

Værdibaseret sundhed

Organisatorisk læring i et pilot projekt "Gynækologisk Cancer"

Jeg er ansat på Aalborg UH, som sammen med resten af hospitalsvæsenet i Region Nordjylland har en organisationsform, hvis overordnede formål er at skabe sammenhængende og effektive patientforløb baseret på entydig og effektiv ledelse, dette er beskrevet i Dagsorden og referat fra Strategisk Sundhedsledelse Udvikling i den forløbsbaserede ledelsesorganisering på Sundhedsområdet 24.05.2016 j. nr 2015-01417. I min stilling som forløbsansvarlig viceklinikchef er mit ansvar og fokusering "Drift og udvikling af patientforløb". Jeg skal sammen med de forløbsansvarlige viceklinikchefer i de øvrige klinikker i regionen udvikle og implementere strategier for patientforløb, som skal medføre forandringer, som kan monitoreres på patient niveau. Jeg har i min stilling ikke ansatte med direkte reference til mig og har således ikke HR-opgaver i traditionel forstand men opgaver som retter sig mod grupper omkring patientforløb og dermed organisatorisk læring i praksisfælleskaber.

Sundhedsvæsenet er udfordret i forhold til sammenhængende og effektive patientforløb som netop beskrevet i en undersøgelse udført i en samarbejde mellem Trygfonden og Mandag Morgen "Kritisk lav tillid til Sundhedsvæsenet, Sundhedsvæsenet i følge danskerne" (Trygfonden & Mandag Morgen, 2016). Gennem mange år har der været en meget stor udvikling i den medicinske behandling og høj specialiseret behandling kan tilbydes til mange lidelser. Dette har den positive effekt, at overlevelsen er øget, hvilket samtidigt dog også i samspil med den demografiske udvikling, med en større ældre population, betyder at flere patienter har flere lidelser og behandlingen dermed bliver mere kompleks og udfordre sammenhæng og effektivitet. Den medicinske og demografiske udvikling betyder også at der er et fortsat stigende finansieringsbehov. Væksten af tilgængelig økonomiske ressourcer var i en årrække proportional med den medicinske og demografiske udvikling, hvorfor finansieringsbehovet kunne honoreres. Denne finansiering udfordres nu af den stagnerende økonomiske vækst. Der er derfor behov for at tænke anderledes omkring patientforløb både for at imødegå udfordringen med at sikre kvalitet, sammenhæng og effektivitet i patient behandlingen og udfordringen omkring økonomiske ressourcer.

Der er i Danmark og internationalt et fokus på at udvikle herunder organisere sundhedsvæsenet, så der skabes bedre patientforløb og samtidigt adressere de økonomiske udfordringer. Porter og Teisberg har præsenteret konceptet "Value Based Health Care"

(Porter & Teisberg, 2007), som adresserer udfordringen med et argument om at perspektivet for et sundhedssystem skal være at levere mest mulighed værdi til patienten pr brugt krone, fremfor at have et sundhedsvæsen udelukkende med perspektivet den økonomisk bundlinje. I Danske Regioner er der interesse for dette koncept og der er forskellig initiativer i gang rundt i landet. På Aalborg UH står vi netop overfor en proces, hvor vi skal afprøve konceptet "Value Based Health Care" - "Værdibaseret Sundhed" i fire udvalgte patientforløb hvor to er i Klinik Kvinde Barn- Urinvejskirurgi og derfor under mit ansvars og ledelsesområde. De fire pilot projekter har forskellig karakter, i et Hofte projekt er der fokus på både patientforløb og beregning af forbruget af økonomiske ressource. I de andre projekter er fokus primært forbedring af patientforløb. De to pilot projekter under mit ledelsesområde er "Gynækologisk Cancer" og "Avanceret hormon refraktær prostata Cancer". I denne opgave vælger jeg at have at beskæftige mig med pilot projektet "Gynækologisk Cancer", da det er længst i processen

Problemformulering

Hvordan kan jeg lede organisatorisk læring i pilot projektet i "Værdibaseret Sundhed" så der skabes værdi for patienten gennem en proces, hvor jeg forstår organisationen som en hukommelse som fremmer bestemte måder at vide og lære på og samtidig anvender organisatorisk læring som styringsteknologi.

