



Koblingen mellem drift og forskning

Af Elisabeth Grüner Petersen, Mette Friis og Amanda Houmark-Ørsøe

Koblingen mellem forskning og drift i sundhedsvæsenet

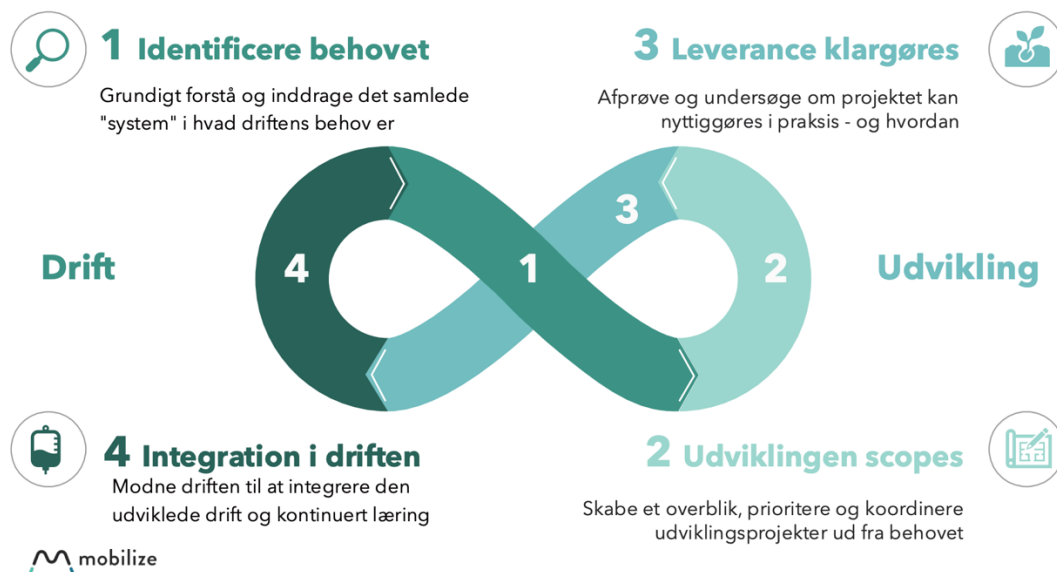
Sundhedsvæsenet står overfor en udfordring: at sikre udviklingsprojekter og forskningsinitiativer reelt kommer patienterne til gode i den kliniske hverdag. Den voksende mængde af forskning- og innovationsaktiviteter skal integreres i klinikken for at sikre bedre sundhed og ressourceudnyttelse. Det er bydende nødvendigt i den transformation sundheds-væsenet står overfor, og det stiller krav til koblingen mellem drift og udvikling. I denne artikel undersøges, hvordan broen mellem forskning og drift kan forkortes og bredes ud for at sikre en tættere sammenkobling. Det er en model der medvirker til at sikre at ledere og forskere finder fælles løsninger, som svar på patientens behov.

Hvorfor er koblingen mellem forskning og drift vigtig, og hvorfor er den vanskelig?

Behovet for at koble udvikling og drift er fundamentalt for sundhedsvæsenets fortsatte udvikling. Den store mængde af udviklingsaktiviteter og ressourcerne hertil har et enormt potentiale for at adressere patientens behov i et sundhedsvæsen, der må tage højde for ny teknologi, færre medarbejdere og flere multisyge og kronikere (Bovim, Laursen & Rasmussen, 2023). Men i hverdagen kan denne kobling være vanskelig. Når forskning og udvikling er løsrevet fra den daglige kliniske praksis, opstår der en kløft mellem de akademiske udviklinger/resultater og den praktiske implementering. Denne kløft kan betyde, at forskningen først gør gavn efter mange år eller at den nye viden ikke formidles, integreres eller er afstemt med virkelighedens muligheder i klinikken. Det er vanskeligt at koble udviklingsaktiviteterne med driften i et højt specialiseret og komplekst sundhedsvæsen, der kræver stabil drift med høj faglig kvalitet. Den stabile drift er essentiel - så hvordan integrerer man forsknings- og udviklingsprojekter på en måde, der værner om patientsikkerheden og effektiviteten?

Hvad indebærer det at arbejde strategisk med koblingen mellem forskning og drift?

