, let tilpasning af en eksisterende rutine og oplevelsen af relevans fremstår således som forhold, der har understøttet den ønskede involvering af læger.

Omvendt illustrerer erfaringerne fra delprojekt 3 (*Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse*) omkring tværsektorielle videokonferencer en række af de forhold, der har stået i vejen for lægernes engagement. På grund af langtidssygemeldinger og personaleudskiftning, har der siden april 2017 ikke været en lægefaglig tovholder, der kunne gå forrest i arbejdet med videokonferencerne. Samtidig repræsenterede videokonferencerne en ny arbejdsgang for lægerne, der forstyrrede andre arbejdsopgaver, idet de skal forlade deres ambulatorie og det planlagte dagsprogram. Derudover beskrev både projektleder og projektdeltagere, at lægerne oplevede det som grænseoverskridende at skulle sige ja til en konference på vegne af den kollega, som ville skulle varetage konferencen dagen efter. På et mere normativt plan beskrev flere af interviewpersonerne, at det også har haft betydning, at lægerne ikke selv har været med til at definere indsatsen, og ikke er overbevist om nytten af videokonferencerne, hverken for patienterne eller de deltagende fagpersoner. De efterspurgte en mere videnskabelig tilgang, hvor man får viden om tiltagets effekt før man beslutter om det skal implementeres. Der har som tidligere nævnt været en drøftelse i styregruppen for Udviklingshospital Bornholm om, hvorvidt man ville kunne motivere lægerne til at deltage i videokonferencerne, hvis man gennemførte afprøvningen, som et kontrolleret forskningsforsøg. Dette blev imidlertid afvist, og der var ved afslutningen af denne devaluering fortsat praktiske og normative forhold, som kunne forklare lægernes manglende engagement i dette delprojekt.

En række undersøgelser peger på, at ledelse og involvering af læger i organisationsændringer ikke kun er en udfordring i relation til Udviklingshospital Bornholm (Alexanderson, von Knorring et al. 2007, Bentsen, Poulsen 2005). Udfordringerne knytter sig blandt andet til at lægerne igennem deres uddannelse og efteruddannelse oplæres i en kultur som er individuel, hierarkisk og stærkt fokuseret på specialisering (Bentsen, Poulsen 2005). Samtidig orienterer lægerne sig i høj grad imod fagfæller og specialer, og er desuden karakteriseret ved en relativt lav grad af loyalitet over for den overordnede organisatoriske helhed, samt tradition for at blokere for forandringer der anses for truende

(Adler, Kwon et al. 2007, Bååthe, Norbäck 2013). I det perspektiv bliver tværgående organisatoriske forandringer let en udfordring. At vanskelighederne med at sikre lægeinvolvering handler om andet og mere end indholdet i og konteksten for Udviklingshospital Bornholm, er også illustreret i en række tidligere evalueringer KORA (nu VIVE) har lavet for Region Hovedstaden (Buch, Hansen et al. 2014, Buch, Holm-Pedersen et al. 2016, Buch, Holm-Pedersen et al. 2017, Buch, Holm-Pedersen et al. 2013, Jansbøl, Buch 2012). I disse evalueringer blev der også efterlyst en særlig indsats for at forankre indsatserne og de nye rutiner de indebar hos hospitals- og praktiserende læger. Det fremgik samtidig af disse undersøgelser, at lægerne kan udgøre en meget væsentlig drivkraft for udviklingsarbejdet, når det lykkes at skabe involvering og engagement. De faktorer som fremmede lægernes engagement knyttede sig særligt til:

- En oplevet klinisk relevans, hvor de påtænkte ændringer ses som en kilde til forbedret behandling af patienten
- At udvikling og implementering ligger i tæt forlængelse af de arbejdsgange, der i forvejen eksisterer – eller ses som løsning på arbejdsgange, der i udgangspunktet opleves problematiske.
- At lægerne selv har været med til at definere udviklingsbehovet

Ovennævnte faktorer er i overensstemmelse med de positive erfaringer fra delprojekt 1, som beskrevet i afsnit 4.4, og den generelle oplevelse, som fremføres af flere af de interviewede projektdeltagere, af ikke at have været inddraget i den indledende udvikling og definition af delprojekterne i Udviklingshospital Bornholm.

Implementeringsforskning viser desuden, at implementering af tiltag, der opleves som afbrydelser i et arbejdsflow og som ikke faciliterede det som blev opfattet som det primære mål med arbejdet er svære at implementere også blandt andre faggrupper end lægerne (Kirk, Nilsen 2016)<sup>13</sup>. På samme måde er det heller ikke kun læger, som skal finde forandringstiltag meningsfulde og implementerbare. Implementeringslitteraturen peger samstemmende på, at det er afgørende at nøgleaktører (fx dem som skal gennemføre den ønskede forandring eller toneangivende ledere eller medarbejdere, der kan tale for den ønskede forandring) anser forandringerne som meningsfulde, som løsning på et oplevet problem og som et godt alternativ til den eksisterende eller alternative måder tilrettelægge arbejdet på (Nilsson, Sandoff 2016, Damschroder, Aron et al. 2009, Nilsson, Bååthe et al. 2017). På tværs af de interviews med informanter knyttet til delprojekterne fremgik det, at der var en generel opfattelse i projektgrupperne og på hospitalet, at ideerne til Udviklingshospital Bornholm ikke primært er udsprunget blandt hospitalets personale, men nærmere er administrative eller politiske ønsker. Dette er på trods af, at der i foråret og sommeren 2016 foregik et arbejde med at inddrage både patienter og personales ideer til delindsatser, og at nogle delprojekter, ifølge hospitalsdirektionen, er udsprunget direkte af forslag fra personalegruppen<sup>14</sup>. Det er derfor ikke kun i delprojekt 3, og ikke kun i relation til lægerne, at det har været nødvendigt at bruge kræfter på at sikre personalets opbakning til delprojekterne, og de aktiviteter, som knytter sig hertil.

---

<sup>13</sup> Dette studie blev gennemført blandt sygeplejersker i en akutmodtagelse. Her blev patienters flow igennem akutmodtagelsen og tilgængeligheden af tilstrækkeligt senge til akutte patienter betragtet som et mål for sygeplejerskernes arbejde, som blev forstyrret og afbrudt i forsøget på at implementere ernæringscreening (Kirk, Nielsen 2016).

<sup>14</sup> Konkret nævnes delprojekt 5 (*Bedre bestilling og brug af diagnostik*)

## 4.5 Sammenhæng på tværs delprojekter, drift og andre udviklingsprojekter

I Udviklingshospital Bornholm har man valgt en tilgang, hvor hvert delprojekt fokuserer på en afgrænset del af et patientforløb, og som følge heraf en projektorganisering med mange mindre projekt- og styregrupper. Interviewene tyder på, at denne organisering kræver en opmærksomhed på delprojekternes indbyrdes sammenhæng og koordinering og en opmærksomhed på, hvordan delprojekterne koordineres med den øvrige udvikling og drift på hospitalet.

Flere projektledere fremhævede, at flere af delprojekterne griber ind i de samme afdelinger, og at afdelingslederne og personale derfor skal forholde sig til flere delprojekters aktiviteter på samme tid. Det var altså en særskilt udfordring, at flere delprojekter hver især opsøgte og trak på de samme nøglepersoner både på hospitalet og blandt samarbejdspartnere i andre sektorer. Man har på den måde skabt en projektorganisering med mange overlap, som kræver koordination. Nogle projektledere gav udtryk for en oplevelse af, at det er op til dem at identificere og sikre den nødvendige koordinering, og efterspurgte mere overblik – fx via de fælles projektledermøder - over, hvordan delprojekterne hænger sammen og eventuelt kan bidrage til hinandens mål. Ifølge programlederen og enkelte projektledere har tværgående koordinering og timing mellem de enkelte delprojekters aktiviteter været et fokusområde, bl.a. via projektledermøderne hvor statusgennemgange gav anledning til at tale om, hvad udviklingen i et delprojekt betød for de øvrige projekter. Desuden er flere projektledere blev interviewet i foråret 2017, og sidenhen er der afholdt projektledermøder med fokus på sammenhæng og koordinering mellem delprojekterne. Endelig havde oplevelsen af en uklar placering af beslutningskompetencer indenfor delprojekterne (jf. afsnit 4.3), også betydning for projektledernes oplevelse af, at være alene om koordineringsopgaven, idet det også var uklart, hvem der skulle træffe de endelige beslutninger om koordinering og prioritering mellem samtidige delprojekter.

I nogle interviews blev det også fremhævet, at sammenhængen mellem Udviklingshospital Bornholm og andre udviklingsarbejder i og omkring hospitalet var udfordret. Eksempelvis gav samarbejdspartnere i kommunen udtryk for en undren over, at delprojekt 3 (*Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse*), som netop fokuserer på sektorovergange ikke har taget udgangspunkt i de allerede eksisterende samarbejds- og kommunikationsaftaler. Der var desuden en oplevelse af, at der ikke blev trukket på de medarbejdere, som i forvejen har erfaring med samarbejde om sektorovergange. Konsekvensen var, ifølge disse informanter, en oplevelse af, at delprojekterne bleven parallel til den øvrige udvikling på hospitalet, og at Udviklingshospital Bornholm i stedet for at bygge videre på noget eksisterende, startede helt forfra. Ovenstående peger på at Udviklingshospital Bornholm – af nogen og på nogle områder - er blevet opfattet som et parallelt udviklingsspor til det øvrige udviklingsarbejde, der foregår på hospitalet.

Endelig var det en udfordring i nogle delprojekter, at få delprojekternes aktiviteter og ambitioner om forandring på udvalgte områder tilpasset med den øvrige drift på Bornholms Hospital. Det er delprojekt 1 (*Fælles og fleksible ambulatorier*) er et eksempel på. Dette delprojekt har haft relativt fast definerede mål igennem det meste af projektperioden, og en stor del af projektgruppens arbejde har handlet om at udpege forslag til, hvordan man på hospitalet kan nedbringe den enkelte patients fremmøde på hospitalet ved at samle eller koordinere ambulatoriebesøg (jf. delprojektets formål). Der var blevet udpeget en længere liste over forslag, men projektgruppemedlemmer gav i interviewet udtryk for, at de ikke oplevede at have mandat til eller mulighed for at sikre, at disse forslag bliver ført ud i livet. En konkret udfordring i delprojekt 1 var, at flere speciallæger kun er på Bornholms Hospital i et afgrænset tidsrum i løbet af en uge eller en måned, og derfor kunne det være vanskeligt at samle kontrolltider blandt de multi-syge patienter, som tilses af flere speciallæger. En

sekretær i projektgruppen fortalte, at hun havde forsøgt at gennemgå den kommende periodes bookinger, og ikke i et eneste tilfælde havde det været muligt at samle ambulatoriebesøg på samme dag. En anden måde at nedbringe antallet af besøg i ambulatoriet var ved, at samle kontrolltider i de tilfælde, hvor patienter tilses af både sygeplejerske og læger. Også her beskrev projektgruppen, at de var udfordret af, at nogle speciallægeambulatorier er lagt i weekenden, hvorfor det ikke umiddelbart er muligt at samle en lægetid med sygeplejersketid. På interviewtidspunktet (april 2017) var det op til den enkelte sygeplejerske eller sekretær at være opmærksom på om der for den enkelte patient var mulighed for at lægge tider sammen - hvilket ifølge informanterne blev beskrevet som helt sædvanlig praksis, og oplevede derfor ikke at have fået et anderledes handlerum.