Opgavens struktur

Jeg vil først give en beskrivelse af konceptet "Værdibaseret Sundhed", dernæst en kort beskrivelse af det pilotprojektet "Gynækologiske Cancer.

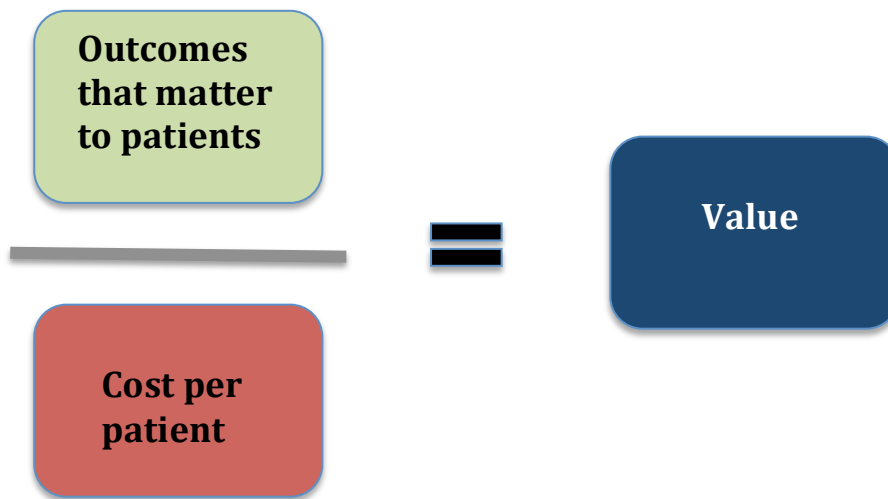
Derefter vil jeg anvende Leavitts organisationsanalyse model til at skabe overblik over hvad der kan være på spil for de forskellige interessenter i forbindelse med den organisationsændring "Værdibaseret Sundhed" kan lede til.

Herefter vil jeg præsentere og beskrive anvendelse af to forskellige metoder som kan anvendes i organisatoriske lære processer og diskutere anvendelse af dem i pilot projektet.

"Value Based Health Care" -Værdibaseret Sundhed"

Michael E. Porter, som er professor i management og økonomi ved Institute of Strategy and Competitiveness, Harvard Business School og Elisabeth O. Teisberg professor of Community and Family Medicine, Geisel School of Medicine, New Hampshire præsenterede i 2006-2007

konceptet "Value Based Health Care" (Porter & Teisberg, 2007). Deres rationale for at præsentere konceptet er, at sundhedsvæsenet skal ændre fokus fra at tilstræbe omkostningsreduktion til at maksimere værdi for patienten med et rationale om at høj kvalitet både mindsker patienters lidelser og samtidig samfundets udgifter. Det centrale budskab i konceptet formidles gennem værdi ligningen:



Der anføres også at den rette form for konkurrence vil øge de positive resultater dramatisk (Porter & Teisberg, 2007). I "Værdibaseret Sundhed" skal ledelsen bestå af sundhedsprofessionelle og centrum skal være at forsøge at skabe øget værdi gennem opmærksomhed på, hvordan arbejdet organiseres, udføres og honoreres i relation til den faglige og patientoplevede kvalitet. "Værdibaseret Sundhed" har tre grundlæggende principper: 1) Målet er værdiskabelse for patienten, 2) Behandlingen organiseres omkring medicinske diagnoser og tilstande, 3) Resultater måles.

Udover disse tre principper inkluderer konceptet Værdibaseret Sundhed en styretavle "A Decision Support Tool", et beslutningsværktøj, som viser de resultater (Quality and Cost Measurement), som måles, jævnfør punkt tre (Bilag 1).