At styrke koblingen mellem forskning og drift handler om at prioritere ressourcerne i udviklingsprojekterne og sikre, at de peger mod en fælles retning med afsæt i patientens behov i driften (Bech, Jørgensen & Rasmussen, 2023). Det handler også om at det, der forskes i, afspejler et behov hos patienten i klinikken, og at gøre det mere smidigt at integrere udviklingsaktiviteterne ved at driften er tænkt ind i dem fra starten fra. Det kan illustreres som en sløjfe, der forbinder drift og udvikling igennem fire faser:



Figur 1: Sløjfen mellem drift og udvikling

Disse fire faser hjælper med at sikre, at udviklingen både er praktisk anvendelig og kan integreres i den kliniske hverdag.

1. Identifikation af behov: Det første skridt er at forstå og definere de udviklingsbehov, der eksisterer i driften. Dette indebærer et fælles fokus og mere åbne kommunikationsveje for forskellige interessenter til at bidrage med deres indsigt. Det er essentielt at sikre, at behovet er tilstrækkeligt forstået, før et udviklingsprojekt iværksættes.

2. Scoping af udviklingen: Herefter fokuseres der på at designe, prioritere og koordinere udviklingsprojekterne. Det handler om at skabe en klar retning og ramme for udviklingen, så den imødekommer de identificerede behov og samtidig kan skaleres på tværs af sundhedsvæsenet.

3. Klargøring af leverancen: Når projektet har skabt resultater/ny viden, vurderes det, om disse kan integreres i driften. Denne fase kræver et tæt samarbejde mellem folk i driften og folk på udviklingsprojekterne. For både at vurdere om løsningen er bæredygtig og økonomisk forsvarlig, samt om den kan realiseres i praksis, og identificere hvem der skal klædes på til det.

4. Integration i driften: Den sidste fase handler om at sikre en effektiv integration af udviklingen i den daglige drift. Dette indebærer oplæring af personale, løbende evaluering og tilpasning af processer for at sikre, at den nye viden bliver en del af det kliniske arbejde.

Hvordan styrkes koblingen? Interessenter og ledelsens rolle i faserne

For at skabe en effektiv kobling mellem forskning og drift er det afgørende at arbejde systematisk med de fire faser i sløjfemodellen. Her kan man overveje en række centrale spørgsmål for hver fase, og hvilke interessenter der bør inddrages i de forskellige faser. Disse gennemgås herunder.

Fase 1: Identifikation af behov

Denne fase handler om grundigt at forstå og dokumentere, hvad driften har behov for. Uden en klar behovsdefinition risikerer man at udvikle løsninger, som ikke efterspørges og ikke kan anvendes i praksis. Derfor kan man arbejde med spørgsmål som:

- Hvilke specifikke udfordringer oplever klinikere og patienter i hverdagen?
- Hvad er de konkrete behov, som løsningen skal adressere? Hvilke barrierer står i vejen, og hvordan kan disse arbejdes med?
- Kan vi se et mønster i de behov, som flere afdelinger eller interessenter oplever?
- Hvordan passer behovet ind i vores overordnede forsknings- og udviklingsstrategi?

Relevante interessenter i denne fase kan være a) klinikerne, der arbejder direkte med patienterne, der bør inddrages for at identificere reelle problemer i dagligdagen. Deres input sikrer, at behovet ikke kun er baseret på teoretisk nysgerrighed, men afspejler det kliniske arbejde, b) patientrepræsentanter, der kan fortælle hvad der reelt set er behov for og er værdifuldt for dem, c) forskningsledere, der har viden om, hvordan behovet stemmer overens med eksisterende forskningsaktiviteter, og om der allerede er forskning, der kan bruges som grundlag.

Fase 2: Scoping af udviklingen

I fase 2 handler det om at designe og afgrænse projektet, så det adresserer de identificerede behov på en realistisk måde. Man skal prioritere og koordinere ressourcerne på en måde, der sikrer, at projektet kan skaleres og realiseres bredt. Her kan man arbejde med spørgsmål som:

- Hvordan kan vi sikre, at projektet ikke bliver for bredt eller komplekst?
- Hvilke afdelinger, personer og ressourcer skal være involveret for at sikre succes?
- Hvilke målbare resultater vil vi gerne opnå, og hvordan kan vi definere succeskriterierne?
- Er der eksisterende projekter eller løsninger, som vi kan bygge videre på?
- Har vi ressourcer nok til både at udvikle det nye og til at arbejde med at integrere det nye i den eksisterende drift?