*Vi har ikke fået bedre rammer nu. (...) Der er noget ledelse der skal på banen, hvor meget end vil vi det her, for så skal der økonomi til. (Medlem af projektgruppe)*

Projektgruppen beskrev det som en ledelsesopgave, at sikre den nødvendige allokering af ressourcer, og sikre tilstedeværelse af de relevante fagpersoner på samme tid. Der blev med andre ord efterspurgt en organisatorisk ramme og nogle arbejdsgange, som gav reel mulighed for koordinering og samling af ambulatorietider, og som ikke alene afhang af om individuelle fagpersoner (typisk lægesekretærer og sygeplejersker) var opmærksom på denne udfordring. I oktober 2017 var der derfor etableret mulighed for at samle det lungemedicinske speciallæge- og sygeplejerskeambulatorium, og der blev også arbejdet på en løsning hvor hjerte- og lungemedicinske speciallæger kunne være til stede samtidig. Desuden blev der arbejdet på at etablere en forløbskoordinatorfunktion<sup>15</sup> for multi-syge patienter. Der er endnu ikke indsamlet erfaringer med disse tiltag.

Den ledende overlæge i Afdeling for Medicinske Sygdomme pegede desuden på, at det var en særskilt udfordring at sikre faglig dialog og fælles koordinering mellem speciallæger af konkrete patientforløb. Der er ikke tradition for samarbejde på tværs af specialerne, idet man typisk sender patienter videre til andet ambulatorium ved mistanke om andre diagnoser. Den ledende overlæge beskrev et behov for at udvikle helt nye arbejdsgange med aftaler om, hvem der har initiativretten, hvornår man inddrager et andet speciale, hvordan og hvor dialogen skal foregå, om patienten skal med osv. Én ting er at sikre samtidig tilstedeværelse fra relevante fagpersoner, en anden er at sikre en organisatorisk ramme, der fremmer dialog og samarbejde. Ved denne evalueringsskæringsdato havde man endnu ikke udviklet denne ramme, og det blev beskrevet som en vanskelig opgave, at udtænke en holdbar løsning, som tager højde for de særlige udfordringer der er på Bornholms Hospital (fx udfordringen med samtidig tilstedeværelse af speciallæger).

## 4.6 Data og dokumentation af fremdrift

Det er et fokusområde i alle delprojekterne at definere og fremskaffe relevante data om status på aktivitet og målopfyldelse til brug for dokumentation af delprojekternes fremdrift. I interview med både projektledere, programleder og direktion fremgik en opmærksomhed på, at flere interessenter efterspurgte data. Herunder personalet på hospitalet som man gerne vil motivere ved at vise, at der sker noget, politikere og administration i regionen, som finansierer Udviklingshospital Bornholm og skal drage nytte af erfaringerne herfra, og ikke mindst VIVE, som skal evaluere Udviklingshospital Bornholm. Ifølge interviewene med projektlederne var de primære udfordringer for denne gruppe enten a) en frustration over, at det ikke var muligt at trække valide data om fx unødvendige indlæggelser efter implementering af Sundhedsplatformen, eller b) en oplevelse af en ubalance mellem

---

<sup>15</sup> Bemandet af en sygeplejerske.

presset på at levere dokumentation for fremdrift og en forståelse for, at den forandring som man ønsker i delprojekterne tager tid.

Som det er beskrevet i afsnit 4.1, så har dataanalyse fyldt meget i nogle delprojekter, og flere projektledere gav udtryk for, at de gerne ville identificere og kende omfanget af de problemer, som de var sat til at løse og dermed være i stand til at målrette de enkelte aktiviteter. Ifølge programlederen har det været svært at få projektledere med en mere dataorienteret og analytisk tilgang til at acceptere en mere simpel model for dokumentation af delprojekternes fremdrift, hvor man noterer løbende og manuelt, hvilke aktiviteter man har gennemført og eventuelt, hvad der karakteriserer de patienter eller patientforløb, som har været berørt. Dette kan ses i sammenhæng med, at projektledere og projektgrupper er oppe imod en mere forskningsbaseret tilgang, hvor der efterspørges resultater med en vis statistisk sikkerhed, hvilket diskussionen om at konvertere delprojekt 3 (*Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse*) til et kontrolleret studie er et eksempel på. Samtidig kan det også ses, som en valgt strategi i delprojekterne, der skal kompensere for en uklar ansvarsplacering og manglende ledelsesbeføjelser- og kompetencer hos dem, som har fået ansvaret for at drive delprojekterne. I et studie af implementeringen af værdibaseret styring fra Sverige (Nilsson, Sandoff 2016) har man undersøgt, hvordan en gruppe af klinisk personale udpeget til at drive de ønskede forandringer greb deres opgave an. Flere i denne gruppe havde ingen ledelsesbeføjelser og anså ikke sig selv som ledere. De fandt derfor deres egne strategier, som for nogen indebar at gå meget analytisk til opgaven og forsøgte via data at motivere deres kolleger til forandring ved tydeliggøre det problem, som de var sat til at løse. Denne tilgang til ledelsesopgaven er således sammenlignelig med den som ses i delprojekterne i Udviklingshospital Bornholm, og kan ses som et forsøg på at motivere de ledere og medarbejdere, som skal gennemføre den ønskede forandring. Uanset årsag har dataudfordringer i nogle delprojekter været en medvirkende barriere for at komme i gang med at afprøve de ønskede aktiviteter

Andre projektledere havde i højere grad opfattelsen af, at der var en unødigt høj efterspørgsel efter data, som kunne dokumentere fremdrift i delprojekterne, og man derfor i delprojekterne har følt sig presset til at komme hurtigt i gang, og til at vise resultater. En projektleder gav udtryk for, at nogle aktiviteter måske kom i gang før man var helt færdig med at identificere, hvilke problemer man ønskede at løse, og hvordan man skulle tilpasse de udvalgte aktiviteter, så de løste et faktisk problem frem for et forventet problem. Konsekvensen blev, at man i nogle tilfælde var nødt til at starte forfra med en tilpasset indsats. I implementeringslitteraturen fremgår det, at tilpasning af den indsats ønsker at implementere er afgørende for fremdrift (Øvretveit, Andreen-Sachs et al. 2012, Damschroder, Aron et al. 2009, Bååthe, Norbäck 2013). Denne tilpasning har både til formål, at sikre opbakning og deltagelse fra vigtige medspillere i organisationen, og er en nødvendighed, når og hvis det som skal implementeres ikke er kompatibelt med organisationen, medarbejdersammensætningen, teknisk udstyr mm. I det lys er tilpasning forventelig, og ikke nødvendigvis et resultat af, at implementeringsprocessen startede for hurtigt og før man havde identificeret problemer eller ikke havde sikret alle nødvendige aktørers opbakning. Denne devaluering tyder dog på, at en opstart præget af hurtige politiske beslutninger, et programlederskift og et generelt stort fokus på fremdrift fra mange interessenter har medvirket til et behov for sidenhen at reformulere og redesigne mål og aktiviteter i nogle delprojekter.

## 5 Konklusion og diskussion

I dette notat er fundene fra anden devaluering af Udviklingshospital Bornholm præsenteret. Formålet med denne devaluering var at undersøge, hvordan delprojekterne under Udviklingshospital Bornholm bidrager til konkrete forandringer i samspil med det øvrige hospital, projektorganisationen, ledere og medarbejdere på hospitalet samt i kommune og almen praksis. I dette kapitel sammenfattes og diskuteres devalueringens fund, og der fremhæves en række opmærksomhedspunkter til brug for interne overvejelser omkring Udviklingshospital Bornholms videre forløb og til brug for VIVEs tilrettelæggelse af den næste devaluering.

### 5.1 Konklusion: Fortsat udvikling af aktiviteter og afprøvning i lille skala

På baggrund af denne devaluering kan det konkluderes, at der i alle delprojekter er foregået et arbejde med at forberede og afprøve konkrete aktiviteter. I nogle delprojekter har det desuden været nødvendigt at redefinere specifikke mål, målgrupper og aktiviteter, og derved tilpasse delprojekterne til de specifikke organisatoriske rammer og det personale, som skal gennemføre de ønskede forandringer. Afprøvningen af konkrete aktiviteter er fortsat begrænset, idet aktiviteterne enten er igangsat i efteråret 2017, gennemføres i relativt lille skala eller kan gennemføres uden at forstyrre den øvrige drift på hospitalet. Det er derfor endnu for tidligt at afgøre om og hvordan delprojekterne medvirker til forbedret patientbehandling og –pleje.

Der beskrives flere årsager til den begrænsede fremdrift i delprojekterne, som kan bruges som fokuspunkter både i den næste devaluering og i det videre arbejde med delprojekterne og Udviklingshospital Bornholm. Følgende årsager fremstår som de primære:

- At det har været nødvendigt at foretage en reformulering af projektgrundlaget (formål, mål og aktiviteter) i flere af delprojekterne.
- At det fortsat er en udfordring, at udnytte de friere rammer som er givet med den ændrede økonomiske styringsmodel og oversætte det til konkret handling.
- At der i nogle delprojekter mangler opbakning og deltagelse fra nøgleaktører fra Bornholms Hospital. Det skyldes flere forhold, herunder:
  - Oplevelsen af at konkrete aktiviteter ikke giver mening og forstyrrer øvrige aktiviteter og rutiner på hospitalet
  - Flere samtidige udviklings- og forandringsprocesser, som tager tid og overskud fra de personer, som også skal bidrage til delprojekternes fremdrift
- At beslutningsvejene i nogle delprojekter opleves, som uklare, og at det forsinker beslutninger om justeringer og fremdrift.

På tværs af delprojekterne er der også igangsat initiativer, som har haft til formål at tydeliggøre formålet med Udviklingshospital Bornholm og at understøtte en kulturændring i hele organisationen. Disse initiativer samt den videre implementeringsproces i delprojekterne undersøges nærmere i de kommende devalueringer.

### 5.2 Diskussion: fremtidige opmærksomhedspunkter

Det har været en implicit forventning i Udviklingshospital Bornholm, at den nye økonomiske styringsramme og de relativt veldefinerede delprojekter ville blive en grobund for afprøvning af nye måder

at tilrettelægge patientforløbene på. Første del af VIVEs evaluering af Udviklingshospital Bornholm (Madsen, Bolvig et al. 2017) viste, at fritagelsen fra aktivitetsafregning ikke i sig selv var en drivkraft for forandring. Aktivitet var på daværende tidspunkt (december 2016) fortsat et vigtigt pejlemærke, som prægede måden at lede på, selvom man nu var fritaget fra aktivitetsafregning. Dette skal ses i sammenhæng med, at der på dette tidspunkt ikke var defineret nye mål, og at aktivitet fortsat var det eneste veldefinerede mål at styre efter. Afdelingsledelsen efterspurgte derfor klarere mål og måldata, som dels kunne guide de ønskede forandringer, dels kunne bruges som dokumentation for de gennemførte forandringer. I takt med, at delprojekterne har fået defineret tydeligere mål og aktiviteter kan man argumentere for, at de alternative pejlemærker, som afdelingslederne efterspurgte er defineret. Denne anden devaluering peger imidlertid på, at den ønskede (og forventede) forandring fortsat ikke sker som en direkte lineær bevægelse fra en ændret økonomisk styringsmodel til forandring via formulering af nye mål og en udpegning af hvilke aktiviteter, man ønsker at afprøve og justere i delprojekterne. Det er desuden fortsat et åbent spørgsmål, hvad der skal til for at den økonomiske styringsmodel udnyttes bedre; hvordan og med hvilke midler kan ledere på forskellige niveauer i hospitalsorganisationen bidrage til at omsætte de ændrede økonomiske rammer til nye patientrettede ydelser og ændrede patientforløb og til ændrede handlemuligheder for personalet, og hvilke barrierer udpeger ledere på alle niveauer (afdelingsledelse, afsnitsledelse og projektledeelse) udpeger som årsager til at den økonomiske styringsmodel ikke udnyttes i større grad end det aktuelt er tilfældet?