Værdibaseret sundhed præsentere en vision om at ændre organisering af sundhedsvæsenet fra at være centreret om medicinsk specialer til at være organiseret omkring patientforløb (Porter & Teisberg, 2007), en meget stor organisations ændring. I Sverige har de gennem

nogle år arbejdet med konceptet. og er gået radikalt til værks i en "bottom down" proces med en tanke om, at de når deres nye hospital står færdigt har skabt grundlag for at ændre organiseringen til at være patientforløbsorienteret. De har en ledelsesgruppe, som systematisk har undersøgt hvilke patient forløbs typer de har dels baseret på medicinske tilstande dels baseret på en medicinsk symptomkomplekser som f.eks. "akutte mave smerter". Andre steder i Sverige, Sahlgrenska, Göteborg, Akademiske Hospitalet, Uppsala har de arbejdet med en "bottom up" tilgang og skabt forandringer med udgangspunkt i teams omkring medicinske tilstande uden at have fokus på organisatoriske ændringer. Uafhængigt af tilgang til "Værdibaseret Sundhed", inkluderer arbejdet med Værdibaseret Sundhed etablering af grupper/teams med deltagelse af de interessenter der er i et patient forløb og kan således inkludere forskellige specialer, forskellige faggrupper og repræsentanter fra primær sektor -praktiserende læge og patient repræsentant. Teamet ledes af en formelt udpeget speciallæge, er "Forløbskaptajn" med det overordnede ansvar for patientforløbet med et ikke nærmere beskrevet mandat til at ændre uhensigtsmæssigheder i forløbet

Danske Regioner har vist interesse for "Værdibaseret Sundhed" da det kan ses som en styringsmodel, som dels med sin fokus på værdi kunne være et alternativ til DRG takstsystemet og dels som anført forsøger at adressere sundhedsvæsenets udfordring med økonomiske ressourcer og sammenhæng i patientforløb. I Region Nordjylland har man valgt at forsøge at arbejde med konceptet på Aalborg UH i to forskellige varianter, en hvor man har fokus på at estimere udgifterne forbundet med et patientforløb og et andet hvor der primært er fokus på at arbejde med at optimere patientforløb altså arbejde med tælleren i værdi ligningen , det såkaldte "Forløbskaptajn projekt".

Pilot projekt "Gynækologisk Cancer"

Siden efteråret 2015 har jeg været i dialog med den ledende overlæge for det gynækologiske obstetriske speciale og denne har vist interesse for og ønske om at der indgår et gynækologisk forløb i pilotprojektet. "Gynækologisk Cancer" har vi i fællesskab udvalgt, da der er en specialeansvarlig overlæge, som vi en lang årrække har arbejdet med at optimere behandlingen af de gynækologiske cancer patienter i Region Nordjylland og også er involveret i arbejdet omkring disse cancer typer på landsplan. Denne vil kunne varetage rollen som "Forløbskaptajn og samtidig der er tale om et forløb som i forvejen er velbeskrevet og planlagt

og et forløb hvor der eksisterer et samarbejde på tværs af det gynækologiske og onkologiske speciale i regi af kræftpakke forløb, det multidisciplinært team.

Det har været Forløbskaptajnens opgave at udpege relevante deltagere og der er således nedsat en gruppe bestående af en patientrepræsentant, som i 2015 er blevet behandlet for livmoderhalskræft, en sygeplejerske fra gynækologisk sengeafsnit og ambulatorium, en operationssygeplejerske, en anæstesisygeplejerske med særlig interesse for smerte problematikker, en opvåkningssygeplejerske, en anæstesiologisk speciallæge, en onkologisk speciallæge, en praktiserende læge. Der er desuden tilknyttet en projektkoordinator med lægebaggrund ansat som lægefagligkonsulent i hospitalets administration. Endelig er den ledende overlæge for gynækologisk obstetrisk speciale, som vil have det overordnede faglige ansvar og jeg som har ansvar for drift og udvikling af patientforløb. Det første møde blev afholdt 01.06.2016 og observationer fra dette møde vil jeg inddrage i min opgave.

Leavitts model og anvendelsesstrategi

Leavitt præsenteret i 1962 modellen med udgangspunkt i en antagelse om at organisationsændringer kan analyseres ud fra følgende variable: struktur, teknologi, opgaver, og aktører (Ry & Ry, 2002). Modellen er en åben system model, hvor det antages at en ændring i en vilkårlig variable vil påvirke de andre variable. Modellen er siden blevet modificeret til også at inkludere omgivelserne eller de institutionelle betingelser, Leavitts udvidede model (Ry & Ry, 2002). Modellen kan anvendes i en forandringsproces til at skabe et overblik over hvordan de variable vil påvirkes hver især samt påvirke hinanden. De enkelte variable beskriver:

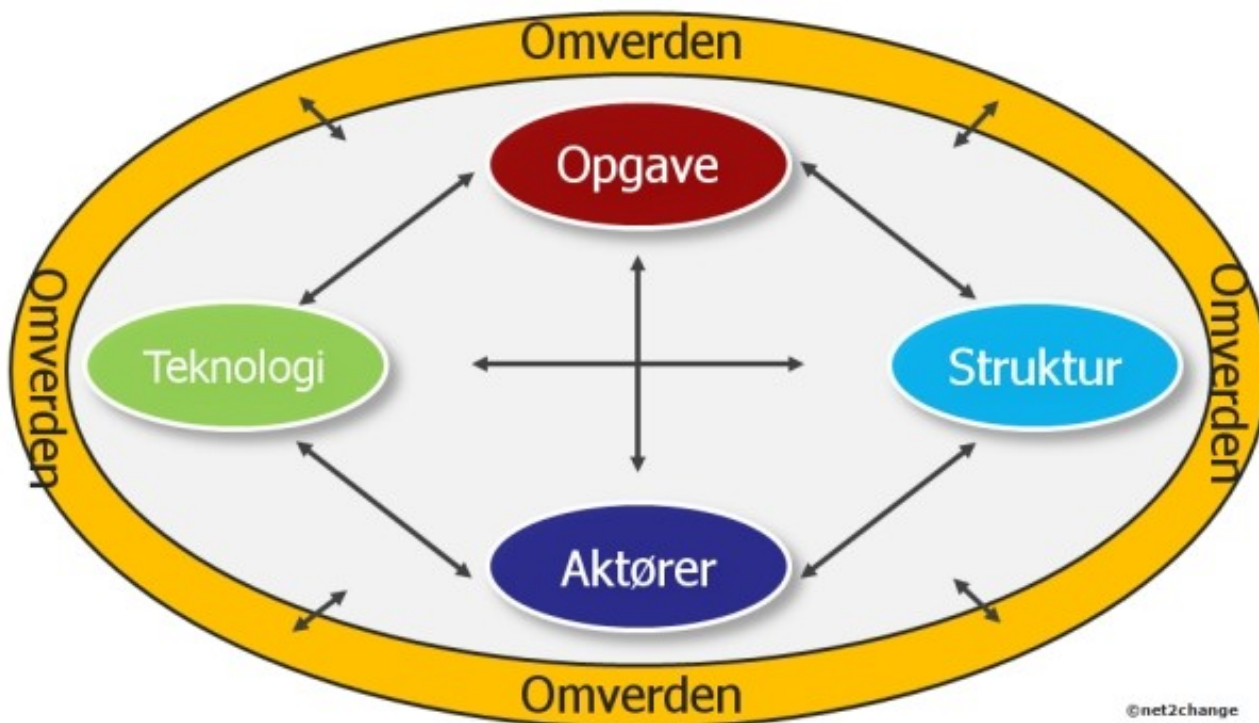
Opgaver: Beskriver organisationens eksistensgrundlag,- mission og kerneydelse):

Aktørerne er de mennesker/medarbejdere der er i organisationen s

Teknologi: omfatter metoder og programmer, (hardware, software) og den viden der knytter sig til anvendelsen af de forskellige teknologier som er tilstede så medarbejdere og dermed organisation kan udføre sit arbejde, eksempelvis kvalitetskontrol

Struktur: referer til organisationens opbygning og rammer, kommunikation- og autoritetssystemer og arbejdsdeling

Omverden: forstås her som det, at den enkelte organisation indgår i



Figur 2: Leavitts organisations analyse model

Situationsanalyse

For at få indsigt i hvilke interesser der er på spil omkring "Værdibaseret Sundhed" og i det aktuelle pilot projekt vil jeg gennemføre en analyse af hvilke konsekvenser implementering af "Value Based Health Care" som konceptet beskrives af Porter og Teisberg (2007), og inkluderer "beslutningsværktøj" og forløbskaptajn

Opgave: Aalborg UH's kerneydelse er at skabe sammenhængende og effektive patientforløb baseret på entydig og effektiv ledelse jeg vælger således at indplacere i patientbehandling som opgave

Jeg vurderer ikke at den egentlige opgave omkring kerneydelsen, patient behandling, ændre sig. Der vil være en forandring i forhold til, at der nedsættes en formel gruppe omkring et forløbet som får en opgave at arbejde med de udfordringer der kan være omkring eksempelvis kommunikation, kapacitet, effektivitet og kontinuitet.