I denne fase kan interessenter være: a) projektledere med ansvar for at sikre, at projektet forbliver inden for de definerede rammer og ikke løber løbsk. De bør arbejde tæt sammen med afdelingsledere og forskere, b) økonomiansvarlige, der kan vurdere om der er midler til at føre projektet hele vejen gennem udviklingsfasen og ind i driften, c) forsknings- og innovationsledere, der kan hjælpe med at sikre, at projektet passer ind i den overordnede innovationsportefølje og ikke overlapper med andre projekter. Det kan også være relevant her at inddrage en styregruppe og forskeren, der formidler viden om området, inden den skal ud i driften.

Fase 3: Klargøring af leverancen

Når projektet er udviklet, skal det klargøres til at blive testet og implementeret. Fase 3 kræver en realistisk vurdering af, hvordan leverancen kan tilpasses og skaleres i driften. Relevante spørgsmål her er:

- Er leverancen klar til at blive afprøvet i en klinisk kontekst?
- Hvilke organisatoriske ændringer skal der til for at integrere den nye løsning?
- Hvilke kompetencer skal personalet have for at kunne bruge den nye løsning?
- Hvordan sikrer vi, at der er nok støtte og ressourcer til implementeringen?
- Skal en form for "superbrugere" oplæres for at de kan støtte andre brugere i integrationsfasen?

Interessenter i denne fase kan være a) driftsledelsen, der skal vurdere, om den nye løsning kan integreres i den eksisterende organisation uden at forstyrre den daglige drift for meget, b) klinisk personale. De skal være med til at afprøve løsningen på forhånd og give feedback på dens anvendelighed i praksis. Derudover skal de have den nødvendige oplæring, før løsningen rulles bredt ud, c) IT-kyndige. Hvis løsningen indebærer teknologiske elementer, skal teknikere sikre, at den nye teknologi fungerer sammen med eksisterende systemer.

Fase 4: Integration i driften

Den sidste fase handler om at få projektets resultater integreret i den daglige drift, så de bliver en fast del af sundhedsvæsenets praksis. Her kan man tage stilling til:

- Hvilken oplæring er nødvendig for at sikre, at personalet kan bruge den nye løsning korrekt?
- Hvordan skal integrationen ske ift. den daglige drift? Hvilke risiko-momenter skal man tage højde for?

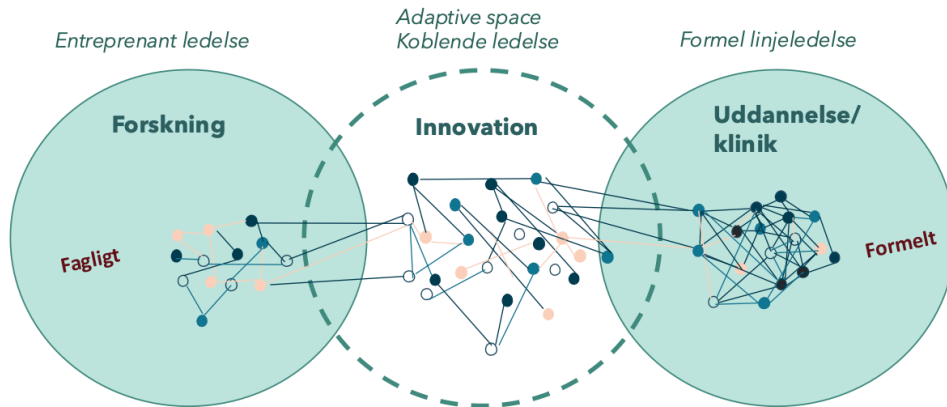
- Hvordan følger vi op på effekten af løsningen og justerer, hvis det er nødvendigt?
- Hvilke mekanismer skal vi etablere for at sikre kontinuerlig læring og forbedring?

I den fjerde fase skal flere inddrages: a) afdelingsledere, der skal involveres i at implementeringen sker på en måde, der ikke kompromitterer den daglige drift, og at personalet er klædt ordentligt på til at bruge den nye løsning, b) klinikere. De, der skal bruge løsningen i deres daglige arbejde, skal være involveret fra start, så de føler ejerskab og er motiverede for at integrere den nye praksis ved at se den giver mening, c) kvalitetsansvarlige, der løbende skal evaluere og understøtte læring ift. de forventede outcomes.

Hvad skal man være opmærksom på i ledelsen af koblingen mellem drift og udvikling?

I koblingen mellem drift og udvikling skal mange ledere - og forskellige slags ledere - arbejde sammen, for at få koblingen til at fungere. Dette kan være ledere af forskning, ledere af driften/klinikken, lederne af afdelingerne samt topledelsen, som alle har forskellige fokusområder og kulturer for opgaveløsning. For at rumme denne kompleksitet, skal man som (afdelings)leder kunne lede i det, der kaldes det adaptive rum. I det adaptive rum skal de faglige entreprenørers gode ideer kobles med driften, som linjeledelsen har ansvaret for. Det kan man kalde innovationsledelse (Arena & Uhl-Bien, 2017). Her kan ledelse skabe et rum mellem det entreprenante og det mere formelle, operationelle - altså mellem forskningen og driften. Det kræver ledelse, fordi det er at bringe mennesker med forskellige roller og ekspertiser sammen om den fælles opgave i at udvikle driften, gennem de nye ideer og viden som forskningen genererer. Her skal beslutninger træffes på baggrund af rationelle argumenter.

Ledelsesroller i adaptive space



(Arena & Uhl-Bien, 2017)



Man kan stille det sådan op, at der i det adaptive rum skal foregå 1) (muligt konfliktfyldte) diskussioner af ideer, 2) syntetisering af ideer, 3) sponsorering af ideer og 4) skalering og igangsætning af projekter.

I det adaptive rum ligger altså at syntetisere ideer fra forskning, der kan flytte noget inde i driften. Det kræver bl.a. at der bliver skabt forbindelser på tværs af det entreprenante og linjeledelsen, hvilket kan være konfliktfyldt, fordi de to områder til dagligt arbejder på forskellige måder. Det svære for de faglige entreprenører ved at deltage i det adaptive rum er, at de her bør deltage i en vedvarende strategisk dialog om organisationens udvikling. Ikke kun for at få funding til egne ideer, men for at sikre alignment mellem det de laver og driften. Det svære for den formelle linjeledelse ved at deltage i det adaptive rum er, at de ikke bør optræde hierarkisk ved diskussion af de faglige ideer. Den mulige konflikt er dog vigtig fordi den kan være givende og en nødvendig katalysator for adaptiv ledelse - for at kunne opfinde, syntetisere og skalere ideer på tværs af roller og ekspertiser (Lichtenstein et al., 2006).

Ledelsens opgave bliver derfor overordnet 1) at agere "brick wall" og beskytte driften, men tage imod nogle af ideerne fra det entreprenante og 2) sponsorere dem ind i driften. Dette skal også 3) alignes, for at få det til at fungere ind i den eksisterende drift.

Til at understøtte det adaptive rum, er relationel koordinering afgørende. Relationel koordinering handler om, at hvis flere forskellige grupper, fx forskere, ledere og kliniske sygeplejersker, sammen skal løse en fælles kerneopgave, så kræver det effektiv koordinering, kommunikation og forståelse for hinanden - altså at koordinere arbejde gennem relationer (Liang, Moreland & Argote, 1995; Gittel, 2006). For at have høj relationel koordinering kræves: relationer gennem 1) et fælles mål, 2) at man deler viden (også om hinanden), 3) gensidig respekt og alt dette gennem *kommunikation* der er 4) hyppig, 5) rettidig, 6) præcis og 7) problemløsende. Med andre ord vil samarbejdet være præget af fælles forståelse, relationer præget af respekt og løbende kommunikation. Dette skaber, ifølge forskningen, høj faglig kvalitet, høj effektivitet og høj jobtilfredshed (ibid.).

Overordnet er der også nogle andre opmærksomhedspunkter for ledelsen for at understøtte koblingen mellem forskning og drift. Dette er blandt andet incitamentet i områderne for at arbejde og understøtte for koblingen. Hvis forskningsområdet bliver målt på og får anerkendelse for antal publikationer, mens driften bliver målt og anerkendt på at køre deres faste procedurer korrekt og mere effektivt, så eksisterer incitamentet ikke nødvendigvis, for at de skal bruge de ressourcer de har på at sikre koblingen mellem forskning og drift. Men hvis områderne i stedet bliver målt på, hvor gode de er til at lave forskningsprojekter, der rykker noget i driften, og hvor gode de er til at få inkorporeret de nye procedurer eller lignende i driften, vil snakken måske være en anden. En anden måde at klargøre visionen for koblingen mellem forskning og drift vil være at ekspliciteere dette i afdelingens forskningsstrategi. Hvor skal fokus lægges? Hvordan skal det komme til udtryk? Hvilket samarbejde vil det kræve?

Sammenfatning

Koblingen mellem forskning og drift er ikke en simpel opgave, men den er essentiel for sundhedsvæsenets udvikling, for at det kan følge med udviklingen i behov, ressourcer og patientbilledet. Sløjfemodellen tilbyder en ramme for, hvordan denne kobling kan styrkes gennem strategisk arbejde i faser, der både fokuserer på behovsidentifikation, udvikling, implementering og integration i driften. Ved at sikre en tæt dialog mellem forskere, klinikere og ledelse kan nyttig innovation accelereres og effektivt integreres i det daglige kliniske arbejde til gavn for patienterne. Ledelsesmæssigt er koblingen mellem drift og forskning i høj grad et spørgsmål om at bringe de forskellige fagligheder og roller sammen og at skabe et rum for arbejdet med denne kobling.

Litteratur:

Bech, Mickael; Jørgensen, Per; Rasmussen, Søren Barlebo (2023). *Hvordan skaber vi fremtidens sundhedsvæsen? En antologi om betydning af forskning og innovation*. FADL's Forlag. S. 192-206.

Bovim, Gunnar; Laursen, Lotte Lykkegaard; og Rasmussen, Søren Barlebo (2023). *Fremtidens sundhedsvæsen, Hvordan lykkes vi med strategisk transformation?*

Liang, D.W., Moreland, R. & Argote, L. (1995). *Group versus individual training and group performance: the mediating role of group transactive memory*, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21 (4), 384-93

Lichtenstein, B. B.; Uhl-Bien, M.; Marion, R.; Seers, A.; Orton, J. D.; and Schreiber, C. (2006). *Complexity leadership theory: An interactive perspective on leading in complex adaptive systems*. Management Department Faculty Publications. 8.

Gittel, Jody Hoffer (2006). *Relational coordination: Coordinating work through relationships of shared goals, shared knowledge and mutual respect*.

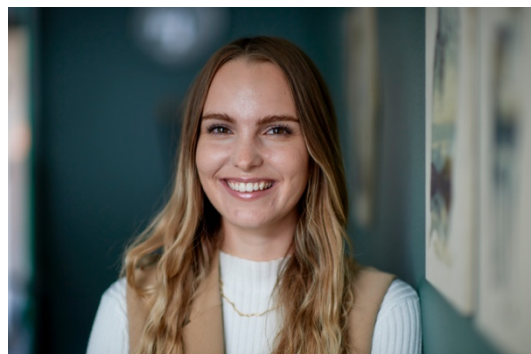
Uhl-Bien, M., & Arena, M. (2017). *Complexity leadership: Enabling people and organizations for adaptability*. *Organizational Dynamics*, 46(1), 9-20

Forfatterne bag:

Elisabeth Grüner Petersen

Konsulent i Mobilize

Elisabeth arbejder med strategi- og kulturudvikling på hospitaler og universiteter og har et mangeårigt fokus på at skabe stærke forsknings- og udviklingsmiljøer omkring kerneopgaven. Elisabeth arbejder særligt med missionsorientering, innovation og forskningsledelse.



Mette Friis

Centervicedirektør, Rigshospitalet, Juliane Marie Centret

Mette arbejder med ledelse, strategi og organisering. Hun har været i centerledelsen i Juliane Marie Centret i 10 år, og har i lige så mange år arbejdet med at opfylde visionen for Mary Elizabeths Hospital - Riget for børn, unge og gravide. Mette er optaget af hvordan man får visionerne til at møde virkeligheden, og får alle faggrupper til at arbejde sammen om patienterne og deres familier. Hun har været leder på Rigshospitalet siden 1995.



Amanda Houmark-Ørsøe

Seniorkonsulent i Mobilize

Amanda arbejder med ledelse, strategi og organisering i videnstunge organisationer. Amanda har arbejdet med og i disse de sidste 10 år som intern og ekstern konsulent og projektleder, bl.a. gennem flere år på Københavns Universitet. Amanda er særligt optaget af hvordan man styrker de professionelle relationer omkring velfærdsopgaven i sundhedsvæsenet.