I flere af delprojekterne i Udviklingshospital Bornholm har man arbejdet med tilpasninger af de ønskede aktiviteter, og er opmærksom på en tilpasning til de forhold, som aktiviteten skal fungere i. Enkelte delprojekter er dog kommet i en situation, hvor man ikke ønsker at ændre på konkrete aktiviteter, men samtidig har svært ved at få engageret, dem som skal gennemføre den (lægerne) og få den tilpasset til eksisterende rutiner. Her er det svært, at komme videre, og der er ikke lavet strategier for, hvordan og hvornår man beslutter, at lukke et delprojekt eller en konkret aktivitet, hvor man ikke kommer videre. På den korte bane – i relation til tidshorisonten for Udviklingshospital Bornholms tidshorisont - fremstår det derfor vigtigt, at vurdere de enkelte delprojekter kritisk og realistisk i forhold til:

- I hvilket omfang det kan forventes at lægerne i udgangspunktet bakker op om indsatsen?
- Hvor bred en kreds af læger, der skal involveres i implementering, hvilke konkrete opgaver og ansvarsområder der introduceres, hvor meget arbejde implementering og opgavevaretagelse vil kræve af lægerne samt i hvilket omfang disse forhold er realistiske inden for den tidsmæssige ramme der gælder for Udviklingshospital Bornholm.
- Om det er muligt – og realistisk - at engagere konkrete nøglepersoner der kan indgå som en kontinuerlig primus motor i udviklingsarbejdet?
- Om og hvilke andre rutiner og konkurrerende udviklingsopgaver, der eventuelt står i vejen for at disse nøglepersoners indsats?

I nogle delprojekter kan det være relevant at fortsætte indsatsen for at involvere lægerne og andre nødvendige nøgleaktører. Omvendt kan det i andre delprojekter være relevant at overveje justeringer i aktiviteter og forventninger, eller – hvis dette ikke er muligt – at afslutte aktiviteter eller delprojekter.

Samtidig fremstår det også som centralt for næste devaluering at undersøge, hvilke muligheder der fremadrettet er for at skabe den nødvendige forankring i personalegruppen, samt i hvilket omfang disse muligheder er realistiske inden for den tidsmæssige ramme der gælder for Udviklings-



hospital Bornholm. I denne devaluering er personale (udover projektgruppemedlemmer) kun inddraget som informanter i begrænset omfang. Det er derfor væsentligt, at næste devaluering inddrager personale med henblik på at indsamle forskellige perspektiver på delprojekterne og Udviklingshospital Bornholm, og undersøge om der også her kan forekomme forklaringer på den relativt begrænsede fremdrift i delprojekterne. Herunder hører både en udforskning af, hvilke organisatoriske, økonomiske, ledelsesmæssige og styringsmæssige rammer de efterspørger og en udforskning af, hvordan de forstår og eventuelt tillægger mening i Udviklingshospital Bornholm og formålet med denne udviklingsproces.

# Litteratur

- Aarons, G. A., Frahnak, L.R., M. G. Ehrhart, and M. Sklar. 2014. "Aligning Leadership Across Systems and Organizations to Develop Strategic Climate to for Evidence-Based Practice Implementation." *Annual Review of Public Health* 35: 255-278.
- Adler, P. S., S. Kwon, and C. Hecksher. 2007. "Professional Work: The Emergence of Collaborative Community." *Organization Science*.
- Andersson, A. E., F. Bååthe, E. Wikström, and K. Nilsson. 2015. "Understanding Value-Based Healthcare - an Interview Study with Project Team Members at a Swedish University Hospital." *Journal of Hospital Administration* 4 (4): 64-72.
- Bååthe, F. and L. E. Norbäck. 2013. "Engaging Physicians in Organisational Improvement Work." *Journal of Health Organization and Management* 27 (4): 479-497.
- Bentsen, E. Z. 2001. *Lægelig Ledelse - Om at Gøre En Forskel*. 2nd ed. København: Handelshøjskolen.
- Bentsen E.Z. 2003. "Lægelige Ledere Som Institutionelle Entreprenører." In *Ledelse i Sygehusvæsenet*, edited by F. Borum, 169-207. København: Handelshøjskolen forlag.
- Bentsen, E. Z. and J. Poulsen. 2005. "At Være Hyrde for Katte." In *Læge Og Leder*, edited by A. Frøland, 169-177. København: Munksgaard.
- Buch, M. S., E. B. Hansen, and M. M. Johansen. 2014. *Evaluering Af Kommunikationsaftale for Indlæggelse Og Udskrivning i Region Hovedstaden*. København: KORA.
- Buch, M. S., C. Holm-Pedersen, and E. B. Hansen. 2016. *Evaluering Af Region Hovedstadens Forløbsprogram for Hjerte-Kar-Sygdomme*. København: KORA.
- Buch, M.S. 2017. *Evaluering Af Region Hovedstadens Forløbsprogram for Lænderyglidelser*. København: KORA.
- Damschroder, L. J., D. C. Aron, R. E. Keith, S. R. Kirsch, J. A. Alexander, and J. C. Lowery. 2009. "Fostering Implementation of Health Services Research Findings into Practice: A Consolidated Framework for Advancing Implementation Science." *Implementation Science* 4 (50).
- Frederiksson, J. J., D. Ebbevi, and C. Savage. 2015. "Pseudo-Understanding: An Analysis of the Dilution of Value in Healthcare." *BMJ Quality and Safety* 24: 451-457.
- Helt-Hansen, J. 2017. *Færre Stik i Patienterne. En Dataanalyse Af Forbruget Af Klinisk Biokemiske Analyser På Bornholm* Bornholms Hospital, Region Hovedstaden.
- Heskett, J. L., T. J. Jones, G. W. Loveman, W. E. Sasser jr., and L. A. Schlesinger. "Putting Service-Profit Chain to Work." *Harvard Business Review*.

- Højgaard, B., R. T. Wolf, and M. Bech. 2016. *Alternative Styrings- Og Afregningsmodeller for Sygehuse Med Afsæt i Værdibaseret Styring. En Kortlægning Af Regionale Forsøg Og Ordninger*. København: KORA.
- Jansbøl, K. and M. S. Buch. 2012. *Afdækning Af Lægeperspektiver På Fælles Skolebænk i Region Hovedstaden. En Undersøgelse Af Region Hovedstadens Kompetenceudviklingsforløb Fælles Skolebænk*. København: KORA.
- Kirk, J. W. and P. Nilsen. 2016. "Implementing Evidence-Based Practices in an Emergency Department: Contradictions Exposed when Prioritising a Flow Culture." *Journal of Clinical Nursing* 25: 555-556.
- Kvale, S. 2009. *InterView . Introduktion Til Et Håndværk*. 2. udgave, 5. oplag ed. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. 1994. *Interview. En Introduktion Til Det Kvalitative Forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Madsen, M. H., I. Bolvig, B. Højgaard, and J. Kjellberg. 2017. *Evaluering Af Udviklingshospital Bornholm. Betydningen Af En Ændret Økonomisk Rammemodel*. København: KORA.
- Møller Pedersen, K. 2017. *Værdibaseret Styring. Er Det Smitsomt? (COHERE Discussion Paper no. 3/2017)*. Vol. 3. Odense: COHERE - Centre of Health Economics Research.
- Nilsson, K., F. Bååthe, A. E. Andersson, and M. Sandoff. 2017. "Experiences from Implementing Value-Based Healthcare at a Swedish University Hospital - an Longitudinal Interview Study." *BMC Health Services Research* 17 (169): DOI 10.1186/s12913-017-2104-8.
- Nilsson, K. and M. Sandoff. 2016. "Leading Implementation of the Management Innovation Value-Based Healthcare at a Swedish University Hospital." *Journal of Hospital Administration* 6 (1): 51-59.
- Øvretveit, J., M. Andreen-Sachs, J. Carlsson, H. Gustafsson, J. Hansson, C. Keller, S. Lofgren, P. Mazzacato, S. Tolf, and M. Brommels. 2012. "Implementing Organisation and Management Innovations in Swedish Healthcare. Lessons from a Comparison of 12 Cases." *Journal of Health Organization and Management* 26 (2): 237-257.
- Region Hovedstaden. 2016. *Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm. Styring Efter Værdi for Patienten i Et Menneskeligt Sundhedsvæsen: Bornholms Hospital og Region Hovedstaden*.



## Bilag 1 Status og fremdrift i delprojekterne

Delprojekt 1: Fælles og fleksible ambulatorier	
Formål	<p>At afprøve om gruppen af kronikere med mange ambulante besøg oplever at deres besøg i ambulatorierne bliver mere passende og bedre tilrettelagt, når:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hospitalet koordinerer aftaler, så flere ambulatoriebesøg kan klares på en dag, såfremt patienten ønsker det. Dette skal ske ved en koordinering af ambulatoriebesøgene, således at et uændret antal ambulatoriebesøg kan klares med færre fremmøder, når nogle ambulatoriebesøg erstattes af telefonkonsultation.</li><li>▪ Hvis det er muligt at få en akut tid i ambulatoriet i stedet for et besøg i akutmodtagelsen.</li></ul>
Primære aktiviteter i perioden	<p>I dette delprojekt er man lykkedes med at konsolidere en ugentlig tværfaglige konferencer for lægerne. Her præsenteres en patientcase med henblik på, at bringe den fælles gruppe af medicinske speciallægers viden i spil. Hensigten er at undersøge om patienten fejler noget, som skal følges af andre speciallæger eller om der elimineres mistanker om mulige diagnoser og dermed undgå unødige henvisninger til andre speciallæger (Diagnosejagt). Derved er det håbet, at man kan forhindre at nogle patienter bliver sendt rundt mellem mange ambulatorier, idet nogle ting vil kunne afklares på den tværfaglige konference.</p> <p>I et endokrinologisk ambulatorium har man arbejdet med, at erstatte fremmøde med telefonkonsultationer, fx i tilfælde hvor der skulle gives ukomplicerede prøvesvar.</p> <p>Ændring i procedure for indlæggelse af patienter, som kommer ind i akutmodtagelsen med mistanke om dyb venetrombose (DVT) om aftenen eller natten. Før blev patienten ofte indlagt indtil alt var endeligt afklaret og en eventuelt. behandling var sat i gang. Nu sender man patienten hjem, hvis det er forsvarligt, og giver dem en tid i ambulatoriet dagen efter. I Sundhedsplatformen kan der sendes besked til ambulatoriet, så sekretæren kan bestille de undersøgelser der eventuelt mangler fra næste morgen, så alt er klar til endelig afklaring og plan for behandlingsforløb kan iværksættes, når patient møder i ambulatoriet.</p> <p>Derudover har man i projektgruppen bidaget med forslag til mulige forbedringer i ambulatoriefunktionen, som kan nedbringe antallet af kontakter i ambulatoriet. Herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Koordinering af tider</li><li>▪ Mulighed for aftentider</li><li>▪ Mulighed for at flytte et sygeplejerskeambulatorium til den samme dag, som der er lungemedicinsk ambulatorium (få gange om måneden og om lørdagen)</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anvendelse af 'Min Sundhedsplatform', som giver mulighed for at patienter kan skrive til personalet, som kan svare skriftligt eller ringe patienterne op med svar. Tanken er, at det skal blive en fleksibel kommunikationsform mellem patient og personale, som kan bruges i dialogen om ikke-akutte spørgsmål og som kan reducere behovet for kontrol ved fysisk fremmøde.</li> <li>▪ Patientansvarlig læge</li> </ul> <p>Sub-akutte tider i ambulatoriet (også en del af delprojekt2)</p>
Aktører inddraget	<p>Lægerne er inddraget i de tværfaglige konferencer. En bestemt overlæge, som også indgår i projektgruppen, har påtaget sig en rolle som foregangsmand i disse konferencer og har selv budt ind med patientcases i starten. Projektlederen arbejder hele tiden på, at få de relevante speciallæger (inklusiv konsulenterne) med. Særligt har man haft et ønske om at få reumatologerne med, bl.a. fordi man læner sig op af erfaringerne fra Holbæk Sygehus, hvor det har vidst sig at være en relevant gruppe at have med. Det er fortsat en afgrænset gruppe læger, som melder patientcases ind, der er dog én reumatolog, som har meldt en patient ind. Sekretæren i dette ambulatorium har påtaget sig at minde speciallægerne om muligheden og har også sikret, at de har fået de nødvendige information om den konkrete patientcase, Der er primært fokus på reumatologernes deltagelse, næste skridt er at få andre speciallæger med enten fysisk eller ved at de kommer med deres bidrag på noteform.</p> <p>Hospitalets farmaceut bidrager også - hvis det er relevant - til den tværfaglige konference ved at lave medicingennemgang inden konferencen, inden konferencen og deltager i nogle tilfælde også i selve konferencen.</p> <p>Initiativ og opgaven med at gøre opmærksom på delprojektets målsætninger er i høj grad placeret hos projektleder og projektgruppemedlemmer. Projektlederen har informeret de forskellige personalegrupper ved deltagelse i møder eller ved direkte kontakt med fx personaleledere.</p>
Status på hovedaktiviteter	<p>De tværfaglige lægekonerferencer forløber fast en gang om ugen som en del af middagskonferencen, og der er opbakning fra lægerne til, at det prioriteres den pågældende dag. Hvis der ikke er relevante ambulante patienter, at diskutere, så er der opbakning til, at man vælger en indlagt patient, som case. Der skal samles op på de konkrete patientcases med henblik på at give lægerne en tilbagemelding på, hvordan det er gået med de pågældende patienter. Det kræver imidlertid, at de speciallæger, som har meldt casen ind har tid til at gennemgå patientens journal, idet der er tale om fortrolige oplysninger, som projektlederen ikke har adgang til.</p> <p>De øvrige aktiviteter er ikke opgjort, dog med undtagelse af antal samtaler mellem praktiserende læger og den visitationsansvarlige overlæge, som er opgjort siden september 2017.</p>
Primære udfordringer for fremdrift	<p>Der er ikke foretaget nogle tekniske eller organisatoriske forandringer, som kan understøtte fx sekretærenes arbejde med samle tider. Fx indkaldes patienter til kontrol med forskellige kadence, hvilket gør det vanskeligt at samle ambulatoriebesøg mere systematisk. Samling af ambulatoriebesøg er afhængig af om den enkelte sygeplejerske eller sekretær, som booker patienternes næste tid, er opmærksom på mulighederne for koordination med andre besøg.</p>