Omkring monitorering og indikatorer er det aktuelt en del af opgaven da der foreligger nøje beskrivelser af opgaven og tidsfrister i "Kræftpakker", i loven om maximale ventetider og i Regionens Budget 2016 som en KPI, hvor forløbstider skal overholdes i 88% af pakkeforløbene. De indikatorer som anvendes i dag retter sig dog helt udelukkende mod procesmonitorering, overholdelse af tidsfrister og inkluderer ikke umiddelbart kvalitets og resultat indikatorer og heller ikke indikatorer omkring "Patient Reported Outcome Measures (PROM)". Der er således en ny opgave omkring at gøre værdi og resultater eksplicit i forhold til at kunne anvendes i et beslutningsværktøj, herunder validering af beslutningsværktøjet skal anvendes i klinisk praksis.

I pilot projektet vil det primære sigte imidlertid ikke være rettet mod økonomi, men mod at forsøge at optimere patient outcome tæller i værdi ligningen. Sideløbende er målet at skabe et første estimat af ressource forbruget i et patientforløb. Denne opgave vil trods det at projektets fokus ikke er økonomi kræve en større indsats fra klinikøkonomer og evt. med støtte fra økonomer placeret i hospitals administration og regionens BI enhed, da der i dag ikke er viden om, hvad et patientforløb koster.

Teknologi

Det foreligger i dag registreringsværktøj, som gør at monitorering på overholdelse af tider i kræftpakke forløb og af loven om maximale ventetid. Der vil være en større opgave med at udvikle "Beslutningsværktøjet".

Aktørerne:

Aktørerne vil blive påvirket i forhold til at de i bliver sat i en kontekst, hvor det bliver eksplicit at de skal dels passe deres daglige opgaver med patienterne, men samtidig medvirke til at forbedre patientforløbene. De bliver også sat i en kontekst hvor der i fællesskab eksplicit skal

tages ansvar for forløb på tværs og også diskutere, hvad der er den bedste behandling inklusiv opfølgning efter en gynækologisk cancer.

I projektet bliver vil diskussionen om og monitorering af hvad der giver værdi for patienterne både patient oplevet og faglig, kunne påvirke den enkeltes bevidsthed om hvad der går godt og hvad der går knap så godt.

Monitorering vil kunne udvikle sig til styrning og såfremt det ikke forvaltes hensigtsmæssigt til overvågning, dette vil påvirke de ansattes arbejdsmiljø og hvor systemet kommer til at fylde meget og dermed fjerne mening og motivation for den ansatte.

Porter og Teisberg beskriver at konkurrence vil øge de positive resultater dramatisk (Porter & Teisberg, 2007). Der er i dag i de faglige organisationer et fokus på at øge den faglige kvalitet gennem et samarbejde om at skabe fælles retningslinjer. Spørgsmålet er om dette samarbejde ville blive påvirket i positiv retning, såfremt der blev et mere tydeligt moment af konkurrence. Samtidigt skal man gøre sig klart at det kan være vanskeligt at sammenligne/konkurrere om resultater, der har i USA været en situation hvor de bedste kirurger som qou deres kompetencer behandlede de set syge og komplicerede patienter og og dermed fik de dårligst resultater vurderet på mortalitet.

Struktur:

Værdi baseret sundhed er tænkt som en ledelsesmodel med fokus på de tværgående funktion i en søjleorganisation, der kan derfor rejse sig et spørgsmål om det er forløb altså organisering på tværs som vejer tungest i organisations diagram eller de er de traditionelle speciale søjler, og dette ville føre til en overvejelse om hvem der overordnet er faglig ansvarlig, den ledende overlæge i et speciale eller forløbskaptajnen i det tværgående patientforløb, en meget radial ændring. Der er også i vores aktuelle organisering en situation hvor forløbsansvarlig viceklinik chef I pilot projekterne på Aalborg UH er det en mere pragmatisk tilgang, hvor man forsøger at arbejde med forløbene på tværs i en søjle organisation og hvor man således gennem proces i fællesskab må forhandle og finde løsninger på tværs. Der vil således ikke umiddelbart være tale om en organisationsændring