De lægefaglige konsulenters faste mødetider og nogen gange på weekenddage udfordrer også muligheden for fx at samle en sygeplejerskekontrol med en lægekontrol. Et konkret eksempel er speciallægen i lungemedicin, som har konsultation om lørdagen, og som udfordrer muligheden for at samle konsultationer i lungeambulatoriet med kontroltider hos sygeplejerskerne, hvor der fx udføre lungefunktionsmålinger.

Sundhedsplatformen har også udfordret muligheden for at overskue den relevante information om patienten. Forskellige personalegrupper har adgang til forskellige oplysninger, og der er et arbejde i at skabe overblik over, hvad man kan skrive og hvor, så alle får det nødvendige overblik.

Det har været en udfordring skaffe data om, hvor mange patienter der ville have gavn af større koordinering, og hvilke koordineringsbehov, der er for denne gruppe patienter. Sundhedsplatformen har i 2017 været den primære barriere for at skaffe dette datatræk.

Desuden efterspørger medlemmer af projektgruppen data, som kan anskueliggøre udbyttet af delprojektet, og derved synliggøre det arbejde og det udbytte, der er i forbindelse med Udviklingshospital Bornholm. Projektgruppemedlemmer vurderer, at Udviklingshospital Bornholm og ikke mindst delprojektet er druknet i organisationens øvrige arbejde med at implementere Sundhedsplatformen og etablere nyt akutmodtagelse mm. De vurderer, at der er behov for at vise de gode historier fra udviklingsarbejdet for at øge motivationen i organisationen.

Væsentlige aktiviteter og justeringer i den kommende periode

I forbindelse med den tværfaglige konference er der overvejelser om, hvorvidt de kirurgiske speciallæger skal inddrages.

Der i delprojektet valgt en strategi, hvor projektgruppen byder ind med mulige forbedringstiltag eller påpeger udfordringer relateret til koordinering af ambulatorietider. Det bliver der løbende fulgt op på via projektlederen, som drøfter det med ledelse og medarbejdere. Primo oktober var følgende i proces:

- Skabelse af overblik over kapacitet i ambulatorierne med henblik på at træffe beslutning om aftentider. Der er oprettet outlook-kalender til alle rum, hvor personalet kan booke og aflyse ambulatorietider og på den måde er det håbet, at man kan visualisere, hvor der er mulighed og behov for at udvide åbningstiderne, og hvordan man kan udnytte kapaciteten bedst muligt. Næste skridt er at finde en model for, hvordan man kan organisere det.
- Samling af lungemedicinsk sygepleje- og lægeambulatorium starter op i oktober. Planen er at sygeplejersken er i ambulatoriet med lægen på aftalte lørdagstider. Dette vil blive afprøvet i oktober, november og december 2017. Der arbejdes desuden på, at kardiolog og lungemediciner er til stede samtidig på lørdage i de første fire måneder af 2018.
- Der er fokus på, at flere patienter skal oprettes i 'Min Sundhedsplatform', da det kun kan blive et godt og brugbart redskab, hvis patientvolumen er så tilstrækkeligt stor, at man kan etablere en egentlig arbejdsgang omkring personalets orientering i og opfølgning på patienthenvendelser.
- Sub-akutte tider i ambulatoriet er startet op d. 26. september 2017. Afprøvningen af sub-akutte tider er planlagt i to tempi, hvor den rådgivende visitationsansvarlige overlæger i første omgang har kunne visitere patienter til sub-akutte tider på baggrund af en henvendelse.

delse fra en praktiserende læge. De praktiserende læger har fået et telefonnummer og et tidsrum, hvor de kan ringe til den visitationsansvarlige overlæge. Der er overlap til delprojekt 2, som står for den visiterende del, hvor delprojekt 1 står for at sikre tiden til de sub-akutte henvendelser. Fra 9. oktober 2017 bliver der også åbnet op for, at den medicinske bagvagt i akutmodtagelsen kan visitere til sub-akutte tider.

Forud herfor gennemførte projektlederen og afdelingsledelsen en inddragelsesproces, hvor afdelingens overlæger var inddraget i planlægningen. Den ledende overlæge (og styregruppeformand i delprojektet) bad på et overlægsmøde om forslag til, hvordan man kunne organisere sub-akutte tider i de forskellige ambulatorier, herunder hvem der skulle visitere, hvordan man skulle inkorporere sub-akutte tider i det øvrige dagsprogram og om man skulle starte afprøvningen i et ambulatorium og derefter udvide til flere. Resultatet blev, at alle ambulatorierne har åbnet for sub-akutte tider, men at de enkelte ambulatorier organiserer planlægningen. I delprojektet vil man følge forbruget af de sub-akutte tider; ifølge seneste opgørelse var der kun gjort brug af én sub-akut på de 14 dage muligheden har eksisteret, men til gengæld 3 sub-akutte tider inden det officielt var igangsat. Den umiddelbare tilbagemelding fra lægerne er, at det giver mening, idet visitationsproceduren gør, at de patienter som bliver henvist til sub-akutte tider er relevante at tilse, og at det potentielt kan spare en indlæggelse og dermed også tilknyttede arbejdsopgaver, som fx stuegang.

- Der arbejdes på at etablere forløbskoordination for multisyge patienter i afdelingen. Baggrunden var et forslag fra medarbejder om, at sætte sygeplejerske og sekretærer til at håndtere denne rolle. Forhåbning er, at denne indsats kan kobles til det forestående arbejde omkring 'Patientansvarlige læge' i Regionens hovedstaden. Man starter småt op med et team, som i første omgang skal udpege én patientansvarlig for én patient. Herved vil man prøve at undersøge, hvad der er behov for, og prøve ting af ift. koordinering: er der nogen sten som skal fjernes, kan man ringe til patienten i stedet for, bruge 'Min Sundhedsplatform' aktivt.

Teamet skulle gerne være med til at give et bedre forløb, og det betyder også, at der er en åbenhed for, at det for nogen patienter kan være lig med besøg fordelt over flere dage. Nogen patienter kan ikke overskue flere besøg på samme dag.



## Delprojekt 2: Ny visitationsform for akutte patienter

Mål	<p>Indsatsens overordnede mål er at mindske antallet af forebyggelige akutte indlæggelser. Det skal dels ske ved at konvertere akutte indlæggelser til sub-akut ambulant udredning (også en del af delprojekt 1) og dels ved at udnytte kommunale pleje- og rehabiliteringstilbud som alternativ til hospitalsindlæggelse. Redskaberne til dette – og de konkrete succeskriterier knyttet til disse - er:</p> <p>Yngre hospitals- og praksislæger skal have kendskab og tillid til kommunale tilbud, så disse bruges som alternativ til akut indlæggelse-målet er at dette indsats leder til:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>50 % reduktion af unødvendige akutte indlæggelser i dag tid ved brug af rådgivende visitationsansvarlig overlæge for rådgivning og brug af sub-akutte tider i medicinsk ambulatorium.</li><li>50 % reduktion af unødvendige akutte indlæggelser uden for dag tid ved brug af bagvagt (medicinsk overlæge) med visitationsret til sub-akutte tider i medicinsk ambulatorium.</li><li>50 % reduktion i stationære forløb for 1-3 dages indlæggelser af KOL-patienter</li><li>50 % reduktion i ambulante besøg vedr. kateterpatienter</li><li>50 % reduktion i stationære forløb vedr. kateterpatienter.</li></ol> <p>Øge kommunens og psykiatriens kendskab til mønstre i de akutte ambulante besøg i akutmodtagelse, således at de kan være på forkant, før en akut indlæggelse bliver aktuel. Målene er for denne indsats er endnu under udarbejdelse.</p> <p>Muligheden for at vurdere om de opstillede mål nås, kræver at der udarbejdes analyser og opgørelser over antallet af de forskellige typer indlæggelser der søges reduceret. Denne viden findes i udgangspunktet ikke. Et vigtigt element i delprojektet består derfor i at afdække disse forhold.</p>
Primære aktiviteter i perioden	<p>Analyser af data for akutte indlæggelser og ambulante besøg, samt indhentning af erfaringer fra læger og plejepersonale. Analysen skal bruges til at vurdere omfang og potentiale af indlæggelser, der kan forebygges/konverteres, til at dokumentere effekten af indsatsen, samt til at udarbejde risikolister med patienter som er kendt for at have mange unødvendige indlæggelser.</p> <p>Oprettelse af en hotline hvor praktiserende læger i tidsrummet 13.30-14.00 kan ringe til rådgivende visitationsansvarlig overlæge for at konferere om patienter, der er indlæggelsestruede. I dagtiden har forvagten samme mulighed for at kontakte rådgivende visitationsansvarlig overlæge, hvis patienten allerede er ankommet til akutmodtagelsen og det vurderes muligt at anvende kommunale tilbud som et alternativ til en indlæggelse. Udvidelse af ordningen til at omfatte aften og nat afventer erfaringer med at få ordningen til at fungere i dagtid. Aften og nat konfererer forvagten på hospitalet med den medicinske bagvagt om muligheden for bestille sub-akutte tider som alternativ til indlæggelse.</p>