Omverden:

Indføring Landspolitisk niveau Regionspolitisk niveau, Regionensledelse befolkning patientforeninger interesse konflikt ? men naivitet må ikke være tilstede udtalt styringsteknologi men mulighed for at ramme at arbejde med forbedring af patientforløb inden for samt at bringe læger tilbage i rollen som leder eller give indflydelse
Hvor placerer ledelsen sig dem og os ESA udtalelser om ressourcer

Ledelse af Organisatorisk læring i pilot projektet:

Jeg har skabt mig et overblik over hvilke udfordringer og forskellige interessefelter der er eller kan være i pilot projektet "Værdibaseret Sundhed". Jeg befinder mig i en situation hvor projektet gør teamet omkring fordeling af ansvar og ledelsesret mellem "gammel ledelse" specialeansvarlig overlæge og forløbsansvarlig viceklinikchef mere eksplicit. Jeg står samtidigt overfor en yderst relevant opgave, med at skabe bedre patientforløb, i en proces hvor der også er en mulighed for at eksperter kan bringes til at diskutere hvad de i fællesskab ser som den bedste behandling inklusiv den efterfølgende opfølgning efter en kræftsygdom. Jeg står også over for en ny opgave med at gøre værdier som skabes i patient forløb mere eksplicite således de kan repræsenteres i et beslutningsværktøj

Samtidig må jeg i processen være opmærksom på at "Værdibaseret Sundhed " ikke udvikler sig til at være et stramt styringsredskab, som det ville kunne være i de økonomisk ansvarliges -regionens, umiddelbare interesse. "Værdibaseret Sundhed" kunne udvikle sig til et overvågningssystem, hvor systemet vil kunne fjerne mening for individer og dermed motivation, hvilket næppe vil være et godt udgangspunkt for at skabe bedre patient forløb.

Jeg vil nu beskæftige mig med hvilke handle muligheder har jeg i den strategisk HRM proces hvor jeg skal lede og være medskabere af organisatorisk læring. Jeg vil i det følgende redegøre for to forskellige tilgange til organisatorisk læring og diskutere, hvordan disse kan anvendes.

Argyris og Schön's tilgang til organisatorisk læring

Denne tilgang til organisatorisk læring bygger på Argyris ide om, at organisatorisk læring er "correction of errors" (Jørgensen, 2011), hvor en error/fejl defineres som et misforhold mellem intention, handling og konsekvens. Dette misforhold udforskes med det formål at

korrigere fejlen og det antages i den proces, at der er én optimal måde at udføre en handling. I udforskningsprocessen inddrages værdier og følelser ikke, da disse betragtes som irrationelle og derfor kan lede til sub-optimering. Udforskningen og korrektionen af fejlen kan føre til tre forskellige former for læring.

Single loop læring: en instrumentel lærerproces som fører til optimering i måden at udføre den oprindelige opgave på. Tilgangen er god til at strukturere en undersøgelses proces, men den grundlæggende opfattelse ændres ikke, hvorfor processen vil kunne have karakter af symptom behandling.

Dobbelt loop læring: er en proces, hvor der udforskes, gås bagom og hvor værdier og kriterier der definerer hvad der ligger bag må ændres, således hvor man får et nyt perspektiv på fejlen, man ændre grundlæggende sin forståelse af problemet og dets løsning. At man går bagom betyder at man i dobbelt loop læring forsøger at gå dybere og det dermed kan være en mere smertefuld og udfordrende proces for deltagerne.

Deutero læring: her beskrives processen som at lærer at lærer og hvilket betyder at organisationen forbedre ændre sin evne at lære gennem single og dobbelt loop læring og dermed hvordan kan man bruge denne læring i lignende situationer i fremtiden .

En svaghed ved teorier er at den ikke tager komplekse emner såsom identitet , kultur og magt relationer som har en stor betydning i organisationen i betragtning og som derfor kan forstyrre anvendelse af metoden til organisatorisk læring.

Anvendelse i pilot projektet "Gynækologisk Cancer"

Single loop læringstilgangen kan jeg anvende som en god deduktiv tilgang til at bringe overensstemmelse mellem intention og handling som en god metode til at strukturere en spørge proces, hvor en fejl skal rettes. Men jeg skal være opmærksom på at processen vil adressere det konkrete problem men grundlæggende opfattelse ændres ikke spørgende.

Det indledende møde i pilot projektet " Gynækologisk cancer har primært haft karakter af at få et fælles indtryk af opgaven og fokus har været, hvordan kommer vi videre sammen og de egentlige udfordringer i forløbene har ikke været diskuteret. Der er således ikke på nuværende tidspunkt i projekt er der ikke fundet "fejl" som umiddelbart kræver løsning.

Jeg har i andre tidligere processer f.eks en lean proces omkring kejsersnit stødt på problemstillinger eller u hensigtsmæssigheder, som kunne løses af denne vej. Omvendt er jeg også stødt på "fejl", som ikke har kunne løses, som f.eks at et CTG apparat som anvendes til at overvåge et foster i forbindelse med akut kejsersnit, ikke blev bragt ind på operationsstuen. Det ikke var muligt at finde en løsning på dette da anæstesi- og operationssygeplejersker ikke mente det var deres opgave, det havde det aldrig været, at sørge for at apparatet kom på operationstuen. Den nemme løsning har måttet opgives og fødegangspersonale må løse opgaven trods det, at det er mere besværlig.

Jeg er i det netop indledte projekt heller ikke støt problemstillinger som ville kunne løses ved dobbelt loop læring. Imidlertid vil jeg også her drage et eksempel fra det tidligere lean forløb, hvor jordemødere berørte dørhåndtag med handsker, som potentielt var forurenede med blod, hvilket vagte stor modstand hos anæstesi- og operationssygepljersker. I den proces har vi måttet søge bagom og se på, at der er forskellige værdier og kriterier for god hygiejne på en operationsgang og andre steder som foreksempel en fødestue. Jordemødre har her måtte ændre deres værdier og være opmærksom på om de får taget handsker af og nye på.

Ved næste møde i pilot projektet er formålet at lave gennemgang af forløbet for at skabe overblik med anvendelse af metoden værdistrømsanalyse. Der vil her formentlig identificeres problemstillinger som kan løses ved single og dooblt loop læring og dermed skabe et fundament for at disse metoder anvendes når projekt gruppen ved senere lejligheder møder lignende problemstillinger kan anvende metoderne -deuterolæring.

Læring i praksisfællesskaber - Vidensdeling som samarbejdsproces

En anden måde at se læring på er "Læring i praksisfællesskaber – læring, mening og identitet" (Wenger, E, 1998). Et praksisfællesskab defineres, som en gruppe af mennesker evt. på tværs af organisationer som deler interesse for et specifikt emne eller en problemstilling og som øger deres viden ekspertise inden for emnet gennem interaktion over tid. I fællesskab kan de kan udarbejde standarder eller blot få et fællesbillede eller viden om emnet. At arbejde med praksisfællesskaber inden for strategiske områder kan være en måde at arbejde systematisk med viden som ressource.

Wenger beskriver at praksisfællesskaber er det mest optimale sted at søge at bringe system i viden, da en praksisfællesskab både kan kombinere eksplicitte aspekter og passiv viden –

hvor passiv viden Tacit knowledge -"we know more than we can tell" (Jørgensen, 2009) refereret i Wenger). Wenger ser viden som noget der frembringes i en proces vekslende mellem organisatoriks viden og organisatorisk at vide, en proces som indeholder/kræver participation -deltagelse og reification -en proces hvor viden tingsliggøres for eksempel i et dokument eller en illustration.

I disse praksis fælleskaber er liv og vækst af meget stor betydning og der må inviteres til aktivitet og interaktion, som kan bidrage til at der skabes liv. Wenger har fra praktisk erfaring udledt syv principper som kan anvendes som ramme inden for hvilken der kan arbejdes med at skabe basis for et levende praksisfællesskab (Wenger kap. 3, 1998):

1. Design for evolution
2. Open a dialog between inside and outside perspective
3. Invite different levels of participation
4. Develop both public and private community spaces
5. Fokus on value
6. Combine familiarity and excitement
7. Create a rythm for the community

Wenger kan således bidrage til at skabe forståelse eller en ramme for læring i praksisfællesskaber men anviser ikke egentlige redskaber

Anvendelse i pilot projektet "Gynækologisk Cancer"

Da pilot projektet er på frivillig basis er det af helt afgørende betydning, at jeg kan bidrage til at skabe mening i projektet og liv praksisfællesskabet da der ellers ikke ville være basis for at arbejde videre med projektet

Ved det indledende møde har fokus i langt overvejende grad handlet om at få skabt liv og mening. Få skabt et fælles billede om der ar ting der kunne ændres her har inddrgelse af patient repræsentantens erfaringer været med til at skabe mening, ligesom en gennemgang af hvad hver enkelt af deltagerene forstod ved projektet fik deltagerne til at flyttte sig fra at sidde tilbagelænet med korslagte arme til at læne sig frem og få liv i øjnene.

Fremadrettet har jeg behov for at kunne understøtte læring i praksis fællesskabet behov for. Dels i forhold til at arbejde med at skabe indhold, udvikling og organisatorisk læring - værdi i pilot projektet "Værdibaseret Sundhed", dels i forhold til at kunne arbejde med at gøre værdiskabelsen så eksplicit og monitorerbar som muligt da en del af projektet retter sig mod at kunne arbejde kvalificeret med at udarbejde "A Decision Support Tool" som tilsigter at kunne bruges i processen med at vælge behandling og kunne måling af værdiskabelsen i patient forløb. Det vil i denne proces være vigtigt at kunne gøre viden om værdi så eksplicit som mulig hvilket processen i praksis fællesskaber skulle være et værktøj til (Wenger). Ligesom det er vigtigt at have viden om i hvor høj grad en anbefaling fra beslutningsværktøjet kan følges eller om der skal en klinisk vurdering, som jo også ville inkludere lægens passive viden om den aktuelle patient.

Perspektivering

Jeg har beskrevet min strategisk HRM opgave i pilot projektet Værdibaseret Sundhed i Gynækologisk Cancer. Jeg har først introduceret konceptet værdibaseret sundhed derefter har jeg lavet en situationsanalyse af hvilke interesser der er på spil analyseret med anvendelse af Leavitts model. Efter have gjort mig disse potentielle interesse konflikter klart har jeg redegjort for to forskellige tilgange til organisatorisk læring og her med eksempler beskrevet hvornår man hensigtsmæssigt kan anvende de to forskellige tilgange.

Læring i praksisfællesskaber udstikker en ramme for læring, hvor der er skal arbejdes med liv, værdier, participation og reification, dialog. Dette sætter fokus på at kunne anvende metoder til at være medskaber af sådanne processer for eksempel gennem storytelling.

Tilgangen med liv, meningsskabelse i en organisatorisk læreproces som også vil indeholde forandring proces finder jeg at være en for mig langt mere anvendelig måde end end at skabe en brændende platform Kotter – denne giver mig følelsen af at fødderne brænder væk, der er det ikke muligt at stå ret længe.

Literaturliste

Jørgensen , Kenneth M. 2011 Organisational Learning and HDR. I McGuire D., & Jørgensen K. M. (Eds). Human Resouce Development – Theory & practice, (97-115). London: Sage 2011

Jørgensen K.M 2009 Sprog, identitet og organisatorisk forandring. I A:A: Jensen & Rasmussen Læring og forandring – Tværfaglige perspektiver, (83-100). Aalborg Universitetsforlag

Porter Michael E, Teisberg, Elisabeth Olmsted T. 2007 How Physicians can change the future helath care. *Journal of American Medical Association* 297 (10): 1103-1111

Ry Nielsen Jens. C. & Ry, Morten. Anderledes tanker om Leavitt - en klassiker i ny belysning . Nyt fra Samfundsvidenskaberne

Trygfonden og mandag Morgen (2016) Sundhedsvæsenet ifølge danskerne. sundhedsvsenet_ifølge-danskerne_web.pdf

Wenger Etienne (1998) Praksisfællesskaber – læring, mening og identitet. Gyldendal Akademiske

Bilag 1

Et eksempel på styretavle decision support tool for patientforløb for tidligt fødte børn

A decision support tool has been developed in-house that integrates outcomes metrics with resources and costs