	<p>På baggrund af Kommunens indsatskatalog, som bl.a. beskriver hvilke indsatser den kommunale sygepleje har kompetencer til at udføre, er kommunen i gang med at udarbejde en pixi-udgave, til personalet i akutmodtagelsen.</p> <p>Udvikling af et introduktionsforløb hvor KBU læger fra hospital og praksis skal modtage undervisning og en guidet tur i de kommunale/misbrug og psykiske tilbud på Bornholm.</p>
Aktører inddraget	<p>Arbejdet med delindsatsen er primært sket i regi af projektgruppen. Kommunale medarbejdere er i gang med til at udarbejde en pixi-udgave af indsatskataloget, ligesom der er udsendt information om hotline "Rådgivende visitationsansvarlig overlæge" til de praktiserende læger og medarbejdere på akutmodtagelsen.</p> <p>Tovholder for KBU- læger er involveret i planlægning af undervisningsforløb.</p>
Status på hovedaktiviteter	<p>Det har vist sig, at datakodningen er for dårlig til at udarbejde de ønskede opgørelser over antallet af indlæggelser relateret til projektets resultatmål. Denne del af delprojektet er derfor sat på stand by mens mulighederne for at analysere data yderligere undersøges. Der er også igangsat et arbejde med at inddrage personalets erfaringer til at udarbejde lister over særlige risikopatienter, som man skal være særlig opmærksom på om der findes alternativer til indlæggelse. Endvidere undersøges om dette er lovligt.</p> <p>Hotline til rådgivende visitationsansvarlig overlæge har været lanceret to gange uden held. Der har ikke været nogen opkald fra praksislægerne, men på grund af uklarhed om dato for opstart af funktionen og tidspunkt for modtagelse af opkald internt på hospitalet, kan det ikke udelukkes at der har været praksislæger som har forsøgt at ringe. Derfor er der endnu ingen erfaringer med, hvordan ordningen fungerer i daglig praksis. Jf. delprojekt 1 er denne hotline etableret igen i slutningen af september 2017, men der er ikke indsamlet erfaringer hermed.</p> <p>Pixi-udgaven af det Kommunale indsatskatalog er fortsat under udarbejdelse.</p> <p>En KBU-læge var i forsommeren 2017 med til at pilottest for det undervisningsforløb, der planlægges fremadrettet i relation til de kommunale alternativer til indlæggelse. 8 KBU-læger deltog i pilotafprøvning i april i 1-2 timers undervisning i psykiske cases, og tilbud til de psykiske patienter på Bornholm. Første rigtige forløb for KBU-læger planlægges afholdt i oktober 2017. Hvor der vil være undervisning i både i kommunale og psykiske tilbud på Bornholm. Der vil også være en gennemgang af psykiske cases.</p>
Primære udfordringer for fremdrift	<p>Oprettelsen af ny akutmodtagelse og implementering af Sundhedsplatform har udkonkurreret arbejdet med delprojektet: "<i>De har tænkt i overlevelse, ikke udviklingshospital</i>"</p> <p>Det har ikke har været muligt at forankre et ejerskab til delprojektet hos relevante hospitalslæger. Det skyldes - ifølge informanterne – bl.a. at udviklingshospitalets delprojekter kæmper om at involvere de samme læger og nøglepersoner, fordi der er for få at vælge imellem.</p>

	<p>Det fremstår som en generel erfaring, at mange oplever udviklingshospitalet som top-styret og formuleret uden reel involvering af ressourcerpersoner fra de områder der søges adresseret. Den generelle vurdering er, at projektet kunne have kommet hurtigere i gang, hvis det i højere grad tog afsæt i den viden og de problemstillinger, der i forvejen arbejdes med i relation til samarbejdet omkring indlæggelse og udskrivning.</p>
<p>Væsentlige aktiviteter og justeringer i den kommende periode</p>	<p>Der arbejdes videre med at undersøge muligheder for at analysere data for akutte indlæggelser og ambulante besøg, kombineret med resultater fra cases til den rådgivende visitationsansvarlige overlæge. Her vil vi kunne analysere mønstre ved en enkelt patient og i forhold til diagnoser. Resultaterne deraf er allerede givtige og vil blive videreformidlet, men henblik på flere input.</p> <p>Indsatsen havde i udgangspunktet fokus på KOL og diabetespatienter, men erfaringerne har vist sig at dette fokus var for snævert. Derfor er indsatsen udvidet til at omfatte alle patienter, samtidig med at der er sat særligt fokus på kateterpatienter, fordi det har vist sig at disse ofte henvises unødigt til hospitalet i forbindelse med kateterproblemer.</p> <p>Almen praksis informeres om at hotline fra almen praksis til rådgivende visitationsansvarlig overlæge genåbnes og den startes ved at det er en fast overlæge, der har funktionen og er dedikeret til opgaven. Der er en forventning om, at det denne gang vil lykkes at implementere funktionen.</p> <p>Første introforløb for KB- læger afholdes november 2017. På sigt planlægges det at udvide forløbet til også at omfatte uddannelseslæger i almen praksis og plejepersonale fra akutmodtagelsen.</p> <p>Området vedrørende psykiske syge- og misbrugs patienter har vist sig at være i relevant i forhold til kontakter i akutmodtagelsen, og håndtering der af. Fastsættelse af forbedringsmål vedr. psykiske- og misbrugs patienter og muligheder for at forebygge indlæggelser skal afklares.</p>

### Delprojekt 3: Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre medicinske patienter mellem hospital, kommune og almenpraksis

Mål	<p>At udvikle et koncept for korte fokuserede og tværsektorielle videokonferencer med henblik på at bestemme en plan for det videre forløb i fællesskab mellem hospital, egen læge, hjemmepleje og patienten, der forebygger informationstab ved indlæggelse og udskrivning på hospital. Konceptet skal udvikles så pårørende/patienter har mulighed for at deltage.</p> <p>Målet er at styrke koordination og sammenhæng i patientforløbet ved udskrivelse for at forebygge genindlæggelser, samt at inkluderede patienter og pårørende oplever en tryk indlæggelses/udskrivesproces samt oplever sammenhæng i overgangen fra hospital og egen bolig.</p> <p>Endvidere skal det dokumenteres, hvilke typer af patientforløb der egner sig bedst til at afholde videokonferencer.</p> <p>Målet er, at der efter fuld implementering afholdes minimum 5 konferencer om ugen.</p>
Primære aktiviteter i perioden	<p>Design og beskrive arbejdsgange for videokonference, samt dokumentation af indhold og udbytte.</p> <p>Udlevere, installere og teste videoudstyr i almen praksis og på hospitalsafdelinger.</p> <p>Informere om indsatsen og indgå af aftaler med almen praksis og kommune.</p> <p>Informere om indsatsen på hospitalets sengeafdelinger og igangsætte procedurer for opsporing/aftaler for relevante patienter.</p>
Aktører inddraget	<p>Afdelingsledelser, læger og plejepersonale på sengeafsnit, 9 af øens 27 praktiserende læger har tilmeldt sig ordningen og en kommunal hjemmesygeplejerske/visitator fungerer indtil videre som tovholder for kommunen i forbindelse med konferencer.</p> <p>Patienter og pårørende har endnu ikke været inddraget, fordi projektleder og projektgruppe har prioriteret, at personalet i første omgang skal have mulighed for at blive fortrolige med konferencerne.</p>
Status på hovedaktiviteter	<p>Alle understøttende aktiviteter er gennemført, og der er gjort et stort arbejde med at informere om indsatsen, de involverede afdelinger er besøgt dagligt af projektlederen i et forsøg på at finde relevante patienter og opsøge det personale der skal planlægge konferencerne.</p> <p>De oprindelige inklusionskriterier er også fjernet fordi de ikke oplevedes relevante af de praktiserende læger, ligesom de vanskeliggjorde opsporing af patienter. I stedet er aftalt en praksis hvor alle relevante patienter kan meldes ind til en videokonference. Indsatsen blev revideret og relanceret med afsæt i ovennævnte ændringer ved påske 2017 efter problemer med manglende fremdrift i perioden frem til april 2017, hvor der i alt kun blev afholdt seks konferencer.</p>

Trods dette er indsatsen gået i stå og der har ikke været afholdt konferencer siden april 2017. Der har heller ikke været holdt en konference i forbindelse med en indlæggelse og denne del af projektet anses ikke som realistisk at igangsætte så længe det ikke lykkes at afholde konferencer i forbindelse med udskrivning.

#### Primære udfordringer for fremdrift

Indsatsen er dels udkonkurreret af arbejdet med at implementere Sundhedsplatform og ny akutmodtagelse, dels har det vist sig meget vanskeligt at forankre indsatsen hos de hospitalslæger, der skal fungere som tovholder for videokonferencen.

Det har ikke været muligt at indgå interviewaftaler med hospitalslæger, men det fremgår fra de øvrige informanter i delprojektets projekt- og styregruppe, at hospitalslægerne mangler tid, overskud og ejerskab til at involvere sig i indsatsen. Informanterne understreger at lægegruppen er udfordret af mange opgaver og meget overarbejde, hvorfor den manglende involvering ikke kun er udtryk for modstand over for indsatsen.

Interviewpersonerne deler dog også en vurdering af, at lægegruppens opbakning til videokonferencerne påvirkes negativt af, at lægerne ikke selv har været med til at definere indsatsen, at konferencen ikke repræsenterer en løsning på et problem lægerne oplever, samt at indsatsen ikke gennemføres som et kontrolleret forsøg. Sidstnævnte mulighed har derfor også været drøftet i udviklingshospitalets overordnede styregruppe, men her blev det besluttet at fastholde fokus på videokonferencerne som et tværsektorielt udviklingsprojekt, frem for et forskningsprojekt.

Samtidig beskrives nedenstående logistiske og normative udfordringer for lægernes involvering:

- a. Det er oftest ikke den samme læge, som der kan planlægge og deltage i en konference. I den forbindelse har det vist sig at lægerne ikke er villige til at aftale konferencer på kollegers vegne.
- b. Rollen som tovholder udfordrer lægernes syn på egen rolle i udskrivningssamarbejdet. Især yngre læger er usikre over for rollen som leder af en konference om en patient de ikke har set, hvor de kun har en anden læges journalnotater at læne sig op af.
- c. Flere af de erfarne læger er udfordret af mængden af ny teknologi i relation til Sundhedsplatformen, at de ikke magter teknologien omkring videokonferencen.

Det fremstår endvidere som en generel erfaring for interviewpersonerne, at mange oplever udviklingshospitalet som top-styret og formuleret uden reel involvering af ressourcer personer fra de områder der søges adresseret. Den generelle vurdering er, at projektet kunne have kommet hurtigere i gang, hvis det i højere grad tog afsæt i den viden og de problemstillinger, der i forvejen arbejdes med i relation til samarbejdet omkring indlæggelse og udskrivning. En målrettet indsats for at implementere og overholde de procedurer og retningslinjer, der er aftalt i Region Hovedstadens kommunikationsaftale for indlæggelse og udskrivning fremhæves som et eksempel på et sådant indsatsområde.

#### Væsentlige aktiviteter og justeringer i den kommende periode

Det er besluttet at gøre et nyt forsøg på at relancere videokonferencerne i efteråret 2017.

Hospitalsledelsen og afdelingsledelsen for medicinsk afdeling holder i den forbindelse et fælles møde med afdelingens læger for at finde en løsning på lægernes involvering og deltagelse i videokonferencen.

Endvidere overvejes at tilbyde honorering for merarbejde til lægerne

#### Delprojekt 4: Patientrapporterede oplysninger - PRO

Mål	<p>At 95% af alle henviste patienter har udfyldt et spørgeskema inden deres 1. ambulante besøg</p> <p>At 90% af patienterne i målgruppen oplever at pro-skemaer bliver brugt i samtalen med sundhedspersonalet</p> <p>At patienterne i målgruppen oplever, at de er blevet inddraget i behandlingen.</p> <p>At patienternes livskvalitet, funktionsniveau og smert niveau bliver monitoreret før og efter behandlingsforløb både opererede og ikke-opererede patienter</p> <p>At 85 % af patienterne i målgruppen samlet set har en bedring af livskvalitet, smerte- og funktionsniveau et år efter endt intervention</p> <p>Målgruppen er potentielt 130 knæpatienter og 130 hoftepatienter, hhv. 80 og 60 til operation/årligt</p>
Primære aktiviteter i perioden	<p>Der har været projektlederskift i delprojektet og ny lokal projektleder har overtaget projektet ved årsskiftet 2017. Den nye projektleder er ansat i den lokale kvalitetsafdeling og har lang erfaring på Bornholms Hospital.</p> <p>Efter overtagelsen er der sket fremdrift i delprojektet, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Har projektgruppen været på studietur til Aalborg og Gentofte hospitaler, som også er i gang med værdibaseret styring, for at se hvordan de arbejder med PRO og har sat deres projekter op.</li><li>▪ Udvikling af spørgeskema med validerede spørgsmål, På baggrund af disse workshops blev der valgt et spørgeskema, som udmærkede sig ved 'kun' at have 20 spørgsmål frem 40 spørgsmål i det andet spørgeskema, som blev afprøvet. Personalet mener fortsat, at der er for mange spørgsmål, og der er sket en yderligere reduktion på workshop i september 2017.</li><li>▪ Spørgeskemaafprøvet på 6 patienter.</li><li>▪ Beskrevet hvilke tilbud, der skal være til patienter der skal opereres, og hvilke tilbud, der skal være til ikke-opererede (træning, smertekursus og vægttab).</li><li>▪ Afprøvet pilot-smertesamtale på to ikke-opererede patienter.</li><li>▪ Beskrivelse af arbejdsgangene omkring udfyldelse af skemaerne og samtale med udgangspunkt i PRO-skemaerne.</li><li>▪ Bornholms Hospital er blevet inviteret til at deltage i den koordinerende gruppe for PRO-data indenfor ortopædi med knæ og hofter under Sundhedsdatastyrelsen.</li></ul>

<p>Aktører inddraget</p>	<p>Patienter og sundhedsprofessionelle er inddraget i workshops, som har haft til formål at udvælge spørgsmål til spørgeskemaet. Patienterne, som blev inddraget afprøvede forskellige validerede spørgeskemaer og bidrog også til formulering af ekstra spørgsmål, som de fandt relevant (fx søvnmønster, sociale relationer, brug af gangredskaber mm).</p> <p>Samarbejde med kommunal fysioterapeut, på sigt skal der også ske inddragelse af private fysioterapeuter, som skal kunne tage over, når hospitalets fysioterapeuter afslutter forløb for ikke-opererede patienter.</p> <p>Almen praksis er ikke inddraget endnu, men planen er at inddrage dem på et senere tidspunkt.</p>
<p>Status på hovedaktiviteter</p>	<p>PRO-spørgeskemaet til hofte- og knæpatienter skal en sidste gang testes ved en workshop (25. september 2017), inden det starter op. Her skal der også ske en yderligere udvælgelse af spørgsmål, så spørgeskemaet ikke bliver for langt. Det skal også være til at håndtere i den kliniske praksis.</p> <p>Både fysioterapeuter er så småt gået i gang med at tage samtaler med patienter om smerter og bevægelse, og lavet træningsindsatser på få patienter. Ikke noget systematisk. Dette skal systematiseres yderligere i forbindelse med en arbejdsgangsanalyse medio september.</p> <p>En arbejdsgang omkring samtalen ifm. PRO-skemaet er under udvikling. Det indebærer bl.a. et undervisning i brugerinddragende kommunikation, som skal gennemføres i et samarbejde med delprojekt 8 Her skal der være deltagelse fra både kommune, almen praksis og</p> <p>Smertekurset til ikke-opererede patienter er under udvikling og afprøvning</p>
<p>Primære udfordringer for fremdrift</p>	<p>Der har flere gange været foretaget ændringer i projektbeskrivelsen, hvor sygdomsområder er blevet skrevet ind og ud af projektet. Der har både været uenighed om formålet med delprojektet, herunder hvad PRO-skema og PRO-data skal bruges til, og uenighed om hvilke sygdomsområder der skulle indgå,</p> <p>KOL og Hernie er udsat til 2018, men indeholdes i projektperioden. Det er en bekymring til stede om hvorvidt afdelingerne kan løfte opgaven, da der er få ressourcer i klinikken til at få driften til at fungere.</p> <p>Bornholms Hospital har mange forandringer i gang på samme tid i forbindelse med 1) implementering af Sundhedsplatformen, 2) organisationsændringer i afdelinger, 3) fysiske flytninger, 4) kompetenceudvikling, 5) de øvrige projekter under Udviklingshospitalet.</p> <p>Medarbejderne har derfor ofte mange ting i gang og svært ved at overskue eller sætte tid af til projekterne. De mange ændringer skaber ligeledes usikkerhed om projektets forankring i fremtiden. Usikkerhed om den økonomiske ramme for på hospitalet i fremtiden skaber også usikkerhed omkring PRO-værktøjets levedygtighed i fremtiden, da en nedgang i antallet af opererede patienter medfører at hospitalet ikke tjene det samme, selvom værdien for patienternes menes at øges.</p>



PRO-data skal understøttes af et IT-systemet. Dette IT system skal købes privat, men kunne tale sammen med de andre regioners IT-systemer.

Væsentlige aktiviteter og justeringer i den kommende periode

PRO-spørgeskemaet skal tilrettes og afprøves yderligere

Der skal arbejdes med arbejdsgane omkring udfyldelse af PRO-spørgeskemaen og tid til samtalerne om operation/ikke-operation og en opdeling mellem samtale med læge og sygeplejerske. Derudover skal der udvikles arbejdsgane for træningsforløb ved hospitalets fysioterapeuter, for patienter som ikke ønsker operation samt overgangene til privat fysioterapi og praktiserende læge.

Udvikling af smertesamtaler og smertekurser (individuelt og hold) og samtaler om livsstil (primært overvægt) .

Delprojekt 5: Bedre bestilling og brug af diagnostik	
Mål	<p>Øge antallet af efterbestillinger af blodprøver med 20 %, mindske tendens til at hospitalet gentager blodprøver og analyser som allerede er taget i primærsektor, samt at antallet af unødvendige stik i patienter reduceres.</p> <p>Øge kvaliteten af henvisninger til CT- MR- og UL-skanninger. Målet er at andelen af henvisninger med koncise anamnese øges med 40 %.</p> <p>Halvere andelen af patienter der venter mere end 20 minutter på at få taget en blodprøve.</p>
Primære aktiviteter i perioden	<p>I forbindelse med delprojektet er der gennemført et omfattende analysearbejde for at kvalificere antagelserne bag projektets delindsatser. For den delindsats, der handler om at reducere antallet af stik, er analysearbejdet offentliggjort i form af en rapport (Helt-Hansen 2017). For den indsats der omhandler bedre kvalitet i henvisninger til billeddiagnostik er der gennemført journalaudits.</p> <p>Analyserne har demonstreret begrundelsen for dele af indsatsen, samtidig med at andre er kvalificeret. Analyserne er efterfølgende anvendt som afsæt for justering af arbejdsgange, samt information og undervisning til relevant personale.</p>
Aktører inddraget	<p>Analyse og udviklingsarbejde har primært involveret projekt- og styregruppe. Endvidere har afdelingens bioanalytikere bl.a. været involveret i kortlægningen af antallet af unødige stik, ligesom de har ansvar for den nyoprettede døgnbemandede telefon til efterbestilling af blodprøver.</p> <p>Resultater og anbefalinger fra audit af henvisninger til billeddiagnostik er bl.a. formidlet til hospitals- og praksislæger på tværsektorielt fyraftensmøde.</p>
Status på hovedaktiviteter	<p><b>Reduktion i antal unødige stik og øget brug af efterbestillinger:</b></p> <p>Den udarbejdede dataanalyse viser:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>At efterbestillingsraten på Bornholms Hospital i forvejen ligger højt, og at det derfor ikke er muligt at øge antallet af efterbestillinger med 40 %. Den høje efterbestillingsrate kan bl.a. tilskrives brugen af en lokal procedure for ny-indlagte i akutmodtagelsen. Dialogen om delindsatsen viste, at hospitalets læger har for lille viden om muligheden for at efterbestille analysesvar. Det fremgik samtidig at lægerne oplevede det for besværligt at komme i kontakt med laboratoriet i forbindelse med efterbestilling. Derfor er der oprettet et mobilnummer til en bioanalytiker, som lægerne kan ringe til når de har brug for efterbestillinger. Løsningen er i dag velimplementeret og fortsætter i drift. Indsatsen fremstår som en succes, men databrud i forbindelse med implementeringen af Sundhedsplatformen, gør det svært at evaluere delindsatsen.</li> <li>At det er sjældent, at blodprøver taget hos egen læge gentages på hospitalet, idet hospitalet rekvirerer andre analyser end almen praksis. En informationskampagne rettet mod almen praksis er sat i gang.</li> <li>At potentialet for at genbruge analysesvar internt på hospitalet er lille – dog kan et mindre antal analysesvar fra akutmodtagelsen genbruges på sengeafsnit.</li> </ol>

- d. At der er behov for, at der på hospitalet opnås en fælles forståelse for, hvornår blodprøvetagninger tildeles prioriteten "akut". Dataanalysen underbygger bioanalytikernes tilbagemeldinger om, at et antal akutte prøvetagninger vil kunne tags på en efterfølgende prøvetagningsrunde. Problemstillingen løftes i relevante ledelsesfora.
- e. At der ikke er et overforbrug af blodprøvetagninger på hospitalet.
- f. At mindst hver 9. genbestilling af kolesterol- og vitaminanalyser sker indenfor et tidsrum, hvor svaret fra den tidligere analyse stadig er klinisk relevant og derfor kunne være undgået. Billedet er det samme på Nordsjællands Hospital. En løsning på denne problematik vil kræve en regional og tværsektoriel indsats.

**Bedre bestilling af billeddiagnostik:**

Der er i februar lavet tværsektoriel audit på 41 henvisninger. Det var en ahaoplevelse for de involverede. Med det afsæt er der gennemført tværsektoriel undervisning i den gode henvisning. Undervisningen er blevet godt modtaget og det er planlagt at fastholde tværsektoriel audit og undervisning som en fast rutine en gang om året fremadrettet. En gentagelse af auditten i august, viste at målet for delindsatsen er nået. For at fastholde resultatet er nyt undervisningsmateriale under udarbejdelse.

**Mindske ventetid til blodprøvetagning:**

Der har længe været problemer med for lang ventetid i hospitalets blodprøvetagning. Det er særligt mandag og tirsdag, så projektet har fokus på at informere patienterne og sprede deres besøg bedre ud på de øvrige ugedage.

Til det formål er der udarbejdet informationsmateriale om hvornår der typisk er spidsbelastninger. Endvidere har man ønsket at give patienterne mulighed for selv at booke tider. Planen var i første omgang at anvende Sundhedsplatformen, men den løsning kan kun bruges af de 2/3 af patienterne der har et aktivt forløb på hospitalet. Det er indenfor delprojektets rammer ikke lykkedes at finde en løsning, som giver patienterne mulighed for selvbookning.

Primære udfordringer for fremdrift	Konkrete tiltag i forbindelse med projektet har været længe om at komme i gang, fordi rammer og antagelser bag de opstillede delindsatser var uklare og udokumenterede. Derfor er der brugt mange ressourcer på at kvalificere projektbeskrivelser, indsatser og målsætninger. Arbejdet med at afklare mulighederne for selvbook til blodprøvetagning, har forsinket denne del af delprojektet betydeligt.
------------------------------------	--

Væsentlige aktiviteter og justeringer i den kommende periode	<b>Reduktion i antal unødige stik og øget brug af efterbestillinger:</b> Løsninger vedrørende efterbestilling af blodprøver videreføres som fast rutine. Formidling af dataanalysens resultater til relevante aktører samt revision af retningslinjer for bestilling af akutte blodprøvetagninger udestår. Herefter lukkes delindsatsen.
--	--

**Bedre bestilling af billeddiagnostik:** Undervisningsmateriale omkring henvisning til lægebaseret billeddiagnostik er under udarbejdelse. Audit og undervisning i den gode henvisning videreføres som fast rutine. Delindsatsen lukkes primo 2018.

**Mindske ventetid til blodprøvetagning:** Afklaring af selvbook-løsning har udskudt afslutningen af delindsatsen til primo 2018. Der er i gangsat aktiviteter for at give løbende information om ventetider, optimere brugen af akut-kø samt forbedringsarbejde med henblik på at frigive bioanalytikerressourcer.

## Delprojekt 6: Bedre overblik for patienten over, hvad der skal ske og hvornår

Mål	<p>Det overordnede mål er at planlægge stuegang og derved forbedre kvaliteten heraf.</p> <p>Delmål: At læger og sygeplejersker får fælles overblik over stuegang, ved møde kl 9. hver morgen, eventuelt ved brug af tavle.</p> <p>At 90% af patienter kender tidspunkt for deres egen stuegang og at denne foregår planlagt i et separat rum, med mulighed for deltagelse af pårørende.</p> <p>At der for 90% af patienterne omdem for 48 timer efter indlæggelse er en dokumenteret forløbsplan inklusiv forventet tidspunkt for udskrivelse.</p>
Primære aktiviteter i perioden	<p>Projektafdeling er ændret fra F1 til A2 (SA2).</p> <p>Arbejdsgang i forbindelse med ny stuegang er drøftet og på interviewtidspunktet var en skrivelse om tid, sted, prioritering af patienter samt ansvar ved stuegang under udarbejdelse. Dette arbejde var ikke færdigt men der forelå to skabeloner for 1) tavlemøde, 2) stuegang som var ved at blive afprøvet.</p> <p>Der er ved at blive aftalt faste tidsintervaller for læger til stuegang. Ved interviewtidspunktet var forslaget, at planlagte stuegange/konsultationsstuegang á 30 min. Efterfølgende er forsøg med den nye model igangsat, idet én læge afprøver den nye model for stuegang på minimum to patienter pr. uge.</p> <p>Konkret er tavlemødet et medarbejdermøde, hvor læger og sygeplejersker i fællesskab fordeler patienter den pågældende dag. Stuegangsgående sygeplejerske informerer patienten om tidspunkt for stuegang.</p> <p>Der er indkøbt whiteboard til at skrive information om hvornår konsultationsstuegang finder sted (ikke andre informationer).</p> <p>Processen var planlagt til at starte juni 2017, men på grund af ledelsesskift i afsnittet blev den udsat.</p>
Aktører inddraget	<p>Drøftelsen af arbejdsgangene er sket i projektgruppen og er formidlet til personale torsdag uge 36. (personalet har dog været informeret før).</p> <p>Projektgruppen består af afdelingssygeplejerske, basis sygeplejerske samt overlæge, ekstern projektleder samt en patient der er inddraget ad hoc. Desuden har der siddet personer fra afdeling F1 i projektgruppen, som nu er udskiftet.</p> <p>Projektet har ikke samarbejdspartnere udenfor A2, hvilket forenkler implementeringsmuligheder. Der er dog ambition for spredning til alle afdelinger, men evaluator har ikke indtryk af at der ligger plan herfor.</p>

Status på hovedaktiviteter	<p>Der var ved interviewtidspunktet udarbejdet en plan for afprøvning af fælles møde i afsnittet kl. 9 i uge 37 på A2.</p> <p>Implementering af planlagte stuegange/konsultationsstuegang var planlagt til at blive afprøvet som forsøg i uge 38.</p> <p>Rollerne ved tavlemødet var endnu ikke færdig beskrevet på interviewtidspunktet, herunder fx hvem der skulle passe telefonen, så mødet kan forløbe uforstyrret og hvem der skal informere patienterne om tidspunkt for stuegang.</p> <p>Videokonferencer i forbindelse med planlagte stuegange/konsultationsstuegang er sløjft.</p>
Primære udfordringer for fremdrift	<p>Der er langsomme beslutningsveje i delprojektet, og der har været tvivl om beslutningskompetence i hhv. styregruppe for delprojekt, afdelingsledelse, programleder og direktion. Det gør det usmidigt at træffe beslutninger.</p> <p>Der er mange (og muligvis for mange projekter og forandringer) i gang på Bornholms Hospital, for at medarbejdere og afdelingsledelser kan allokere tilstrækkelig tid. På grund af andre projekter på Bornholms Hospital, har der været udskiftning i ledelser samt flytning af senge. Desuden er Sundhedsplatformen implementeret og har bl.a. betydet at en læge i projektgruppen måtte nedprioritere delprojektet til fordel for Sundhedsplatformen.</p> <p>Projektlederen er ekstern konsulent og beskrev både fordele og ulemper ved denne konstruktion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fordelene var, at projektlederen ikke have andre områder at skulle varetage end delprojektet; at hun kunne sparre med andre i sin 'hjemorganisation' og var løsrevet lokal ledelse.</li> <li>▪ Ulempen var at være løsrevet fra andre arbejdsgange og hospitalets drift.</li> </ul> <p>Der var en oplevelse af, at der i Udviklingshospital Bornholm var udviklet løsninger før medarbejdere og borgere fik lejlighed til at definere problemer. Der har derfor været behov for at skabe et ejerskab i de berørte afsnit til delprojektet. Det afspejlede sig bl.a. i beslutningen om at gennemføre tavlemøderne på et andet afsnit end først tiltænkt, da det oprindelige afsnit, F1, havde stor modstand mod den grundlæggende idé om at ændre stuegang.</p> <p>Projektet har fremdrift men er frakmitteret og mister synergi til øvrige hospital og øvrige projekter og delprojekter. Der opleves mellem projektmedarbejder og projektleder en fælles forståelse af centrale begreber som 'værdi' og 'borgerinddragelse', men der er ikke sikkerhed hos disse to, om det gælder på tværs af projektledere, projektmedarbejdere og medarbejdere i kliniske afdelinger.</p> <p>Projektlederen oplever ikke en forståelse for delprojekternes (både delprojekt 6 og generelt) naturlige langsomhed, og oplever at det har presset delprojekterne i gang før man har sikret sig ejerskab og bæredygtighed i organisationen,</p>

Væsentlige aktiviteter og justeringer i den kommende periode

6. oktober 2017 (efter interview) anvendes tavler til det nuværende overblik, som hentes fra Sundhedsplatformen. Ultimo oktober kommer den direkte tilgang/overgang til Sundhedsplatformen på plads.

Væsentligste aktiviteter og justeringer i den kommende periode er, at få afprøvet tavlemøderne og få dem justeret, derefter skal der afholdes og justeres konsultationsstuegange.

Whiteboard hos patienter skal hænges op og tages i brug.

## Delprojekt 8: Følg patienternes præference i den sidste levetid

Mål	<p>At patient og pårørende oplever den sidste tid på den måde ønsker.</p> <p>At patienter og pårørende har samtaler herom.</p> <p>At medarbejdere har kompetencer til at foretage denne samtale.</p>
Primære aktiviteter i perioden	<p>Der er allokeret 4 dage ved ekstern projektleder månedligt fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.</p> <p>I delprojektet er der udarbejdet en folder om samtalen vedrørende patientens præferencer i den sidste levetid samt 11 punkter til at strukturere samtalen vedrørende patientens præferencer i den sidste levetid. Hensigten er, at folderen skal følge patienten, og på den måde fungere som kommunikationsværktøj mellem kommune, almen praksis og hospital.</p> <p>Folderen er afprøvet på 6 patienter i kommunen og 1 gang på hospitalet.</p> <p>Spørgeguide til evaluering af den sidste tid er under udarbejdelse af Kompetencecenter for Patientoplevelser. Denne spørgeguide er henvendt til pårørende.</p>
Aktører inddraget	<p>Afdelingen har været inddraget i form af information om delprojektets aktiviteter, og projektlederen har været i dialog med den ledende overlæge i Afdeling for Medicinske Sygdomme om at afsætte længere tid til opfølgende samtaler med patienter efter indlæggelse. Før har det været 20 minutter og det skal udvides til 30 minutter</p> <p>Der er indgået aftaler med kommune (1 pers.), hospital (1 pers.) og almen praksis. Der er igangværende forhandlinger med Falck og den præhospital virksomhed i Region H om at inddrage dem, som samarbejdspartnere i at sikre terminale forløb efter patienter og pårørendes ønsker. Falck er interesseret i at deltage, men det kræver en afklaring af nødvendig dokumentation og juridisk forhold omkring mulighederne for at paramedicinen kan afslutte behandlingen i hjemmet.</p> <p>Den oprindelige projektgruppe er ændret til:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 1 (nyansat) afdelingssygeplejerske,</li><li>▪ 1 (nyansat) sygeplejerske,</li><li>▪ Sygeplejerske på lungeambulatoriet,</li><li>▪ KOL-sygeplejerske,</li><li>▪ Praktiserende læge,</li><li>▪ Leder og medarbejder på rehabiliteringscenter</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pårørenderepræsentant</li> </ul>
<p>Status på hovedaktiviteter</p>	<p>Der er udviklet en folder der informerer patienter, pårørende og medarbejdere om indsatsen vedrørende. en samtale om patientens ønsker for den sidste levetid.</p> <p>Projektgruppen er i gang med at definere kriterier for hvornår denne samtale skal initieres. Det er besluttet, at det ikke skal være én samtale, men en løbende proces, hvor det dokumenteres løbende og i samme dokument, hvilke af de 11 punkter som er blevet adresseret og af hvem. Denne folder er blevet testet på:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 6 patienter har i kommunalt regi fået folderen og samtalen er påbegyndt.</li> <li>▪ 1 patient på hospitalet har fået folderen og samtalen er påbegyndt.</li> </ul> <p>Der har været 8 dødsfald og 25 KOL-indæggelser på Bornholms Hospital i projektperioden, men man kender ikke den samlede population af KOL-patienter idet mange af disse patienter tilses af de praktiserende læger, og der findes ikke en fælles opgørelse.</p> <p>Der er planlagt kommunikationsundervisning i oktober, november og december 2017 og 2018.</p>
<p>Primære udfordringer for fremdrift</p>	<p>Der er langsomme beslutningsveje og der har været tvivl om beslutningskompetence og reference på de forskellige niveauer. Enten er dette ikke kommunikeret eller det er uklart.</p> <p>Der er mange og muligvis for mange projekter og forandringer i gang på Bornholms Hospital, og det er vanskeligt for medarbejdere og afdelingsledelser at allokere tilstrækkelig tid. På grund af andre projekter på Bornholms Hospital, har der været udskiftning i ledelser samt flytning af senge. Desuden er Sundhedsplatformen indført og .</p> <p>Der er ifølge projektlederen fordele og ulemper ved at være ekstern projektleder:</p> <p>Fordelen er ikke have andre områder at skulle varetage end delprojektet., man kommer med nye øjne på arbejdsgange og er løsrevet fra den lokale ledelse.</p> <p>Ulempen er, at man ikke ved hvad der foregår af interne konflikter, man deler ikke for forståelse om projektets størrelse og omfang med lokale medarbejdere og ledere. Desuden er man løsrevet fra andre arbejdsgange.</p> <p>Der stilles spørgsmålstejn ved, hvorfor Sundhedsaftalerne ikke i højere grad er anvendt som grundlag for samarbejdsaftaler.</p> <p>Der er tilsyneladende ikke en harmonisering af forståelsen for projekternes naturlige langsommelighed, som forudsætning for ejerskab og bæredygtighed på de forskellige projektniveauer. Omvendt er foregår der kun meget små skridt i retning af fremdrift.</p>

Væsentlige aktiviteter og justeringer i den kommende periode

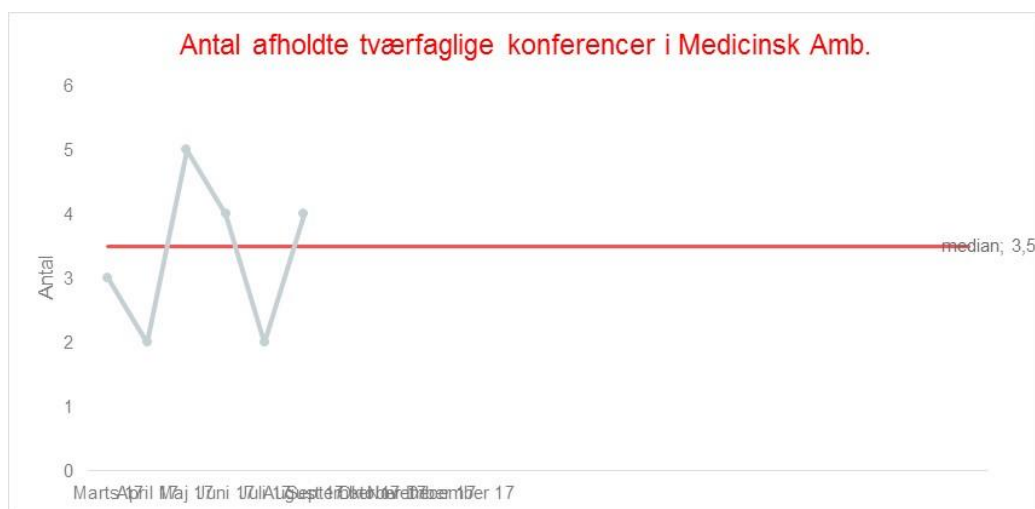
Folderen skal testes yderligere og implementeres.

Der er planlagt kommunikationsundervisning på tværs af sektorer.

## Bilag 2 Opgørelse af målopfyldelse og aktivitet

### Delprojekt 1:

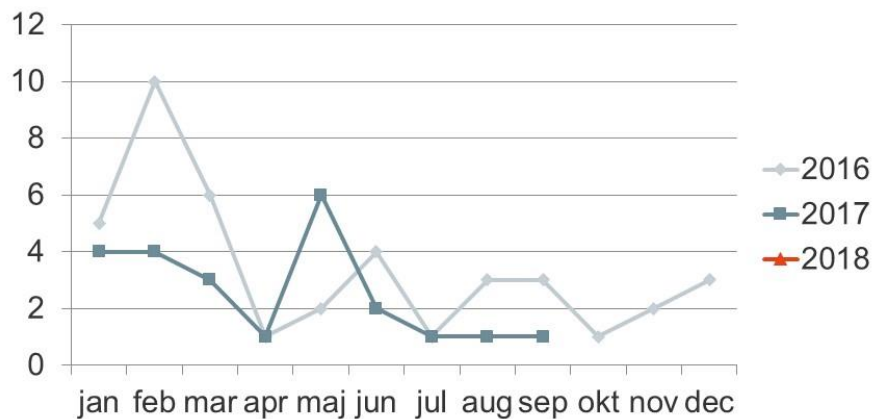
**Bilagsfigur 2.1** Antal tværfaglige konferencer afholdt i Medicinsk Ambulatorium



Kilde: Opgørelser over aktivitet og målopfyldelse, Udviklingshospital Bornholm – tilsendt 12.oktober 2017

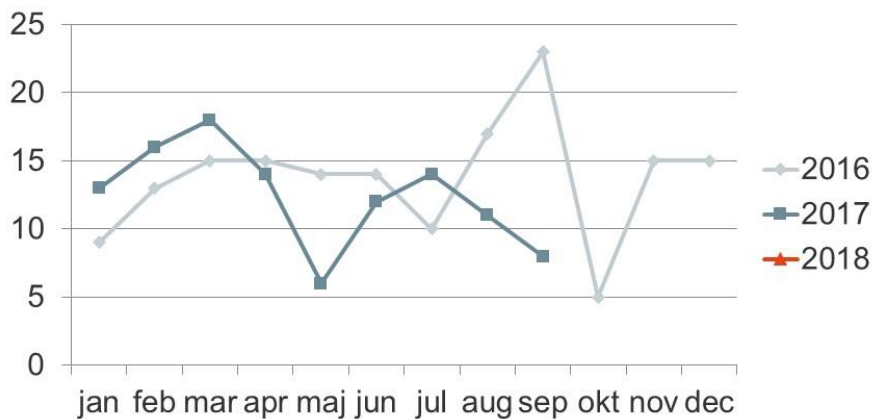
## Delprojekt 2: Ny visitationsform for akutte patienter

**Bilagsfigur 2.2** Antal indlagte KOL-patienter



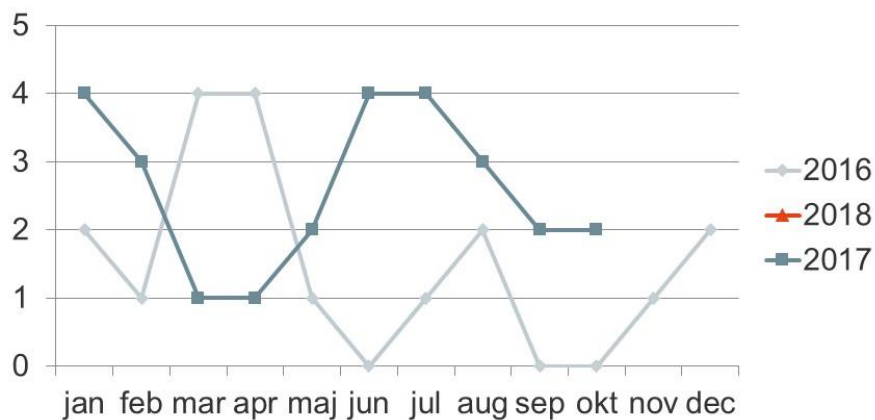
Kilde: Opgørelser over aktivitet og målopfyldelse, Udviklingshospital Bornholm – tilsendt 12.oktober 2017

**Bilagsfigur 2.3** Antallet ambulante patienter med kateter-/urinretentions diagnoser



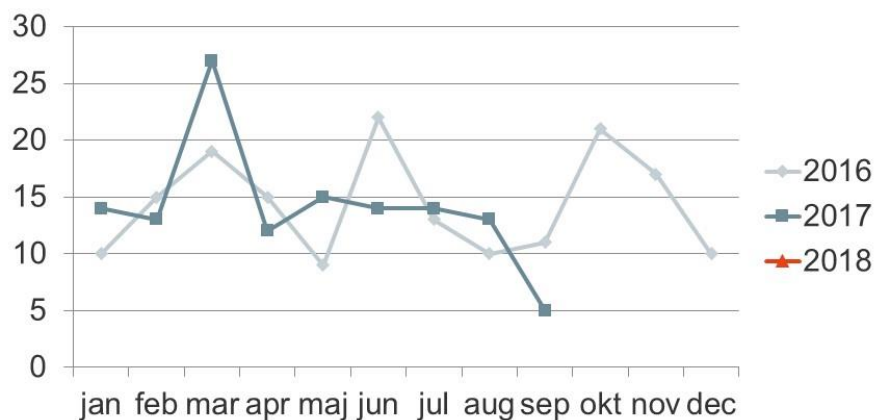
Kilde: Opgørelser over aktivitet og målopfyldelse, Udviklingshospital Bornholm – tilsendt 12.oktober 2017

**Bilagsfigur 2.4** Antallet af indlagte patienter med kateter-/urinvejsretentions diagnoser



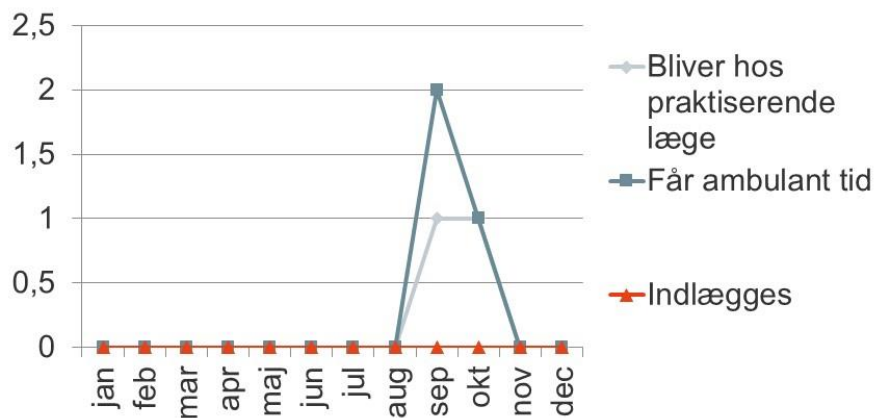
Kilde: Opgørelser over aktivitet og målopfyldelse, Udviklingshospital Bornholm – tilsendt 12.oktober 2017

**Bilagsfigur 2.5** Antal ambulante patienter med psykiatriske diagnoser



Kilde: Opgørelser over aktivitet og målopfyldelse, Udviklingshospital Bornholm – tilsendt 12.oktober 2017

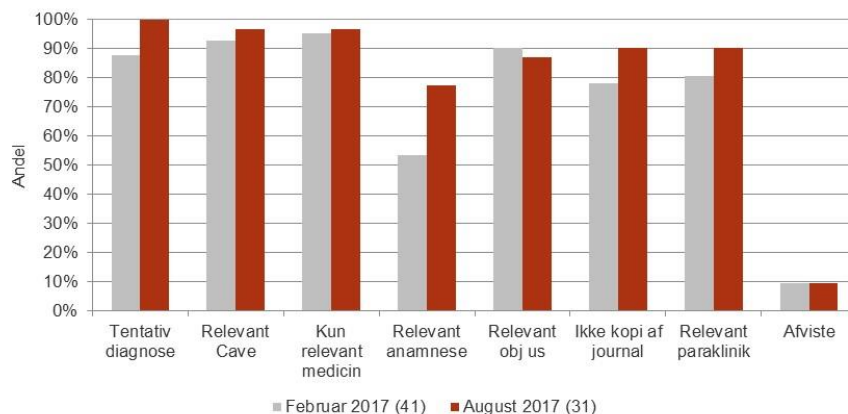
**Bilagsfigur 2.6** Antal konsultationer mellem praktiserende læger og overlæge, BOH



Kilde: Opgørelser over aktivitet og målopfyldelse, Udviklingshospital Bornholm – tilsendt 31.oktober 2017

## Delprojekt 5: Bedre bestilling og brug af diagnostik

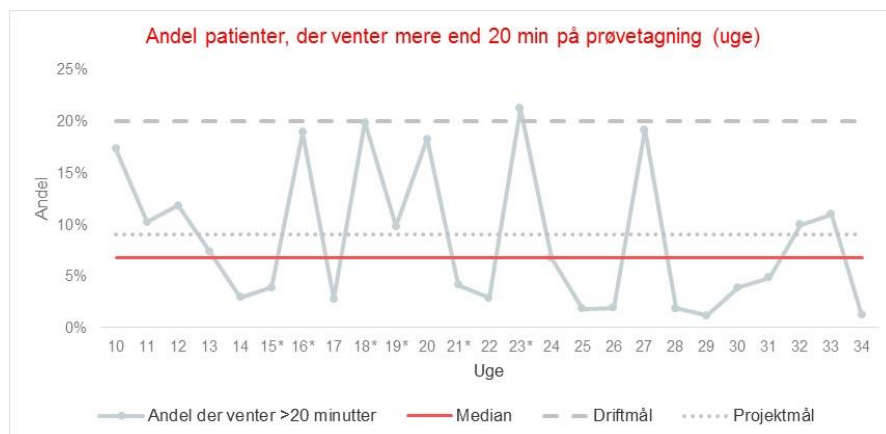
**Bilagsfigur 2.7** Resultat af journalaudits vedrørende henvisninger til billeddiagnostik



Note: Forbedring på 44% på relevant anamnese (delprojektets mål var en forbedring på 40%)

Kilde: Opgørelser over aktivitet og målopfyldelse, Udviklingshospital Bornholm – tilsendt 12. oktober 2017

**Bilagsfigur 2.8** Ventetider på blodprøvetagning pr. uge



Kilde: Opgørelser over aktivitet og målopfyldelse, Udviklingshospital Bornholm – tilsendt 12. oktober 2017

**VIDEN TIL  
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD