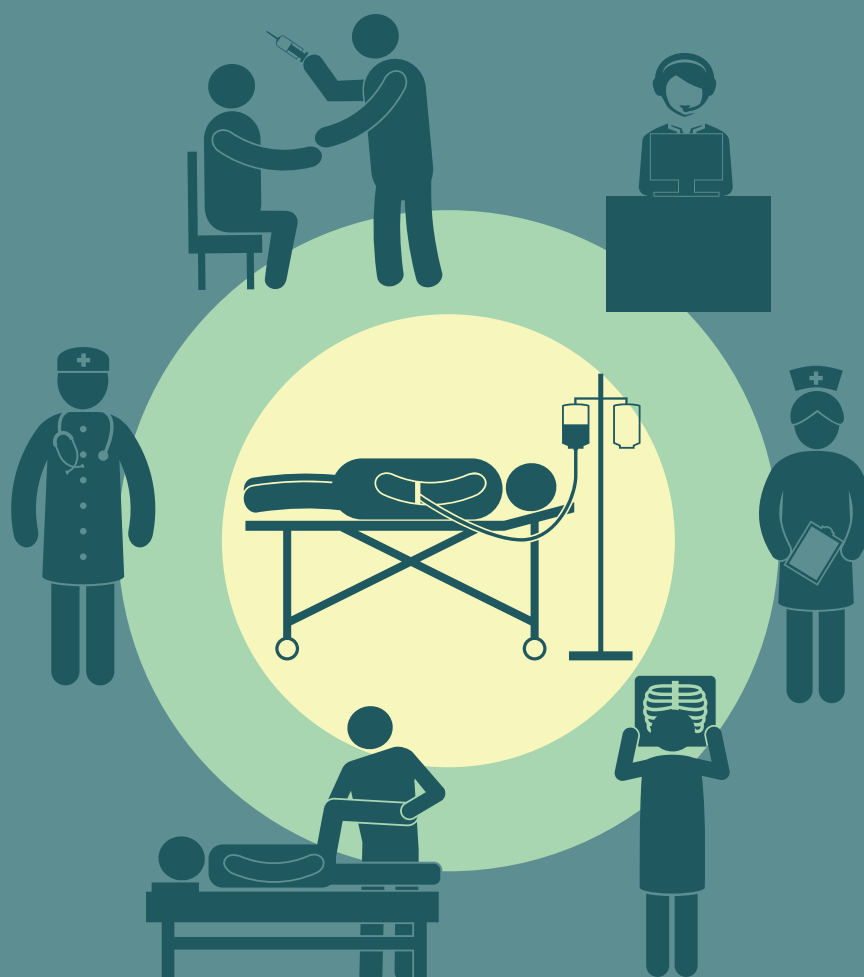


VIRKNINGSEVALUERING AF IPLS-INITIATIVET INTERPROFESSIONEL LÆRING OG SAMARBEJDE, KOLDING SYGEHUS

*Et samarbejdskoncept mellem Ortopædkirurgisk Afdeling,
Akutafdelingen, Terapien, Laboratoriet og Røntgenafdelingen
i perioden 2012- 2015*



**Erik Vestergaard, Fysioterapeut, MHH, IPLS-koordinator
Ortopædkirurgisk Afdeling, Kolding Sygehus, en del af Sygehus Lillebælt.**

**Birgitte Nørgaard, Konsulent, Ph.d.
Enhed for Brugerperspektiver, Institut for Sundhedstjenesteforskning,
Syddansk Universitet**

*Ortopædkirurgisk Afdeling, Kolding Sygehus,
en del af Sygehus Lillebælt*

Sygehus Lillebælt

Kolofon

Titel	Virkningsevaluering af IPLS-initiativet. Interprofessionel læring og samarbejde, Kolding Sygehus
Forfattere	Erik Vestergaard og Birgitte Nørgaard
Institutionsnavn	Ortopædkirurgisk Afdeling, Kolding Sygehus, en del af Sygehus Lillebælt.
Udgivelsesdato	12. november, 2015
Trykkested	Sygehus Lillebælt

Rapporten er udarbejdet af IPLS-koordinator på Ortopædkirurgisk Afdeling, Kolding Sygehus Erik Vestergaard, fysioterapeut, MHH og Birgitte Nørgaard, konsulent, Ph.d., Enhed for Brugerperspektiver, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet.

Resume

Denne rapport præsenterer evalueringen af et samarbejdsinitiativ mellem forskellige sundhedsprofessioner og kliniske afdelinger på Kolding Sygehus, en del af Sygehus Lillebælt. Målgruppen for rapporten er initiativets interessenter, men også andre med interesse for implementering, udvikling og analyse af samarbejdsinitiativer på tværs af fag, afdelinger og sektorer i det danske sygehusvæsen.

Initiativet kaldes IPLS-initiativet, hvor IPLS står for InterProfessionel Læring og Samarbejde og blev igangsat i efteråret 2012. Formålet med IPLS-initiativet er at udvikle en sammenhængende praksis mellem sundhedsprofessionelle med henblik på at styrke samarbejde, patientinvolvering, patientbehandling og -pleje, herunder at inddrage IPLS i team og afsnit på Ortopædkirurgisk Afdeling og Fælles Akut Modtagelse, Kolding Sygehus og at udvikle, afprøve og evaluere en model for interprofessionelt teamsamarbejde.

Evalueringen er udført med inspiration fra programteori og virkningsevaluering og præsenterer aktørernes erfaringer med IPLS-initiativet i perioden forår 2012 til forår 2015. Rapporten finder overvejende overensstemmelse mellem aktørernes programteorier; således ingen teorifejl. Der identificeres dog flere opmærksomhedspunkter, der med fordel kan tages højde for ved justering og fastholdelse af IPLS-initiativet, samt ved implementering af fremtidige tiltag.

Helt overordnet set er det en forudsætning for succes med IPLS-interventioner, at der er engagement fra såvel ledelse som medarbejdere, at de gode eksempler fortælles, at det anerkendes at IPLS kræver geografisk nærhed og IPLS skal læres og trænes, at patienter og pårørende involveres, samt at patientforløbene organiseres interprofessionelt.

Læsevejledning

Efter indledningen starter rapporten med en præsentation af IPLS-initiativet i afsnit 2. I afsnit 3 gennemgås initiativets baggrund, formål og strategi.

I afsnit 4 redegøres for studiets metode og de data, der indgår i studiet og dermed udgør grundlaget for denne rapport.

I det efterfølgende afsnit 5 præsenteres IPLS-initiativets årsags-virkningskæder, samt de programteorier, der er indlejret i initiativet og det undersøges hvorvidt der er overensstemmelse mellem de forskellige informantgruppernes programteorier. Efter programteorierne præsenteres de kontekstuelle faktorer og moderatorer, der forventes af have betydning for implementering, forløb og udbytte af IPLS-initiativet.

I diskussionsafsnittet, afsnit 6 ses på evidens for begrebet IPLS og initiativets årsags-virkningskæder testes i lyset af programteorierne samt informanternes oplevelser af konkrete IPLS-virkninger i forløbet.

Sluttelig gives en sammenfatning og en perspektivering i afsnit 7 med forslag til justeringer af IPLS-initiativet på baggrund af virkningsevalueringen.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	5
2. IPLS-begrebet.....	5
3. Det lokale IPLS-initiativ.....	7
3.1 Baggrund	7
3.2 Formål med IPLS-initiativet.....	8
3.3 Strategi og intervention	9
4. Metode og data	14
4.1 Datakilder	15
4.2 Interviews	15
4.3 Etiske overvejelser.....	16
4.4 Litteraturgennemgang.....	17
5. Programteoretisk analyse af IPLS-initiativet.....	18
5.1 IPLS-initiativets årsags-virkningskæder.....	18
5.2 Styregruppens programteori	19
5.3 Mellemlidernes programteori	23
5.4 IPLS vejledernes programteori.....	28
5.5 Teamledernes programteori.....	32
5.6 Strategisk udvalgte ansattes programteori.....	36
5.7 Overensstemmelse mellem IPLS-aktørernes programteorier.....	40
5.8 Kontekstuelle faktorer og moderatorer.....	46
5.8.1 Engagement i IPLS-initiativet	46
5.8.2 Ledelse.....	46
5.8.3 IPLS-uddannelse.....	47
5.8.4 Samarbejdskultur mellem fagpersoner og afdelinger	47
5.8.5 Patientinvolvering.....	48
5.8.6 Specielt for teamstruktur og -kultur.....	48
5.9 Realitetstest af IPLS-initiativets årsags-virkningskæder	49
6. Diskussion	52
6.1 Evidens for interprofessionel læring og samarbejde.	52
6.2 Metodeovervejelser	57
7. Sammenfatning og perspektivering	58
9. Bilag	63

1. Indledning

Fra august 2012 besluttede afdelingsledelserne på Ortopædkirurgisk Afdeling og Akutafdeling - FAM (Fælles Akut Modtageafdeling)¹, Kolding Sygehus at give medarbejderne mulighed for at opøve tværfaglige teamkompetencer med henblik på at skabe bedre sammenhæng mellem faggruppers indsatser under patientforløb. Begrebet *Inter-Professional Læring og Samarbejde – IPLS* blev valgt som grundlæggende koncept for dette initiativ – i daglig tale kaldt IPLS-initiativet. IPLS er beskrevet og promoveret af verdenssundhedsorganisationen WHO og har fået større opmærksomhed i Danmark de senere år (1) Begrebet har som ideal, at faggrupper skal lære om, af og med hinanden, opøve teamkompetencer og have fokus på at inddrage patienten i beslutningsprocesser (2).

IPLS-initiativet er organiseret med en styregruppe bestående af to ledende overlæger og to oversygeplejersker fra hhv. Ortopædkirurgisk Afdeling og FAM, en overlæge og en fysioterapeut fra Ortopædkirurgisk Afdeling, alle Kolding Sygehus, samt en forskningsmedarbejder fra Syddansk Universitet.

I denne rapport præsenteres en evaluering med udgangspunkt i aktørernes erfaringer med IPLS-initiativet i perioden forår 2012 til forår 2015. Evalueringen udføres med inspiration fra programteori og virkningsevaluering.

Målgruppen for rapporten er initiativets interessenter, men også andre med interesse for implementering, udvikling og analyse af samarbejdsinitiativer på tværs af fag, afdelinger og sektorer i det danske sygehusvæsen.

2. IPLS-begrebet

IPLS har de senere år udviklet sig herhjemme med inspiration fra især Canada og WHO² (2). WHO har samlet erfaringer og forskningsresultater om tværfagligt samarbejde fra sundhedspraksis på verdensplan (herunder Canada, Europa og USA) og på den baggrund anbefalet sundhedsprofessionelle at optimere det tværfaglige samarbejde (2). IPLS er den danske oversættelse af WHO's definition på begreberne Interprofessional Education (IPE) og Interprofessional Collaboration (IPC):

“Interprofessional education occurs when two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes. Collaborative

¹ Akutafdelingen bliver i denne rapport benævnt FAM.

² www.IPLS.dk

practice in health-care occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings” (2).

IPLS har vist effekt i form af en reduktion i antallet af sygdomskomplikationer, kortere sygehusindlæggelser, mindre spænding og færre konflikter mellem sundhedspersonale, samt færre utilsigtede hændelser i den kliniske praksis (2). Interprofessionel teamwork som organisationsform har således voksende tilslutning inden for sundhedsvæsenet verden over (3) og flere af de delelementer, interprofessionel teamwork består af, findes der evidens for. Det gælder f.eks. vigtigheden af rolleafklaring i et team, hvor Sims et al i en litteraturgennemgang af 47 undersøgelser finder følgende:

”When role clarity was present, team members understood the demands of their own and others’ roles and were aware of the specific skills and expertise of their colleagues” (4, 5).

IPLS-initiativet på Kolding Sygehus trækker derudover på begrebet *relationel koordinering* udviklet af den amerikanske forsker Jody Hoffer Gittell. Relationel koordinering betegner interprofessionel samarbejde og koordinering mellem forskellige faggrupper på en arbejdsplads – en form for brobyggende social kapital. Godt samarbejde er her lig med fælles sprog, fælles mål og gensidig respekt. Gittell’s centrale budskab er, at det ikke er nok, at ansatte er dygtige til deres fag; de skal også kunne samarbejde med hinanden på tværs af faggrænser. Med fokus på relationel koordinering mellem faggrupper er det muligt at forbedre kvalitet og produktivitet i såvel outcome som i patient- og brugertilfredshed og de ansattes trivsel og arbejdsmiljø. Relationel koordinering bidrager med øget kvalitet og effektivitet bl.a. i kraft af, at viden nemmere overføres via stærke relationer (6, 7).

I det danske sundhedsvæsen har der gennem en årrække været opmærksomhed på sammenhængende patientforløb, på at inddrage patienten mere aktivt i behandlingen, på kommunikation og øvrig relationsopbygning mellem sundhedsprofessionelle og mellem sundhedsprofessionelle og patienten (8). For at imødekomme dette, har Region Syddanmark igangsat en omfattende struktur- og organisationsændring med implementering af ny akutstruktur, hvor den akutte patient skal mødes af sundhedspersonale på højtspecialiseret kompetenceniveau (Region Syddanmark, 2009). Denne organisationsændring skal ifølge Region Syddanmarks vision være kendetegnet ved

multispecialiserede, tværfaglige team, der kan skabe sammenhængende patientforløb gennem effektivt og målrettet teamsamarbejde. Regionens visionspapirer beskriver ikke konkrete løsningsmodeller, men henviser til generiske tiltag.

”I denne rapport sættes rammen for en generisk sygehusmodel. Modellen sætter rammen for sygehusenes virke, men bør oversættes til en lokal virkelighed. ... det er ikke tanken at skabe en ensartet løsning. Tværtom er forskellighed en styrke, som fremmer resultater og innovation.”
(9).

Det er således op til den enkelte lokale ledelse at omsætte visionen i praksis.

Ordet *interprofessionel* bliver i en pjece om IPLS-initiativet på Kolding Sygehus beskrevet i relation til styregruppens erfaringsmæssige forståelse af ordet *tværfaglig*:

”Interprofessionel læring og samarbejde handler om at professionelle på tværs af fag arbejder sammen i et teamwork – et samarbejde, der bygger på fælles mål og med særligt fokus på inddragelse af patienternes ressourcer og viden.

Interprofessionel samarbejde handler om udveksling af holdninger og handlinger i et nært samarbejde for at skabe sammenhængende patientforløb.

Tværfagligt samarbejde er traditionelt ofte kendetegnet ved flere fag, der arbejder parallelt med egne fagspecifikke opgaver uden nødvendigvis at være i kontakt, samarbejde eller kende hinandens kompetencer og arbejdsvilkår.”

Interprofessionel samarbejde bliver således i IPLS-initiativet beskrevet som en hyppigere relationel kontakt mellem fag og fagpersoner, med større vægt på teambaseret samarbejde, vekselvirkning og læring mellem fag, end det vurderes udført ved traditionel tværfaglighed.

3. Det lokale IPLS-initiativ

3.1 Baggrund

IPLS-initiativet har baggrund i følgende tre forhold.

- 1) Ortopædkirurgisk Afdeling havde i årene 2007-2010 et samarbejdsprojekt med Terapien, Klinisk Biokemisk Afdeling og Røntgen, Kolding Sygehus, for studerende fra i alt seks forskellige sundhedsprofessioner. På to firesengsstuer med navnet Tværfaglig Klinisk Studieenhed – TKS, indgik studerende i tværfagligt sammensatte team i en 14-dages turnus, hvor de planlagde og udførte behandling, pleje og

rehabilitering for indlagte, nyopererede patienter. I sammenligning med studerende i ordinær sygehuspraktik viste resultater fra evalueringen af TKS, at de studerende fik øget deres samarbejdskompetencer og deres viden om andre fags kompetencer og arbejdsvilkår (10, 11). På TKS blev begrebet Inter-Professionel Læring og Samarbejde – IPLS, brugt som det teoretiske princip for de studerendes samarbejde.

- 2) I januar 2012 afholdt Ortopædkirurgisk Afdeling en temadag for hele personalet, der på et spørgsmål fra afdelingsledelsen om, hvad afdelingen skulle arbejde videre med, gav følgende svar: Fokus på tværfaglighed; kende mere til andre faggrupper og deres kompetencer; respekt og forståelse mellem fagene; bedre teamsamarbejde; fælles forståelse af kerneopgaver og patienten skal sættes i centrum.
- 3) Region Syddanmarks visioner for sammenhængende patientforløb som er beskrevet i Kapitel 2.

I foråret 2012 samlede Afdelingsledelsen for Ortopædkirurgisk Afdeling og FAM, Kolding Sygehus en personkreds fra disse to afdelinger, der skulle se på, hvordan afdelingerne kunne følge op på TKS' resultater, imødekomme personalets tværfaglige samarbejdsønsker, samt opfylde Region Syddanmarks visioner for tværfagligt teamsamarbejde og skabelse af sammenhængende patientforløb. Personkredsen konstituerede sig som styregruppe for et samarbejdsinitiativ, der skulle inddrage professionelle fra FAM og Ortopædkirurgisk Afdeling, samt fra Terapien, Biokemisk Afdeling og Røntgen. Styregruppen valgte at give initiativet navnet IPLS-initiativet.

3.2 Formål med IPLS-initiativet

Formålet med IPLS-initiativet var at udvikle en sammenhængende praksis mellem sundhedsprofessionelle med henblik på at styrke samarbejde, patientinvolvering, patientbehandling og -pleje, herunder at:

- Inddrage interprofessionel læring og samarbejde (IPLS) i team og afsnit på Ortopædkirurgisk Afdeling og FAM, Kolding Sygehus.
- Udvikle, afprøve og evaluere en model for interprofessionelt teamsamarbejde.

Initiativet omfattede i begyndelsen to indsatsområder:

- 1) Integrering af skadestuen i akutafdelingen med fokus på kultur, samarbejde og kommunikation (Figur 1) og 2) Integrering af forskelligrettede indsatsområder på Ortopædkirurgisk Afdeling i det daglige arbejde via IPLS (Figur 2) (11).

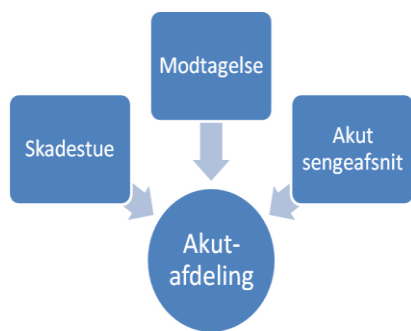


Fig. 1. Afsnittene skadestuen, modtagelse og akut sengeafsnit integreres i en samlet Akutafdeling



Fig. 2. Indsatsområder i Ortopædkirurgisk Afdeling med IPLS som samlende medie.

IPLS-initiativets grundlæggende hypoteser er:

Hvis sundhedsprofessionelle gives muligheder for og opfordres til at

- arbejdstilrettelægge og fokusere på en relationel koordinering på tværs af fag og afdelinger,
- udvikle teamwork kompetencer og lære om, af og med hinanden samt
- inddrage patienter og pårørende i eget sygdomsforløb,

kan dette føre til

1. Øget jobglæde for sundhedsprofessionelle, forbedret organisatorisk performance, problemløsende interprofessionel kommunikation og dermed øget tilfredshed og forbedret outcome for patienterne i form af sammenhængende patientforløb.
2. IPLS kan føre til øget interprofessionel forståelse og gensidig respekt og dermed minimere konfliktniveauet personalet imellem.

3.3 Strategi og intervention

Patientforløb i forbindelse med sygehuskontakt involverer foruden patienter og pårørende, flere sundhedsfaglige professioner. Styregruppen udarbejdede derfor en igangsættende strategiplan for indførelse og styrkelse af en organisationskultur hos de involverede sygehusprofessioner på de 5 afdelinger (Ortopædkirurgisk Afdeling, FAM, Terapien, Røntgen og Biokemisk Afdeling).

Der blev udarbejdet en 5-trins strategi for de første års igangsættende IPLS-strategi, indeholdende planer om ledelsesdedikation på alle niveauer, udarbejdelse af informationsmateriale, undervisning i konceptet IPLS for alle medarbejdere på involverede afdelinger, en proces med etablering af interprofessionelle team, udpejning af teamledere og afholdelse af IPLS kurser for flere medarbejdere fra de forskellige fag og afdelinger. Med undtagelse af teametablering på FAM, blev alle tiltag iværksat fra august 2012 til marts 2015. Der blev desuden udpeget en daglig koordinator for initiativet med ansvar for gennemførelse af IPLS-kurser.

Styregruppens trinvis strategiplan for IPLS-initiativet var følgende:

1. Dedikation til IPLS hos begge afdelingsledelser, mellemledere og gruppen af overlæger
2. IPLS-formidling til alle ansatte på personalemøder i de involverede afdelinger
3. Uddannelse af IPLS-vejledere på kurser á ca. 24 deltagere.
4. Arbejde med teametablering på både Ortopædkirurgisk Afdeling og FAM.
5. IPLS fastholdelse.

Strategiplanen blev udarbejdet i henhold til organisationsteori, der ved større ændringstiltag i en organisation opfordrer til strategiplanlægning på både strukturelle, kulturelle og processuelle forhold (12).

Strategiens punkt 3. og 5. var tidskrævende, komplekse tiltag og skal kort beskrives her. Strategiplanens punkt 3 var afholdelse af kurser, hvor medarbejdere fra de fem involverede afdelinger erhvervede titlen *IPLS-vejleder*. Ved at bringe forskellige fag sammen på flere dages kursus, var det hensigten at give professionelle fra forskellige fag mulighed for at lære om, af og med hinanden, at øge deres viden om hinandens kompetencer og arbejdsvilkår og at give dem mulighed for at erhverve teoretiske og praktisk anvendelige IPLS-redskaber.

Kurset udviklede sig fra først fire dages varighed til senere tre dage med følgende overskrifter for de tre kursusdage:

- Dag 1. *Teamsamarbejde på tværs af fag og afdelinger*. Kursusdeltagerne får indsigt i hinandens faglige kerneydelser, kompetencer og arbejdsvilkår og der arbejdes med at skabe rum for interprofessionel læring og samarbejde i den daglige praksis.

- Dag 2. *Teamwork*, hvor dagens indhold fokuserer på interprofessionel teamsamarbejde og kommunikation både i formelle, navngivende team samt i uformelt ad hoc etableret teamsamarbejde.
- Dag 3. *Samarbejdet med patienter*. På baggrund af tidligere patienters og pårørendes fortællinger, arbejder deltagerne på at konstruere tiltag, der kan imødekomme patienters og pårørendes forslag til forbedringer i patientforløbene.

Kursusformen er inspireret af Region Hovedstadens ”IPLS Facilitator Kursus”

(www.IPLS.dk), tilpasset den lokale kontekst. Underviserteamet består af fire erfarne underviserere, ansat på Ortopædkirurgisk Afdeling. Kursusindhold er valgt i henhold til litteraturanbefalinger fra teorier om teamsamarbejde, kommunikation, patientinddragelse m.m. (Reeves et al. 2010; Coulter, A. 2011) og ud fra WHO’s anbefalinger for interprofessionelt samarbejde (forfatterens egen oversættelse):

- *Teamwork*: At være i stand til både at være teamleder og teammedlem
- *Roller og ansvar*: Forstå egen rolle, ansvar og ekspertise samt det samme hos øvrige sundhedsarbejdere.
- *Kommunikation*: Udtrykke egen mening kompetent til kolleger og kunne lytte til team medlemmer.
- *Læring og kritisk refleksion*: Reflektere kritisk over egne relationer i teamet, overføre interprofessionel læring til arbejdsopgaver.
- *Samarbejdet med og anerkendelsen af behovene hos patienten*. At samarbejde til patientens bedste, sammen med patienten, dennes familie og anden støtte (kommunen) som partnere.
- *Etisk praksis*: Forstå de stereotype synspunkter som sundhedsarbejdere har om sig selv og andre. Anerkende at hvert fags synspunkter er lige gyldige og betydningsfulde (2).

Sideløbende med, at IPLS indføres som en generel samarbejdskultur for alle medarbejdere, var det styregruppens hensigt strukturelt at etablere interprofessionelt sammensatte team på både på FAM og Ortopædkirurgisk Afdeling (strategipunkt. 5). Interprofessionelt sammensatte team i sundhedsvæsenet beskrives netop i flere internationale studier som nøglen til skabelse af effektive sundhedssystemer (3, 13, 14).

Formålet med etablering af interprofessionelle team var at skabe fora, hvor alle sygehusprofessioner, der indgår i behandling, pleje og rehabilitering af udvalgte patientgrupper, sammen kunne kvalitetssikre patienters forløb. Derved kan ensidig, monofaglig planlægning undgås, der i et patientperspektiv risikerer at medføre et fragmenteret patientforløb og give indtryk af en organisationskultur, hvor den ene hånd ikke ved, hvad den anden gør.

En nykonstitueret FAM afdelingsledelse udskød i februar 2013 imidlertid arbejdet med teametablering på FAM og besluttede endeligt i november 2013 ikke at etablere formelle, interprofessionelle team. Begrundelsen var FAM's komplekse struktur og en massiv implementeringsbyrde med andre tidskrævende tiltag.

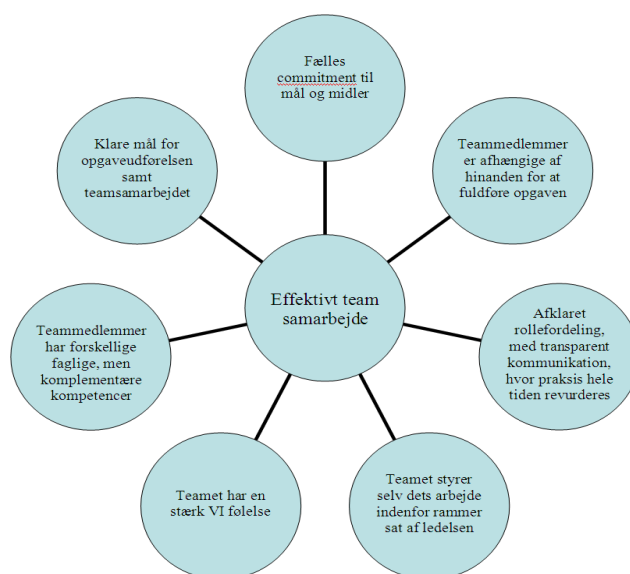
På Ortopædkirurgisk Afdeling etableredes syv formelle team i februar 2013. I alt seks overlæger og en sygeplejerske udnævnes af afdelingsledelsen som teamledere. Teamene navngives efter subspecialer og patientforløb (skulderteam, håndteam osv.) og relevante faggrupper og teammedlemmer udpeges i forhold til deres rolle for de enkelte patientgrupper; eksempelvis er der en ergoterapeut i håndteamet og sygeplejersker med specialuddannelse i sårpleje i fod/ankelteam. Teammedlemmer repræsenterer eget fag og egen afdelings øvrige fagpersoner og teamet fungerer som en slags udvalg eller styregruppe for alle kolleger, der arbejder med teamets patientmålgruppe.

Ortopædkirurgisk afdelingsledelse igansætter processer for de syv teamledere med fokus på lederskab, teametablering og konsolidering og samtidig indførelse af IPLS som samarbejdskultur.

Ortopædkirurgisk afdelingsledelse satte følgende igansættende rammer og opgaver for teamlederfunktionen og teamsamarbejdet med teamteorier (Figur 3):

- Teamet udarbejder mål for eget arbejde. Ved første møde drøftes og besluttes hvordan man vil arbejde i teamet. Der skal sættes samarbejdsaftaler op for kommunikation, konflikthåndtering, problemløsning, mødeafholdelse og beslutningstagning.
- De hyppigste patientforløb, teamet er ansvarlig for, skal identificeres. Der udvælges de centrale patientforløb som efterfølgende beskrives, specielt mhp at etablere hensigtsmæssigt samarbejde mellem fag og hensigtsmæssige overgange mellem afdelinger og sektorer for patienter. Patientforløbene skal udarbejdes på baggrund af patientoplevelser indhentet ved dialogfora med patienter og pårørende.

- Teamlederen er facilitator og koordinator for teamet og sørger for: 1) At teamarbejdet forløber målstyret; dels mht. teamets indre samarbejdsopgave, dels mht de ydre patientrelaterede opgaver; 2) At disse mål er i overensstemmelse med afdelingens overordnede vision og målsætning; 3) At teammedlemmerne har samme forståelse af formålet med teamet og teamets opgaver, samt 4) At teamarbejdet udføres på en måde, så teammedlemmerne og patienten føler tilfredshed ved at deltage i processen.
- Teamlederen skal støtte op om IPLS-tankegangen og have indsigt i teamets forskellige fagkompetencer; skal have lyst og evne til at lede teamet; skal kunne se helheder i afdelingen; skal besidde gode kommunikationsevner, samt skal kunne tage beslutninger og lede beslutningsprocesser. Teamlederen skal endvidere sikre, at alle faggrupper involveres og at alle relevante informationer viderebringes til hele teamet; sikre tilbagemelding på eventuelle ændringsforslag af patientforløb til afsnitsledelsen og samarbejdsparter, samt samarbejde med teamets IPLS-vejleder(e) om at skabe rum til interprofessionel læring i praksis.
- Teamledergruppen erfaringsudveksler med afdelingsledelsen hver 2. måned i opstarten.



Figur 3: Kondenseret model udarbejdet til IPLS-initiativet ud fra teamteorier (14, 15).

4. Metode og data

Til evaluering af IPLS-initiativet er valgt metoden virkningsevaluering. Analysen i denne evaluering bygger på en programteoretisk metode, der gør det muligt at identificere og tydeliggøre forestillinger om, hvordan IPLS-initiativet virker. Metoden tager udgangspunkt i de forskellige IPLS-aktørers forestilling om, hvordan og hvorfor IPLS-initiativet virker, herunder hvilken tilstand, man ønskede at skabe med initiativet og hvordan det konkret skulle gøres. Det kaldes programteori.

IPLS-initiativet involverer forskellige grupper af aktører, der hver især har forskellige baggrunde, arbejdsopgaver og placeringer på Kolding Sygehus, hvilket betyder, at de kan have forskellige programteorier. Ved at konstruere de involverede aktørers programteorier, kan disse sammenlignes og der kan konstrueres et nuanceret billede af de involverede aktørers forestillinger og forventninger til IPLS-initiativet i konkrete sammenhænge. I konstruktionen af programteorier anvendes en model udviklet af Hansen og Vedung, hvori der indgår 3 delelementer:

En *situationsteori*, som beskriver baggrunden for at indføre en ny intervention, dvs. aktørernes opfattelse af, hvad der skulle ændres, bevares eller forbedres og hvorfor.

En *normativ teori*, som beskriver aktørernes målsætninger med interventionen som tilsammen danner udgangspunkt for, hvad de oplever som 'den gode tilstand' i praksis.

En *virkningsteori*, som beskriver aktørernes forestilling om hvordan man skal nå til målet og dermed opnåelsen af den gode tilstand (16).

På baggrund af de konstruerede programteorier er det muligt at identificere forhold, som hhv. skal være til stede (*kontekstuelle faktorer*), eller som kan influere på IPLS-initiativet (*moderatorer*). Mens *kontekstuelle faktorer* er forhold, der skal være til stede for at de forventede virkninger kan skabes, er *moderatorer* forhold, der regulerer et årsags-virkningsforholds styrke eller retning og dermed en indholdsmæssig forbindelse mellem indsats og effekt (17).

De identificerede aktørgruppers programteorier kan efterfølgende indgå i en realitetstest af IPLS-initiativet. Hvis de forventede effekter ikke opnås, kan der overordnet skelnes mellem om dette skyldes en *implementeringsfejl* eller *fejl i teorien* bag samarbejdsmodellen, altså om indsatsen ikke er indført og anvendt som forventet, eller om den hviler på en fejlagtig idé. På den måde kan en analyse medvirke til at vurdere, om der er et tilstrækkeligt grundlag for indsatsen, samt udpege hvilke dele af indsatsen, der virker

bedst i hvilke situationer og hvilke barrierer, der er for en indsats. Der kan desuden identificeres opmærksomhedspunkter i forhold til udvikling og forbedring af indsatsen.

4.1 Datakilder

For at konstruere programteorien for IPLS-initiativet, er der anvendt skriftligt materiale i form af projektbeskrivelse, referater fra styregruppemøder, IPLS-initiativets pjece og kursusmateriale. Der er desuden gennemført fokusgruppeinterviews med en række centrale aktører for IPLS-initiativet; initiativets styregruppe, mellemledere fra involverede afdelinger, IPLS-vejledere, teamledere på Ortopædkirurgisk Afdeling, samt strategisk udvalgte sundhedsprofessionelle med klinisk funktion og uden særlig IPLS-træning. Interviewet med styregruppens medlemmer indgår i beskrivelsen af programteorien bag IPLS-initiativet, mens interviewene med de øvrige fagprofessionelle indgår i beskrivelse af disses programteorier.

Patienter og pårørende betragtes ligeledes som centrale aktører i vurderingen af IPLS effekten, men af praktiske og afgrænsende grunde fravælges dette aspekt i denne evaluering.

4.2 Interviews

Der blev til fokusgruppeinterviewene udarbejdet en interviewguide (Bilag 1) med følgende overordnede spørgsmålskategorier:

- 1) Hvorfor blev IPLS-initiativet indført og hvad skulle det ændre på (situationsteori),
- 2) Hvad kan IPLS-initiativet bidrage med (normativ teori),
- 3) Hvilken virkning har IPLS-initiativet haft, hvilke forudsætninger skal være til stede for at IPLS-initiativet virker (virkningsteori).

Antropolog Mie Haller, Århus Universitet, afholdt de fem fokusgruppeinterview uden forudgående kendskab til IPLS-initiativet eller til IPLS-begrebet. Erik Vestergaard var moderator ved alle interview.

Følgende aktører i IPLS-initiativet blev udvalgt til fokusgruppeinterview:

- Styregruppen for IPLS-initiativet. Her deltog alle styregruppemedlemmer fraset ledende overlæge fra FAM. I alt 6 personer.

- Mellemledere fra involverede afdelinger. Her deltog afdelingsterapeuter, afdelingsradiograf og afdelingssygeplejersker fra Ortopædkirurgiske sengeafdelinger, ambulatorium og operationsgang, samt fra skadestuen og FAM sengeafdeling. I alt elleve personer fordelt på to fokusgrupper.
Der var afbud fra en lægesekretær og en overlæge fra FAM, samt fra en afdelingsbioanalytiker fra Klinisk Biokemisk Afdeling.
- IPLS-vejledere. Her deltog en ortopædkirurgisk sekretær, to sygeplejersker (fra to forskellige ortopædkirurgiske sengeafdelinger), en ergoterapeut, en bioanalytiker, en ortopædkirurgisk overlæge og en radiograf. Der var afbud fra en sygeplejerske fra FAM. I alt blev syv personer interviewet.
- Teamledere fra Ortopædkirurgisk Afdeling. I alt deltog fem teamledere med afbud fra to teamledere.
- Strategisk udvalgte ansatte med klinisk funktion, uden særlig IPLS-træning og uden overlap til de øvrige informantgrupper. En ortopædkirurgisk afdelingslæge, en ortopædkirurgisk lægesekretær, en bioanalytiker, en fysioterapeut og en sygeplejerske fra Ortopædkirurgisk Ambulatorium deltog. Der var afbud fra en sygeplejerske og en læge fra FAM samt fra en radiograf. I alt deltog fem i interviewet.

Alle interview blev transskriberet og alle interviewede aktørgrupper fik efter transskribering tilsendt et kondenseret referat til validering. Referaterne er i det væsentligste identiske med nedenstående programteorier for hver aktørgruppe. Med få justeringer blev referaterne godkendt.

4.3 Etiske overvejelser

Der blev udarbejdet relevant informationsmateriale til deltagerne ved fokusgruppeinterviewene, samt retningslinjer for informeret samtykke til at indgå i evalueringsmæssig sammenhæng. Det blev pointeret, at i forbindelse med publicering og offentliggørelse af resultater vil personhenførbare oplysninger blive fjernet, således at ingen af de implicerede informanter vil kunne genkendes.

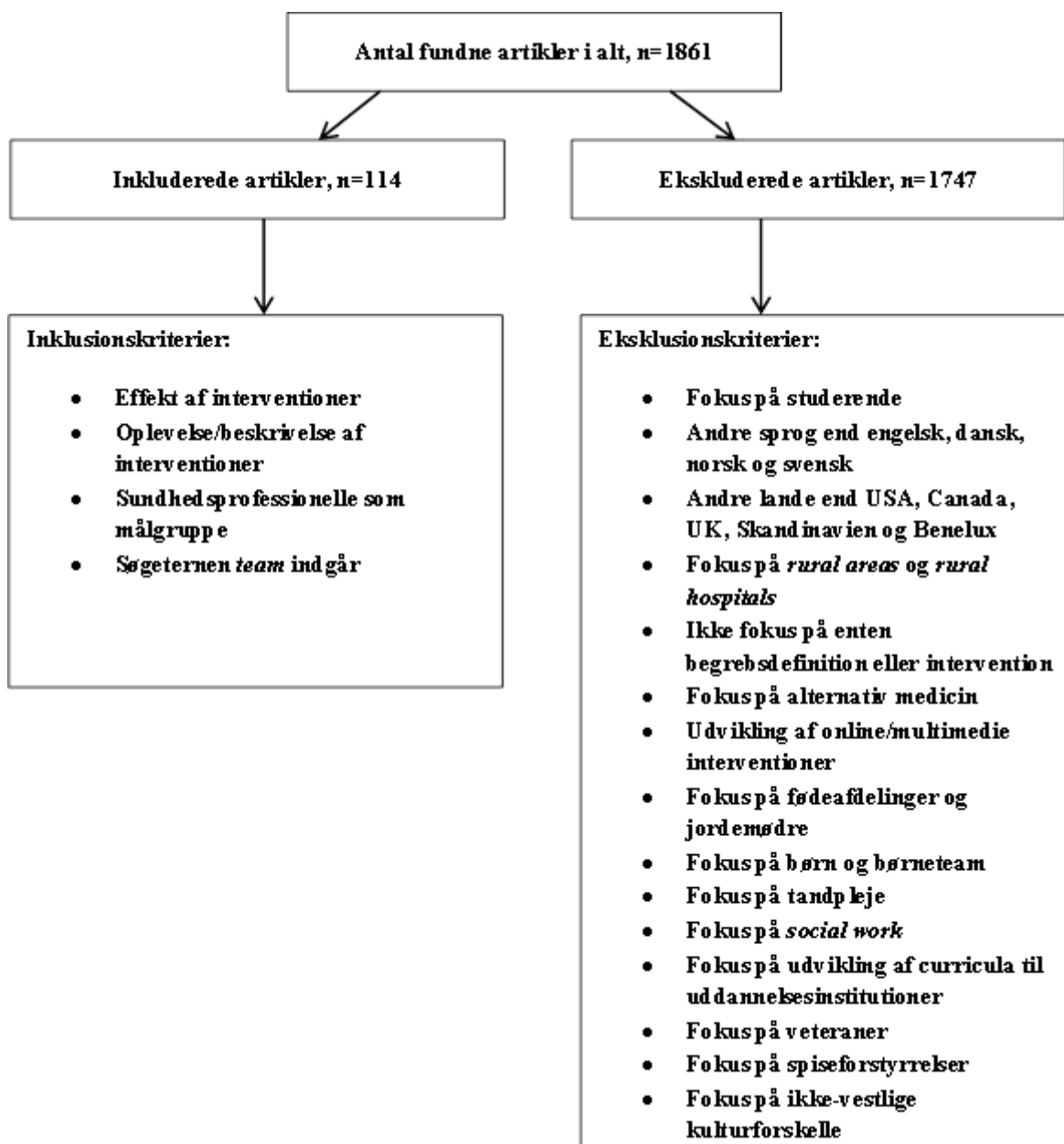
Datamaterialet bliver opbevaret forskriftsmæssigt, jvf. Datatilsynets forskrifter.

Evalueringen kræver ikke yderligere tilladelser.

4.4 Litteraturgennemgang

Med henblik på at beskrive den tilgængelige evidens for tiltag, der har lighed med IPLS-initiativet er der foretaget en litteratursøgning.

Kriterier for søgning ses i Figur 4 og logbog over den fulde søgning med anvendte termer kan ses i Bilag 2. Centrale resultater af litteratursøgning indgår i diskussionsafsnittet.



Figur 4: Kriterier for litteratursøgning

5. Programteoretisk analyse af IPLS-initiativet

I det følgende præsenteres IPLS-initiativets hypoteser i årsags-virkningskæder og de forskellige programteorier, der er indlejret i initiativet. Først præsenteres programteorien bag initiativet og dernæst følger øvrige aktørers programteori.

Efter programteoriene præsenteres de kontekstuelle faktorer og moderatorer, der forventes af have betydning for implementering, forløb og udbytte af IPLS-initiativet.

5.1 IPLS-initiativets årsags-virkningskæder

På baggrund af IPLS-initiativets hypoteser, strategi og interventioner, kan der opstilles følgende forventninger i forhold til hvilke årsager (tiltag) i IPLS-initiativet, der skal give hvilke virkninger.

På det processuelle organisatoriske felt, skal IPLS implementeres og promoveres af ledelsesniveauet som en grundlæggende samarbejdskultur, ledere ønsker indført på tværs af fag og afdelinger. Herved signaleres at IPLS er et tydeligt ledelsesstrategisk krav til alle ansatte på området for tværfagligt samarbejde. Der ansættes en IPLS-koordinator med særlig indsigt i både IPLS-begrebet og organisatoriske procesforløb, der på personalemøder, teammøder, i daglig dialog, i samarbejde med ledelser og teamledere skal støtte og promovere en IPLS-fremmende kultur på de fem afdelinger.

Der iværksættes IPLS-kursusuddannelse, hvor udvalgte sundhedsprofessionelle skal uddannes som en slags ambassadører, der kan sprede idéen om IPLS for deres kolleger. Ved at bringe forskellige fag sammen på flere dages kursus, er det hensigten at give professionelle fra forskellige fag mulighed for at lære om, af og med hinanden, øge deres viden om hinandens kompetencer og arbejdsvilkår og erhverve teoretiske og praktisk anvendelige IPLS-redskaber, især med henblik på teamworks samarbejde, som kan overføres og anvendes til lignende læring i den daglige, interprofessionelle praksis.

På det strukturelle, organisatoriske felt, skal der etableres interprofessionelt sammensatte team, med teamledere udpeget af afdelingsledelser. De forskellige team skal arbejdstilrettelægge patientforløb så hensigtsmæssig og tilfredsstillende som muligt for både patienter, pårørende og involverede fag. De skal ligeledes følge denne arbejdstilrettelæggelse op i den daglige praksis med en relationel koordinerende tilgang på tværs af fag og afdelinger samt inddrage patienternes oplevelser og tilbagemeldinger.

Disse primære tiltag i IPLS-initiativet, forventes at føre til ændringer i det kulturelle organisatoriske felt i form af øget jobglæde for sundhedsprofessionelle på de involverede

afdelinger, forbedret organisatorisk performance, problemløsende interprofessionel kommunikation og dermed øget tilfredshed og forbedret outcome for patienterne i form af sammenhængende patientforløb. Med en generel større indsigt og kendskab til hinandens kompetencer og arbejdsvilkår, kan sundhedsprofessionelle få øget interprofessionel forståelse og gensidig respekt og dermed minimere konfliktniveauet.

5.2 Styregruppens programteori

Styregruppen besluttede at kalde tiltaget for IPLS-*initiativet* og ikke benævne det et projekt, som er kendetegnet ved at have et afgrænset forløb. Styregruppen ville signalere, at der blev arbejdet på en permanent kulturforandring.

IPLS-initiativet opstod på baggrund af et ønske fra ansatte på Ortopædkirurgisk Afdeling om større fokus på tværfaglighed, et ønske om at overføre resultaterne fra TKS³ til personalet på de afdelinger, der havde været involveret i TKS; Ortopædkirurgisk Afdeling, Terapien, Røntgen, Klinisk Biokemisk Afdeling. Dernæst var der organisatoriske forhold, der medvirkede til et øget fokus på interprofessionel læring og samarbejde, herunder fremkomsten af den dengang nyoprettede Fælles Akut Modtageafdeling – FAM. Og FAM blev netop involveret i IPLS-initiativet, fordi styregruppen så stor lighed mellem strategioplægget for FAM og IPLS-konceptet. FAM skulle have en tværspecialiseret teamstruktur med den grundtanke, at mange forskellige faggrupper her skulle lære at arbejde mere og bedre sammen omkring patienten for skabe så hensigtsmæssige patientforløb som muligt. Derfor blev FAM af styregruppen set som det ideelle sted at indføre IPLS. Desuden skulle skadestuen, som tidligere havde hørt under Ortopædkirurgisk Afdeling, integreres i FAM og her blev IPLS fra styregruppens side, tænkt som en form for lim i integrationsprocessen.

Hensigten med IPLS-initiativet var at bryde med de monofaglige specialesøjler, som sygehuset historisk har opbygget og som kan gøre patientforløb fragmenterede og usammenhængende, især i overgangene mellem involverede fag, overgange mellem afdelinger og overgange mellem sektorer. IPLS-initiativet skulle motivere sygehuspersonalet til skabe en samarbejdskultur mellem fag, hvor den fælles opgaveløsning har lige så stor opmærksom hos personalet som den monofaglige. Tiden var også moden til at igangsætte IPLS-initiativet; idet der politisk i en årrække har været fokus på at højne det tværfaglige samarbejde indenfor sygehusvæsenet, hvor

³ Tværfaglig Klinisk Studieenhed.

personale opfordres til at have sammenhængende patientforløb som et overordnet samarbejds mål med fokus på bruger- og patientinddragelse.

Med hensyn til hvad IPLS-initiativet kan forventes at bidrage med, nævner styregruppen flere teoretiske IPLS-markører: hyppig, rettidig, præcis og problemløsende kommunikation samt fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. IPLS-initiativet forventes at styrke det relationelle samarbejde mellem fagpersonaler. Med gode relationer mellem fag, løses små dagligdags problemer hurtigere og nemmere. IPLS-initiativet forventes ligeledes at bidrage til større forståelse blandt faggrupper om hinandens kompetencer og arbejdsvilkår samt professionsroller, hvor samarbejdspartnere ved, hvilken funktion alle har. Og IPLS-initiativet kan øge kommunikationshyppighed og bedre kommunikationskvalitet mellem fagpersoner og dermed give bedre overgange mellem fag og afdelinger under et patientforløb. I princippet vil man kunne mærke om IPLS-initiativet er integreret ved at følge patientforløbene: Der vil ikke være nogen dobbeltinformation fra fag til patient og hvert fags smarte løsninger er integreret med hinanden, så patienterne oplever problemfrie overgange mellem fag og afdelinger og ideelt set også i overgange til sygehusets eksterne samarbejdspartnere. Monofagligheden må imidlertid ikke udvandes: IPLS skal være tværfaglighed med respekt for monofagligheden, men i en IPLS-forståelse mener styregruppen, at det er opgaven, der definerer handlingerne i et patientforløb – ikke professionerne.

IPLS-begrebet har fokus på patientinvolvering og forventes at øge arbejdsglæden som udtrykt i følgende citat fra styregruppen: ”*Der hvor IPLS implementeres, ... arbejder vi bedre sammen; vi får nogle gode patientforløb; vi får glade og tilfredse patienter og det giver arbejdsglæde*”. Men virkning og oplevelse af effekten af IPLS-initiativet vurderes at være meget forskellig på Ortopædkirurgisk Afdeling og på FAM.

IPLS-initiativet bliver beskrevet som integreret på Ortopædkirurgisk Afdeling, hvor der hver dag kan findes eksempler på IPLS. De syv interprofessionelle team vurderes velfungerende, hvor flere har afholdt dialogmøder med relevante patientgrupper og deraf revideret patientforløb for teamets vigtigste diagnosegrupper. IPLS-tankegangen bidrager til organisatorisk og faglig kvalitet på Ortopædkirurgisk Afdeling. IPLS-initiativet ses som omdrejningspunkt for flere af afdelingens organisatoriske strategier. Især samarbejdet med primærsektoren opleves bedret pga. temaetablering og IPLS-tankegang.

Dog opleves stadig personer på afdelingen, for hvem IPLS-initiativet ikke giver mening og som vælger ikke at sætte fokus på IPLS i deres daglige arbejde.

På FAM vurderes det, at det har været vanskeligt at give plads til IPLS-initiativet pga. af indkøring af mange andre, samtidige tiltag. Travlhed på FAM ses som den primære årsag til, at IPLS- ildsjæle og IPLS-vejledere ikke har kunnet videregive deres IPLS-viden, fordi alle andre havde rigeligt i deres eget. Yderligere vurderes særligt to forhold at have haft indflydelse på lavere fokus på IPLS-initiativet sammenlignet med Ortopædkirurgisk Afdeling: Flere IPLS-vejledere har forladt FAM og afdelings-ledelsen er udskiftet med ny ledende overlæge og ny ledende oversygeplejerske, som ikke sad i styregruppen fra IPLS-initiativets begyndelse. Den nye ledelse har ikke kunnet give IPLS-initiativet tid og rum pga. mange andre tiltag, som den nyetablerede FAM-konstruktion har krævet. Etablering af formelt navngivne team på FAM vurderes også fravalgt, dels pga. travlhed og indføring af mange tiltag på FAM og dels fordi sådanne interprofessionelle team på tværs af fag og afdelinger er yderst komplekse at etablere på FAM. Det opleves dog, at IPLS lever på FAM og især øget tilstedeværelse af ergo- og fysioterapeuter vurderes som en klar IPLS-mæssig forbedring til patienternes fordel. Det udtrykkes også, at der er kommet god forståelse mellem Røntgen og FAM, hvor flere procesmæssige aftaler betyder mere glidende arbejdsgange og overgange mellem de to afdelinger.

Generelt har styregruppen en forestilling om, at IPLS-initiativet har ændret trivsel og arbejdsmiljø for flere faggrupper til det bedre. Der beskrives mulig sammenhæng med, at tidligere bestemte læger en hel del mere end øvrige faggrupper gjorde, men nu er det lettere for andre faggrupper at påpege uhensigtsmæssigheder under et patientforløb og de kan bedre tage del i beslutninger vedrørende patientbehandlingen.

Med hensyn til hvilke forudsætninger, der skal være til stede for at få IPLS til at virke, har styregruppen følgende forestillinger. Ledelsesforankring af IPLS-tiltag er vigtig. Ledelsesopbakning er ikke nok. Det er også vigtigt at have en accept af IPLS-begrebet fra medarbejderne. En kulturændring som IPLS-initiativet skal implementeres gennem ledelse og få liv og fylde gennem medarbejderopbakning. Det er væsentligt, at ledelsen er tydelig mht. hvad IPLS-interventioner skal bruges til og hvorfor. Mellemledernes engagement er her især vigtig og betragtes som de vigtigste fortalere for IPLS-initiativet. Styregruppen

mener fortsat der er behov ledelsesinitieret IPLS-udvikling og styregruppen bør være en blivende gruppe på linje med f.eks. forsknings- og kvalitetsudvalg.

Det vurderes, at det at få udbredt IPLS-tankegangen hos alle medarbejdere, kræver ildsjæle blandt medarbejderne og det er vigtigt, at IPLS-initiativet ikke er et tidsafgrænset projekt, men promoveres som en ledelsesbestemt beslutning om at forankre en bestemt adfærd og blivende kultur.

IPLS-begrebet beskrives som havende et højt abstraktionsniveau og kan derfor være vanskeligt kort at forklare og definere. Styregruppen har en forestilling om, at mange sygehusprofessioner er befolket med praktikere, som gerne ser, at nye tiltag giver mening her og nu. Og det at IPLS-initiativet kræver en adfærdsændring, kan bringe medarbejdere i forsvar i lighed med: *”Har det ikke været godt nok, det vi hidtil har ydet?”*.

Teametableringen på Ortopædkirurgisk Afdeling har haft mange gode effekter, erfarer styregruppen. Det kan dog være vanskeligt at få formidlet teambeslutninger til medarbejdere uden for teamet. Det skal gerne bedres fremover. Medarbejdere, der ikke udvælges til at sidde i et team, kan have en oplevelse af at blive fravalgt. Styregruppen har erfaringer med, at enkelte medarbejdere på den baggrund har følt sig IPLS-mæssigt udenfor.

Ifølge styregruppen har IPLS-kurserne været en vigtig IPLS-igangsætter. Set fremadrettet skal der måske en anden strategi til for at holde fast i IPLS-kulturen og udvikle den. Det påpeges, at det at nogle fagpersoner også her bliver udvalgt til at deltage på IPLS-kursus, kan virke som en fravælgelse af dem, der ikke kommer på kursus.

Med erfaringerne fra FAM vurderer styregruppen, at et så stort initiativ som IPLS-initiativet kan give modvind hos ansatte, hvis det indføres samtidig med indkøring af andre store initiativer. Styregruppen har en forestilling om, at IPLS-initiativet og især de relationelle idealer skal bruges hensigtsmæssigt. Det er ikke bare carte blanche til at forstyrre når som helst. Forstyrrelser opleves af styregruppen som et stort irritationsmoment hos især lægegruppen, med risiko for kvalitetsforringelser i udførelsen af det monofaglige arbejde.

Styregruppen påpeger, at IPLS-initiativet kan have den bivirkning, at stærke professionsmedarbejdere bliver i tvivl om egen rolle, især ved teamsamarbejde, hvis rolleafklaring ikke har fundet sted. Og endelig mener styregruppen samlet, at IPLS-

initiativet fremover gerne skal introduceres til alle nyansatte og styregruppen skal se konkret på, hvordan dette kan gøres. Der skal også ”tages fat” på dem der ikke er interesserede i IPLS og få netop dem ”op i IPLS-niveau”. De kan, som et løst led i en kæde, bremse mange gode hensigter.

5.3 Mellemlederens programteori

Ifølge mellemlederne skulle IPLS-initiativet fremme det tværfaglige samarbejde og nedbryde søjletænkning på Kolding Sygehus. IPLS-initiativet skulle ændre en overvejende monofaglig sygehuskultur til en mere tværgående kultur med målet at skabe sammenhængende patientforløb gennem målrettet tværfagligt samarbejde. Politikere og patienter har længe haft forventninger til sygehusprofessioner om, at de skal fokusere mere på at forbedre tværfagligt samarbejde og patientforløb. FAM har dette som særskilt formål og FAM’s visioner havde stor indflydelse på, at IPLS-initiativet blev indført. Yderligere havde Tværfaglig Klinisk Studieenhed (TKS) kørt som projekt med gode evalueringsresultater og IPLS-initiativet var en naturlig fortsættelse af det obligatoriske kommunikationskursus, der er implementeret på sygehusniveau. Mellemlederne oplevede også en større velvilje blandt sygehuspersonalet til, at man ”ville hinanden” mere på tværs af fag, så samlet set var tiden mere moden til indførelse af IPLS-initiativet sammenlignet med for 10 år siden.

Fag på sygehuse bliver mere og mere specialiserede og arbejder meget i monofaglige søjler, så for at skabe kvalitet i patientforløbene og undgå søjletænkning kan IPLS-interventioner holde fokus på, at professionelle ser ud over eget speciale. IPLS-tankegangen sigter ifølge mellemledergruppen mod synergieffekt mellem hvert fags kompetencer og udarbejdelse af arbejdstilrettelæggelse på tværs af fag. Koordinering af hvilke fag, der skal tilse patienten hvornår, er et vigtigt IPLS-fokus. IPLS-initiativet kan give en fælles referenceramme, fælles mål og sprog samt konkrete samarbejdsredskaber og fag kan blive mere samkørende i god tråd med Patientsikkert Sygehus⁴ og kommunikationskurset. IPLS-initiativet kan mindske dobbeltarbejde i sygehusorganisationen, så fags ressourcer udnyttes bedre. Bedre kendskab til hinandens fag gør det nemmere at respektere, tage hensyn til og hjælpe andre fag og kan mindske uhensigtsmæssige fordomme mellem fag. At kende hinanden som personer og ikke kun

⁴ Kolding Sygehus har været et ud af fem udvalgte sygehuse i Danmark, der har gennemført projekt Patientsikkert Sygehus.

som ”sygeplejersken” eller ”lægen”, gør det nemmere at samarbejde og etablere rammer og aftaler for det tværgående samarbejde. IPLS-initiativet sætter fokus på at etablere gode relationer mellem fagpersoner og skabe plads og medindflydelse på beslutninger som modvægt til ensidige lægebeslutninger. Andre fags perspektiver gør eget fags perspektiv bredere og fagprofessionelle bliver mindre påståelige i forhold til at konkludere på fælles virkelighed.

Mellemlederne oplever, at IPLS-begrebet er en abstrakt størrelse, når den skal forklares, men forståelig og meningsfuld i daglig praksis. Det abstrakte hænger sammen med, at IPLS indeholder mange begreber og har lighed med flere andre kulturændrende tiltag iværksat på Kolding Sygehus, herunder Social Kapital, Patientsikkert Sygehus og kommunikationstræning. Det udtrykkes, at velfungerende IPLS-kultur er velfungerende kommunikation mellem samarbejdende fag og patienten.

Ifølge mellemlederne har indførelsen af IPLS-initiativet gjort samarbejdet mellem involverede faggrupper mere formaliseret. Det påpeges, at tidligere var beslutningstagerne læger og sygeplejersker og nu er andre fag kommet ind i maskinrummet, hvor beslutninger tages. IPLS-initiativet menes at have givet et bedre flow, hvor interprofessionelt samarbejde glider nemmere og hvor fags kompetencer synliggøres. IPLS-initiativet har skabt grobund for bedre relationel kontakt mellem fags personaler samt giver teoretisk skyts til fortalere for bedre interprofessionelt samarbejde. IPLS-vejledere ses som foregangspersoner og IPLS-initiativet har dermed skabt ildsjæle, der forsøger at få flere med. IPLS-initiativet har givet plads til at trække sig fra praksis og reflektere interprofessionelt over det fælles samarbejde med spørgsmålet: Kan vi gøre det bedre? På FAM har IPLS-initiativet skabt mere smidigt samarbejde med Røntgen afdelingen, med bioanalytikere og terapeuter. Der er skabt gensidig respekt, der gør koordineringen af patientkontakten bedre end tidligere. IPLS-vejledere på FAM har i flere tilfælde skubbet på for at få gennemført optimering af det tværgående samarbejde og det vurderes, at der er sket en klar ændring i opgaveløsninger, hvor fagligt dobbeltarbejde mindskes. 5D modellen⁵ har på FAM i flere tilfælde været et godt procesværktøj i skabelse af bedre tværgående samarbejde og hensigtsmæssige patientforløb. IPLS-initiativet og relationel koordinering kan dog betyde, at man afbryder andre i udførelsen af eget arbejde og mellemlederne spørger, uden at selv at kunne give svar, hvordan forstyrrelser kan

⁵ Problemløsningsmodel (Appreciative Inquiry). Cooperrider & Srivasta, 1987. Gennemgået på IPLS kurser.

mindskes samtidig med, at IPLS-initiativet opfordrer til øget interprofessionel og relationel kontakt.

På Ortopædkirurgisk Afdeling kan det ikke måles på MTU⁶ eller LUP⁷ om IPLS-initiativet gør en forskel. Ikke endnu i hvert fald. Mellemlederne har en fornemmelse af, at patientforløbene er blevet mere fintunede og at dette giver øget patienttilfredshed. Gennem IPLS-initiativets fokus på at synliggøre de enkelte fags arbejdsopgaver, har sygeplejersker observeret øget respekt hos andre fag for sygeplejerskernes arbejde på sengeafdelingerne.

Fra Ortopædkirurgisk Ambulatorium er en god fortælling den, at diætister nu oftere trækkes ind i et samarbejde i forbindelse med overvægtige børns behandling.

Mellemlederne oplever også, at sekretærer er mere tilbøjelige til at byde ind med deres indsigt og kompetence og at de nu tages mere med på råd af øvrige fag end tidligere.

Det nyetablerede ortogeriatriske⁸ afsnit er samarbejds-mæssigt baseret på IPLS-tankegang og her samarbejdes også med faggrupper, der ikke indgår i IPLS-initiativet (diætister og læger fra Medicinsk Afdeling). Interprofessionelle tavlemøder på ortogeriatrisk afsnit skaber god interprofessionel koordinering hver dag.

På Operationsafdelingen (OP), Gang 1, forstærker IPLS-initiativet igangværende samarbejdsprocesser. Under interviewet berettes om større inddragelse af portørressourcer på operationsgangen. Der arbejdes med at beskrive portørkompetenceprofiler og mellemlederne oplever god kontakt med portørledelsen mht. at skabe smidigt samarbejde. Samme IPLS-arbejde sker mellem Sterilcentral og OP. Hvor kommunikationen mellem disse to afdelinger før foregik telefonisk, sker den nu mere face-to-face og skaber bedre vilkår for relationel koordinering.

IPLS-mæssige udfordringer ligger for mellemledere i den mere flade, teambaserede beslutningsstruktur, hvor indflydelse og beslutningskompetence gives til medarbejderne. Det, forestiller mellemlederne sig, giver høj medarbejdertilfredshed og mere kvalitet, men vurderer også, at det kræver en anden form for ledelse. Mellemledere, der samarbejder med team, beskriver deres ledelsesform ændret fra beslutningsorienteret til en mere supervisor- og facilitatorledelse.

⁶ Medarbejder Tilfredsheds Undersøgelse.

⁷ Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser.

⁸ Sengeafsnit til behandling af den ældre patient med lavenergi-traume.

Der opleves stadig usikkerhed i organisationen mht. hvem der skal sidde i hvilke team, hvilke kompetencer hvert team har, hvordan man rustes til at sidde der samt hvordan der bliver evalueret og især koordineret med mellemledere og mellem teamene indbyrdes. Det er godt at referaterne fra teammøderne rundsendes af afdelingsledelsen, men teamenes og teamledernes funktion og deres sparring med mellemlederne er ikke helt på plads. Der opleves store forskelle på, hvor velfungerende de enkelte team er eller hvor langt hvert team er kommet med at udrulle IPLS-initiativet. Dette kan have årsag i de enkelte teamlederes engagement og forståelse af selve teamlederopgaven.

Teamenes referater gør, at ledere i Terapien kan følge med i beslutninger. I IPLS-initiativets opstart blev flere mellemledere nødt til at nedlægge veto mod nogle teambeslutninger, men teammedlemmerne er nu blevet mere klare på det mandat de har med. Før teamstrukturen skulle afdelingsterapeuter deltage ved mange flere møder indenfor de ortopædkirurgiske specialer, men nu orienteres de godt af teamenes terapeuter og fra mødereferaterne. På denne måde aflastes lederne. Afdelingsterapeuter har indtryk af, at både ergoterapeuter og fysioterapeuter ”elsker” IPLS-initiativet. IPLS-initiativet har gjort det nemmere at kontakte og holde kontakten med lægerne og sygeplejerskerne. Den enkelte terapeut har fået større ansvar i forbindelse med beslutninger, der tages sammen med andre fag og afdelingsterapeuter vurderer, at de fleste terapeuter oplever meget bedre relationel kontakt og samarbejde på tværs af fag. Faktisk har Terapien haft den bedste MTU i mange år og IPLS-initiativet har ifølge mellemlederne været en del af årsagen. Terapeuterne kan også mærke det, de kalder ”en større IPLS-kultur” i FAM og en anerkendelse i FAM af terapeuters funktion blandt sygeplejersker og læger. Samlet set har mellemlederne en forestilling om, at terapeuterne nu tager mere ansvar og mere tydeligt kan se sammenhænge i et patientforløb end før IPLS-initiativet. Det har givet gejst blandt terapeuter. Og det har også givet en tættere kontakt med kommunale terapeuter. Det beskrives, at de fleste ortopædkirurgiske team nu har repræsentation af en kommunal terapeut, hvorved terapeuter hurtigere kan følge ting til dørs efter udskrivelse.

IPLS-kulturen udvikles over tid. Det er vigtigt med tålmodighed og IPLS-initiativet skal holdes i gang. Lederne er ifølge mellemlederne de vigtigste IPLS-aktører. IPLS-initiativet kræver ledelse, der bakker op. Det gør alle de interviewede mellemledere og det gør involverede afdelingsledelser, men IPLS-initiativet vurderes ledelsesmæssigt mest italesat og støttet på Ortopædkirurgisk Afdeling. Mellemlederne påpeger, at IPLS-initiativet

kræver en basisforståelse og at alle ledere derfor bør deltage på et IPLS-kursus, og måske skal alle medarbejdere sendes på et IPLS-kursus. Det vurderes som en stor opgave, hvis det fremover kun er ledere og de nu uddannede IPLS-vejledere, der skal føre IPLS-initiativet videre. Terapien ser dog ikke behov for flere IPLS-uddannede terapeuter.

Mellemlederne mener, at IPLS-fortællinger fortsat skal indsamles og formidles til læring for andre og at dette kan gøres på personalemøder og via nyhedsbreve. Endvidere mener mellemlederne, at IPLS skal introduceres for alle nyansatte på Kolding Sygehus og sundhedsuddannelser skal fokusere på tværfagligt samarbejde, så nyuddannede har IPLS-tankegang og er oplært i samarbejdsmetoder.

Mellemlederne vurderer, at IPLS-initiativet nu er implementeret og nye IPLS-tiltag dermed er nemmere at indføre, men tiden er kommet til et større evalueringsarbejde af IPLS, også ud over denne virkningsevaluering. Og IPLS-initiativet har kun fokus på fem afdelinger. Det skal breddes ud til hele sygehuset for at fungere optimalt. Det opleves, at ikke alle på de involverede afdelinger ser IPLS-kulturen som en grundlov og ser et stadigt behov for kommende IPLS-tiltag.

På Ortopædkirurgisk Afdeling vurderer mellemlederne, at IPLS-initiativet mere eller mindre fungerer i de etablerede tværfaglige team og at disse har lavet flere gode samarbejdsaftaler. Men de repræsenterer kun en lille del af hele personalet. Det er vigtigt at huske, at IPLS-initiativet ikke kun drejer sig om team. Og teamene må ikke blive nye søjler i organisationen. Teamene skal tænke ud af eget team, få beskrevet deres mål, roller og samarbejdsvisioner og få dette klarere meldt ud til alle uden for teamet. Det ville give god mening for det personale, der ikke er placeret i et team. Der har været en del temadage arrangeret af forskellige team som kræver intensiv arbejdstilrettelæggelse for mellemlederne for at få så mange deltagende personaler med som muligt. Mellemlederne spørger også om det er de rigtige personer og de rigtige fag, der sidder i teamene og til om de alle har en klar teamrolle. Skal farmaceuter f.eks. inddrages i team, nu hvor de er blevet en vigtig samarbejdspartner i forbindelse med medicindosering. Og er det en idé, at uddanne teamledere til bedre at kunne processtyre teamet. Gode samarbejdsaftaler med mellemledere, vil gøre deres arbejde nemmere og vise hvordan de kan understøtte team. Det vil være en god idé, at teamledere, afdelingsledelse samt mellemledere afholdte afstemmende møder, måske én gang årligt. Mellemlederne mangler at få beskrevet deres funktion i forhold til team og teamlederne.

5.4 IPLS vejledernes programteori

IPLS-vejledernes bud på årsagen til indførelse af IPLS-tiltag er, at det var politisk bestemt oppefra i forhold til en vision om at skabe sammenhængende patientforløb og forbedre samarbejdskulturen på danske sygehuse. Der gættes på, at her har magtfulde patientorganisationer haft stor indflydelse på tilblivelsen af en sådan vision. Flere af de aspekter som IPLS-initiativet rummer, var oppe i tiden i forvejen og IPLS-initiativet fulgte efter konceptet ”Social Kapital” og har lighed med dette. Resultater fra studenterprojektet Tværfaglig Klinisk Studieenhed, TKS, skulle overføres til færdigt uddannede. TKS beskrives som det første sted på Kolding Sygehus, hvor ordet IPLS blev brugt og afprøvet som koncept.

IPLS-initiativet skal skabe større viden og kendskab blandt sygehusets faggrupper om de enkelte fags kompetencer og dermed ændre på det forhold, at patienter oplever problemer ved overgange mellem fag og afdelinger. IPLS-initiativet har også med effektivisering at gøre og med ønsket om at undgå dobbeltarbejde i organisationen. Taler man ikke sammen på tværs af fag, er der stor risiko for at fag gentager, hvad andre fag allerede har udført. Ifølge IPLS-vejlederne er det overordnede mål med IPLS-initiativet forbedring af patientforløbene og ønsket om mere uproblematisk overgange for patienter mellem fag og afdelinger. Sygehuspersonale skal fokusere på at skabe hensigtsmæssig rækkefølge i forhold til, hvornår hvilke faggrupper skal tilse patienten i løbet af en dag. IPLS-initiativet skal give faggrupper større viden og kendskab til hinandens forskellige kompetencer, så fag nemmere og bedre kan hjælpe hinanden. Denne større viden om hinanden skal synliggøre kulturelle forskelle hos faggrupper og synliggøre, hvornår forskelle kan være hensigtsmæssige eller uhensigtsmæssige i det tværgående samarbejde. IPLS-initiativet kræver en holdningsændring fra en opfattelse af, at tværfagligt samarbejde er et besværligt og nødvendigt onde, til at det er lærerigt for sundhedsprofessionelle og effektivt for patienter. Patienter finder tryghed i, at sygehusprofessioner ved hvad hinanden laver. Og IPLS-tankegangen opfordrer sygehuspersonale til at inddrage patienter og pårørende mere ved beslutningstagning end tilfældet er i dag. Endvidere sætter IPLS-kultur fokus på, at medarbejdere skal opbygge en positiv tilgang til forandringer og til udfordringer; det er bedre at lære af det der virker, frem for det, der ikke virker, foruden at IPLS-kultur bidrager til opfyldelse af sygehusets vision om ordentlighed i adfærd og kommunikation mellem fag.

IPLS-vejlederne oplever, at IPLS-initiativet har skabt en holdningsændring hos personalet på de involverede afdelinger. Der er sket en gradvis ændring af forståelsen af IPLS-initiativet over tid. I begyndelsen af initiativet var mange medarbejdere usikre på hvad IPLS-initiativet indebar. Det begrundes med, at IPLS er en vanskelig forståelig forkortelse samt et begreb, som ikke let lader sig forklare hurtigt eller kortfattet. Men IPLS-begrebet er nu kendt af de fleste medarbejdere på de involverede afdelinger. Det vurderes at IPLS-initiativet har været med til at skabe bedre relationer mellem fag og større gensidig respekt for hinandens kompetencer. Et eksempel gives af en sygeplejerske på en sengeafdeling, der beskriver et nu bedret samarbejde med operationsafdelingen:

”Vi er blevet mere synlige for hinanden på tværs af fag. Vi ved f.eks. nu mere om hvad patienter bliver informeret om på operationsafsnittet som vi ikke vidste før. Og vi er blevet mere interesserede i at vide det, så vi kan svare patienterne, når de spørger til hvad der skal ske på operationsafdelingen. Vi kikker lidt bredere i dag end kun på vores egne monofaglige arbejdsprocesser.”

Det vurderes nemmere at kontakte andre fag og nemmere for andre fag end sygeplejersker at føle sig hjemme på sengeafdelinger. IPLS-vejlederne oplever større tryghed mellem faggrupper i sygehushierarkiet. Det gælder både på FAM og på Ortopædkirurgisk Afdeling. En IPLS-vejleder udtrykker dette således:

”Vi går ikke så længe mere med irritationer over andre fag, for vi har nu nemt ved at sige ting direkte. Vi kender den direkte vej til et andet fags kollega eller leder; det er legalt at henvende sig og vi kan hurtigt bringe et forslag frem”.

IPLS-vejlederne har en forestilling om, at der er kommet et øget fokus på den tværgående arbejdstilrettelæggelse og i flere tilfælde er der lavet aftaler om mere hensigtsmæssig rækkefølge i faggruppernes kontakt til patienten i løbet af dagen. Det vurderes, at der generelt er skabt større indsigt i andre fags monofaglige kompetencer og dermed større respekt og hjælpsomhed overfor andre fags arbejdsopgaver. Enkelte oplever egen monofaglighed styrket gennem det tværfaglige samarbejde. Og IPLS-tiltag behøver ikke at nå et lederniveau. Der laves mange uformelle aftaler under ledelsesniveau, der letter samarbejdet. IPLS-vejlederne oplever det som en faglig tilfredsstillelse og daglig lettelse at

uformelle aftaler mellem fag, kan arrangeres uden at dette kræver lederinvolvering eller en nedskrevet klinisk retningslinje. Det vurderes, at IPLS-initiativet har skabt større lydhørhed overfor patientbemærkninger om problemer ved overgange mellem fag og afdelinger som der nu også handles på, og det vurderes at IPLS-initiativet på ortopædkirurgiske sengeafdelinger samt for terapeuter, har givet bedre trivsel, samarbejde og arbejdsmiljø. Endvidere har IPLS-vejlederne en forestilling om, at med indførelsen af IPLS-initiativet, er det blevet nemmere at bringe nye IPLS-idéer op og indføre disse.

På Ortopædkirurgisk Afdeling har teametablering været en vigtig konstruktion til skabelse af IPLS-kultur og det nyetablerede ortogeriatriske afsnit signalerer både med navn og formål, at IPLS-tankegangen er afsnittets samarbejdsgrundlag. Især er de interprofessionelle tavlemøder en god opfindelse til skabelse af overblik og udnyttelse af fagenes forskellige ressourcer.

Terapeuter, der er teammedlemmer, giver teamenes referater videre i Terapien til IPLS-inspiration for andre terapeuter. Med den bundne opgave fra afdelingsledelsen til alle team om at skabe sammenhængende patientforløb på tværs af fagene, er patientforløbene enten blevet evalueret gode eller skabt bedre, hvor der har været behov for det. Flere team har skabt bredere kontakthflader med eksterne samarbejdspartnere. Team har afholdt temadage med information om teamets arbejde og udveksling af viden mellem interne og eksterne samarbejdspartner.

Sekretærgruppen på Ortopædkirurgisk Afdeling oplever sig mere synlig end tidligere; at sekretærernes arbejde respekteres mere efter indførelse af IPLS-initiativet og at andre fag har fået øjnene op for, hvor vigtigt det er, at patientforløbene også rent administrativt forløber godt.

Angående team på Ortopædkirurgisk Afdeling har der i forløbet været en uheldig sammenblanding af teamstruktur og indførelse af IPLS-initiativet. Det blev indført samtidigt og team blev i første omgang døbt IPLS-team. Dette fik mange medarbejdere til at tro, at IPLS-initiativet kun foregik i teamene og medarbejdere, der ikke var tilknyttet et team, følte sig derfor udenfor. Det nævnes dog, at det også kan tolkes positivt at folk gerne vil med i teamene, fordi der her meget tydeligt arbejdes med IPLS-initiativet. Teamene bliver stadig kaldt IPLS-team, trods forsøg på at ændre dette navn.

IPLS-initiativet vurderes at have skabt bedre flow på nogle af opgaverne i skadestuen/FAM, især ift. samarbejdsprocedurer.

Angående forudsætninger for at IPLS-initiativet virker, peger IPLS-vejlederne på, at det kræver lederopbakning. Lederne skal kunne se mening med IPLS-initiativet for at det får succes og ledelser skal holde fast i, at de vil IPLS-initiativet. Der, hvor ledelser holder fast, der fungerer IPLS-initiativet. IPLS-initiativet kræver også, at medarbejderne har en positiv indstilling, er imødekommende overfor hinanden og er aktiv deltagende ved IPLS-forandringer. Det opleves meget personafhængig om man giver IPLS-initiativet en chance og involverer sig i samarbejdsændringer.

IPLS-vejlederne forestiller sig, at når faggrupper fysisk er til stede på samme tid, er samarbejdet i henhold til IPLS meget nemmere. Når man som terapeut har fast tilknytning og opholder sig længere tid på en sengeafdeling, så er det mere naturligt og nemmere at hjælpe, når det brænder på for andre faggrupper. For bioanalytikere er det til gengæld vanskeligere at involvere sig i IPLS-initiativet pga. af korte ophold på sengeafdelinger og korte patientkontakter. Øvrige informanter ved interviewet, opfordrer Biokemisk Afdeling til at gøre mere opmærksom på sig selv og synliggøre over for andre fag, hvad de kan tilbyde i det tværfaglige samarbejde og f.eks. tilbyde fremvisning af egen afdeling. IPLS handler meget om at få øje på det der skaber værdi for patienten:

”Du skal være interesseret og motiveret for IPLS, også selv om du ikke selv får noget ud af det. Det er jo ikke dig det drejer sig om, men patienten”.

Denne indstilling, mener IPLS-vejlederne, er ofte en vigtig forudsætning for at få IPLS-initiativet til at skabe samarbejdseffektivitet set over et helt patientforløb.

Det er vigtigt, at IPLS-tankegangen introduceres tidligt i sundhedsprofessioners uddannelsesforløb. Ifølge IPLS-vejlederne skabes holdninger og tilgang til interprofessionelt samarbejde allerede tidligt under uddannelse. Og så skal flere faggrupper introduceres for IPLS-initiativet (portører, diætister osv.) og flere afdelinger vil i IPLS-vejledernes øjne have gavn af at indføre IPLS-initiativer.

IPLS-vejlederne har konkrete bemærkninger til teamfunktionen på Ortopædkirurgisk afdeling. Disse team skal ikke kaldes IPLS-team, men kaldes ved deres navn; Skulderteam,

Håndteam osv. IPLS-initiativet et samarbejdsredskab og ikke en teamstruktur. For at et team-samarbejde skal fungere optimalt, er det vigtigt med alle teammedlemmers opbakning. Det påpeges, at én person, der ikke er IPLS-minded, kan hindre megen IPLS-kultur i at virke.

Enkelte team opleves at have vanskelighed ved at finde mødedatoer, hvor alle teammedlemmer kan deltage. Dagskalendere er forskelligt indrettede hos faggrupperne og her kunne der måske ledelsesmæssigt og overordnet sættes forbedrende ind.

Patientdialogmøder afholdt i team vurderes meget værdifulde. Dem mener IPLS-vejlederne der skal holdes fast ved og benyttes årligt og teamets evne til godt samarbejde, skal kontinuerligt evalueres.

Det er en overvejelse værd om man også i FAM kan have en form for teamstruktur, men IPLS-vejlederne har ingen konkrete forslag til, hvordan dette kan gøres.

IPLS-vejlederne gør sig også tanker om IPLS-kurserne, de alle har deltaget på. Disse kurser har gjort, at alle faggrupper har personer som kan fastholde fokus på IPLS-initiativet og adspurgt om forudsætningerne er til stede for at fungere som IPLS-vejleder, svarer alle ja. Ordet ”vejleder” vurderes dog som underligt. Det skal præciseres eller måske bare sløjfes. De personer, der har deltaget på kurserne, er ofte blevet udpeget af nærmeste leder, hvorved andre har følt sig fravalgt. IPLS-engagementet hos dem, der ikke har været udpeget til kursus, opleves mindre end hos dem, der har deltaget. Så flere skal have vejlederkurset, som giver motivation for at promovere IPLS-initiativet og måske er et kursus en forudsætning for at få motiveret alle medarbejdere for IPLS-initiativet.

5.5 Teamledernes programteori

På Ortopædkirurgisk Afdeling var der områder, hvor det tværfaglige samarbejde ikke kørte særlig godt. Det skulle IPLS-initiativet være med til at ændre på. IPLS-initiativet skulle tydeliggøre, hvad vi forstår ved tværfagligt samarbejde, formalisere dette og forsøge at udbrede en mere tværfaglig orienteret kultur. Med IPLS-initiativet ønskede man også at højne patienttilfredsheden og imødegå patientudsagnet ”den ene hånd ved ikke hvad den anden gør”. Det vurderes af teamlederne, at sygeplejerskerne nok mere var indstillet på at indføre IPLS-initiativet end lægerne. Læger har historisk ofte kun brugt tværfagligt samarbejde, når det kunne støtte monofaglige lægebehov. Læger ser generelt et mindre

behov for at bidrage yderligere i det tværfaglige samarbejde. Sygeplejersker – og måske andre fag - har haft brug for et mere nært samarbejde end lægerne og derfor har de støttet indførelse af IPLS-initiativet.

Teamlederne ser også IPLS-initiativet som et forsøg på at genskabe det nære samarbejde man engang havde på de små sygehuse, hvor alle kendte alle. Sygehuset er i dag meget stort og med store afstande mellem afdelinger og fag, som gør det vanskeligt for læger at ”*kikke forbi*” på en sengeafdeling, et ambulatorium eller i Terapien.

IPLS-initiativet er et lille servicetjek på kvaliteten af det tværgående samarbejde. IPLS-initiativet kan få øjne op for, at andre fags ressourcer kan aflaste eget arbejde og gøre personalet i stand til at støtte et godt patientforløb, også udenfor eget speciale. Hvis behandlerne på tværs af fag udviser samme forståelse og plan for patienter, så mærker patienterne det tydeligt. Et sundhedsvæsen, der trækker på samme hammel, giver patientanerkendelse og patienttilfredshed. Og IPLS-initiativet kan mindske dobbeltarbejde, hvor flere fag udfører arbejde et andet fag også har udført.

Blandt lægegruppen på Ortopædkirurgisk Afdeling var der en uheldig start, hvor IPLS-initiativet blev introduceret samtidig med forslag om strukturmæssige ledelses- og teamændringer. Det gav et forplumret indtryk af, hvad IPLS-initiativet skulle og det gav en langsom start og ringe accept i lægegruppen. Men den er vendt nu til fordel for IPLS-konceptet. Ordet IPLS høres næsten dagligt nu som løsning til problemstillinger i praksis. Et eksempel gives fra Ortopædkirurgisk Ambulatorium, hvor en diætist har fortalt sygeplejerskerne om sit arbejde. Det har gjort, at sygeplejersker oftere henviser patienter til diætister.

Teamstrukturen på Ortopædkirurgisk Afdeling har gjort, at det tværfaglige samarbejde nu er mere formaliseret og struktureret end før. Og der er skabt et forum, hvor alle relevante faggrupper kan tage problemstillinger op. Håndsektoren og knæsektoren havde ifølge teamlederne et godt samarbejde før IPLS-initiativet og indførelse af team struktur. Største aftryk af IPLS-initiativet for hånd- og knæteamets vedkommende er bedret og øget kontakt til kommunale terapeuter. For hånd- og knæteamet fremviste patientdialogmøder heller ikke mange forhold, der kunne forbedres.

Akut/skade team har ikke arbejdet så meget med eksterne parter. For alloplastik⁹-teamet har IPLS-initiativet åbnet øjnene for, hvor vigtigt det i tværfagligt samarbejde er, at man

⁹ Alloplastik=indsættelse af kunstigt led.

kender hinandens kompetencer og anerkender og respekterer hinandens fag, fordi sygehuspersonale sammen skal bidrage til den fælles sag; patienten først.

En meget væsentlig ting ved IPLS-initiativet er, at man oplever, at overlægerne er blevet meget mere tilgængelige for de øvrige fag. Teamlederne tror ikke at lægerne mener de har ændret sig, men de andre fag føler sikkert, at det nu er nemmere at komme i kontakt med overlægerne. Det vurderer teamlederne som er en positiv udvikling og tillægger IPLS-initiativet, at der nu arrangeres og planlægges mere tværfagligt og teametableringen gør, at der nu kan tages ad hoc problemer op ét sted (i teamet), hvor alle relevante parter også er til stede.

Der kan være den bivirkning ved IPLS-initiativet, at der er mindre tid til den monofaglige kontakt og læring. Og det kan være en bivirkning, at nogle føler sig udvalgt til at sidde i team og andre føler sig udenfor og ikke bliver taget med på råd, hvilken nok mere gælder sygeplejersker end andre fag, fordi de i antal er så mange. Det vurderes også som årsag, at personalet skulle/skal finde ud af at bruge teamene rigtigt. At *”vi selvfølgelig ikke kan have mammut-møder med alt personale”*, men at teamet er et forum, hvor al personale ad hoc kan tage problemstillinger op. Enten ved at invitere sig selv eller ved at lade sin repræsentant bringe problemet op i teamet. IPLS-initiativet er ikke team, men et samarbejdsredskab, både team og al anden personale skal bruge i dagligdagen. Men i starten hørte man folk sige *”jeg er jo ikke med i det der IPLS”* og det betød med i et team. Teamene blev fejlagtigt døbt *”IPLS-team”* i starten og det hænger stadig ved. Knæteamet har ikke haft den oplevelse og kan ifølge teamlederne have den årsag, at knæteamets personkreds er så lille, at knæteamets møder kan involvere alle, der har med knæforløb at gøre. Heller ikke akut/skade team har haft oplevelse af, at nogen føler sig udenfor.

Akut/skadeteamet finder det flere gange vanskeligt, at finde fælles tid for faggrupperne i den travle hverdag. Teamet forsøgte uden held med et tværfagligt morgenmøde en gang om ugen, men det var vanskeligt for lægerne at prioritere dette møde.

Et godt samarbejde fordrer viden om hinanden og interesse for at ville vide, hvad andre fag gør og hvorfor de gør det. For at få teamstrukturen til at fungere skal der være gensidig respekt fagene og fagpersonaler imellem.

Teamlederne oplever, at IPLS-initiativet kom oppefra og at det er vigtigt, at det også støttes af manden på gulvet. Men begge niveauer skal være med. Uden ledelsesopbakning fungerer IPLS-initiativet ikke. Det er så også vigtigt, at der foruden tværfaglige møder er

tid til monofaglig sparring og refleksion. Den savnes blandt læger, fornemmer teamlederne.

Det er vigtigt, at teamlederne brænder for dels IPLS-tankegangen og dels funktionen som teamleder. Teamlederne vurderer, at forudsætningerne for at kunne fungere som teamleder har været og er til stede. Der skal nok arbejdes mere med IPLS-inspiration til teamlederne og øvrige ledere og til hvad de skal arbejde med i teamene. Og der skal findes indspark til, hvordan der kan arbejdes på tværs af teamene, så søjletænkning undgås.

Det er vigtigt at have overlægegruppen og hele lægegruppen med. Hvis de som toppen af sygehushierarkiet ikke støtter IPLS-initiativet, så breder denne indstilling sig ned til alle faggrupper. Det kan være vanskeligt at få fremdrift i et IPLS-team, hvis der sidder læger i teamet, der er imod IPLS eller har vanskeligt ved at se fordele ved det. De kan nemt sprede en negativ motivation til andre faggrupper.

Emnet *sammenhængene patientforløb* har været et godt igangsættende tema for team-samarbejdet på Ortopædkirurgisk Afdeling og nu er tiden kommet til at sætte fokus på nye relevante emner. Ellers kan startmotivationen hos alle faggrupper måske dæmpes hurtigt. Interprofessionel læring foreslås som muligt emne. Der skal måske tænkes mere i at gå sammen om patienten, gå med andre fag og se dem arbejde og udfordre eller lære af deres metoder. Nu hvor der er ledelsesopbakning til IPLS-initiativet, så kan det bruges som løftestang og tid kan sættes af til at gå med andre fag. ”*Det koster jo*” udtaler en teamleder med henvisning til, at vedkommende så ikke har patientarbejde selv i den tid, men tilføjer, at det måske lønner sig i en anden form.

IPLS-initiativet fungerer godt, hvor der er tid og rum til at mødes. IPLS-initiativet og geografi betyder rigtig meget. Tidligere kunne en læge ofte gå forbi træningssalene i Terapien og kunne følge op på 3-5 patienter, der trænede der. Den mulighed er der ikke mere, nu hvor Terapiens træningssale er så langt væk. Det var ellers meget tryghedsskabende for patienterne at se læger og terapeuter sætte fælles mål for behandling og træning. Teamlederne håber, at arkitekterne til det igangværende sygehusbyggeri har indrettet de fysiske rammer så fags relationer let kan dyrkes. En idé kan være at have ambulatorier og sengeafdelinger tættere på hinanden. Både af hensyn til monofaglige og tværfaglige forhold. Der er mange ting personalet disse to steder ikke ved om hinandens arbejdssted. Det er for teamlederne tydeligt at se, at ortopædkirurgiske læger monofagligt,

men også med sekretærerne har fået tættere samarbejde ved at være flyttet på samme gang. Man kan hurtigere rende hinanden på dørene og det har stor problemløsende effekt. Og det at Kolding kommunes Sundhedshus nu er bygget lige ved siden af sygehuset gør, at der er tanker i gang for at inddrage dette hus' personale mere som samarbejdspartnere. Der er f.eks. tanker om at håndteamet skal afprøve stuegang i selve sundhedshuset. En sidste ting teamledere foreslår til forbedring af IPLS-initiativet er, at alle nyansatte skal introduceres til IPLS-initiativet og betydningen af en IPLS-kultur. Det vurderes som en vigtig opgave for afdelingsledelsen.

5.6 Strategisk udvalgte ansattes programteori

Politisk har man længe vidst, at patienter har kunnet mærke afstand mellem faggrupper på sygehuse med negativ indflydelse på sammenhænge i patientforløb. Det ønsker politikere at sygehusansatte ændrer på og det samme ville Ortopædkirurgisk Afdelingsledelse med indførelsen af IPLS-initiativet. Ortopædkirurgisk Afdeling har haft team- eller sektorinddeling i mange år, men strukturen gav ikke alle faggrupper indflydelse. Ønsket med IPLS-initiativet var at drage endnu flere faggrupper ind i beslutningsprocesser og på de involverede afdelinger skulle faggrupper, gennem mere formelt, målsat interprofessionelt samarbejde, skabe bedre sammenhængende patientforløb. Det nævnes, at IPLS-initiativet udsprang af erfaringer med Tværfaglig Klinisk Studieenhed. Og det nævnes, at IPLS-initiativet skulle være en modvægt mod, at sygehuset bliver større og større. IPLS-kultur kan sammenlignes med den relationelle kultur, der tidligere var på mindre sygehuse, hvor alle kendte alle. IPLS-initiativet kom også på et tidspunkt, hvor initiativet kunne bygge videre på andre IPLS-lignende initiativer iværksat på Kolding Sygehus: Kommunikationstræning og Patientsikkert Sygehus.

IPLS-tankegangen kan teoretisk forklare hvorfor man tværfagligt skal bakke hinanden op og hjælpe hinanden. Godt samarbejde opstår bedst gennem godt kendskab til hinanden på tværs af fag. IPLS-initiativet fokuserer på interprofessionelle nære relationer i hverdagen, der skal løse lavpraktiske problemer med stor effekt i daglig praksis til følge. IPLS-initiativet drejer sig om at gennemgå alle de små forhold i en fælles hverdag, hvor samarbejdet kan bedres. IPLS-initiativet handler om at skabe fælles mål i det interprofessionelle samarbejde, så patientbehandling og forløb bliver sammenhængende.

IPLS-initiativet har yderligere fokus på, at alle fag medinddrages ved beslutninger og med dette følger en større ansvarsfølelse overfor disse beslutninger. Der er med IPLS-begrebet et fokus på det patientrettede og på at inddrage patienter i beslutninger om deres eget forløb.

Med IPLS-initiativet får fagpersoner mange ahaoplevelser om andre fag, hvor man i det fagopdelte sygehusvæsen ellers ikke ved meget om andre fags kompetencer og opgaveløsning.

Informanterne mener, at IPLS-initiativet har gjort, at personaler nu kender hinanden meget bedre på tværs af fag. Man kan sætte ansigter på hinanden. Det har skabt bedre relationer tværfagligt, der gør det nemmere at hjælpe hinanden. Det opleves af informanterne, at det tværfaglige arbejdsmiljø dermed er bedret og har skabt større tryghed; man er ikke helt så nervøs for at spørge en læge til råds eller påpege uhensigtsmæssigheder, som før i tiden. Interviewgruppen vurderer, at ”vi måske havde klaret os” uden IPLS-initiativet og fundet gode samarbejdsrelationer alligevel, men IPLS hjælper og sætter ekstra fokus på at skabe sammenhænge. Både for personale og patienter. IPLS-initiativet har gjort det nemmere at igangsætte nye samarbejdstiltag og IPLS er blevet en forkortelse, som næsten alle ved, hvad står for.

Informanterne nævner forskellige eksempler på IPLS-kultur i dagligdagen: Lægerne værdsætter f.eks. sygeplejerskernes arbejde i FAM; når sygeplejersker gør patienten ”klar” til lægen; pt. er afklædt, placeret i et rum og sygeplejersken har indledende skabt god stemning, lægen kan bygge videre på.

Det opleves, at IPLS-initiativet har medvirket til, at bioanalytikere er bedre til at vide og tage hensyn til, hvornår de kan forstyrre eller gå til patienten og hvornår de ikke kan. Terapeuter er kommet meget mere med i beslutninger end tidligere. I terapien er det en aftale, at beslutninger taget i et ortopædkirurgisk team videregives til alle terapeuter. Så føler alle sig informeret og tager medansvar. Terapeuter mødte før i tiden på sengeafdeling kl. 9.00 og så ”jagtede” de sygeplejersker for at få information om patienterne. Nu mødes sygeplejersker og terapeuter lige kort kl. 8.30 hver morgen og aftaler formiddagens mål og gøremål. Det er enkelt og lavpraktisk, men det har stor betydning. Og det giver sammenhængende patientforløb. Der vurderes nu også god kontakt til Kolding omegns kommuner via de kommunale terapeuter, der sidder med i de ortopædkirurgiske team. Det

har i interviewgruppens øjne været en af de helt store IPLS-forbedringer i forhold til at skabe sammenhængende patientforløb.

I de etablerede ortopædkirurgiske team tænkes nu på at skabe fælles mål i patientforløb og det giver en god følelse af konsensus og følelse af at være er del af en større sammenhæng. Generelt vurderes det, at faggrupper har fået mere øje på hinandens kompetencer og opgaver. Og teamene er et godt forum til netop at vise det. Ortopædkirurgiske team er også et sted, hvor der skabes fælles sprog. Hvert fag har ord, forkortelser og patientplaner, der ikke altid forstås af de andre fag. En plan lagt af en læge med lægeforståelse, kan være uforståelig for en fysioterapeut.

På Ortopædkirurgisk Afdeling er det blevet sådan, at IPLS-kulturen er ”*sådan vi arbejder*” og afdelingen er nu kendt på sygehuset for at have startet IPLS-initiativet og for at arbejde målrettet med interprofessionelt samarbejde. Flere ortopædkirurgiske team har arrangeret velbesøgte temaeftermiddage for alle personalegrupper, både interne og eksterne, der har med bestemte patientforløb at gøre. Disse vurderes af interviewgruppen som meget værdifulde.

Ifølge informanterne er grunden til IPLS-initiativets succes på Ortopædkirurgisk Afdeling, at der hurtigt var mange ildsjæle, der tog konceptet til sig. Interviewgruppen er dog delt i holdningen til, om flere fagpersoner skal på IPLS-kursus. Nogle mener, at ikke alle behøver at have været på IPLS-kursus; kurset er en booster for nogle, og de skal så give ideerne videre i organisationen. Nogle IPLS-vejledere bliver ildsjæle og andre ikke. Det har meget med den enkelte person at gøre. IPLS-initiativet virker, hvor viljen til at lære af og med hinanden tydeligt er til stede hos de enkelte medarbejdere. Der er stadig mange personaler på de involverede afdelinger, der mangler IPLS-forståelse. IPLS-uddannede bioanalytikere savner især, at flere bioanalytikere fik muligheden for kursusdeltagelse, men nævner, at kursernes store fokus på refleksion, ikke ligger til bioanalytikernes kultur og læringsform. Mod dette fremføres blandt andre i informantgruppen, at man ikke på forhånd kan vide, hvad man kan få ud af en bestemt undervisningsform. Kurset skal netop udfordre fags kulturer, metoder og monofaglige tænkning.

IPLS-initiativet og den afsatte tid professionerne får eller har til at lære om, af og med hinanden, hænger sammen. En idé fremover kunne være, at ledere afsætter tid til at personale kan skyggefølge andre fag en formiddag eller at et fag kan fremvise egen afdeling. Der blev tidligere på Kolding Sygehus afsat tid til *åbent hus dag* for alle

studerende og dette tænkes overført til *åbent hus dag* for alle ansatte. I den sammenhæng vurderes det vigtigt, at IPLS-tankegangen præsenteres for studerende tidligt i deres uddannelse.

Det foreslås at videreudvikle IPLS-initiativet ved at se på, hvordan traumeteamet arbejder tværfagligt og forbedrer sig via efterfølgende debriefing.

En bekymring hos informanterne er, at der kan være den bivirkning ved IPLS-initiativet, at specialeidentitet og faglig kompetence, der har været opbygget i specialesøjler, kan blive nedbrudt, hvis ikke man også holder den monofaglige fane høj samtidig med. En læge oplever i den sammenhæng, at læger monofagligt vanskeligt kan finde tid til at mødes og ser misundeligt på f.eks. sekretærerne, der er gode til at holde fælles frokost sammen på Ortopædkirurgisk Afdeling. I den forbindelse betyder de fysiske forhold meget for om det er muligt at mødes i det daglige, både monofagligt og tværfagligt. Informantgruppen håber, at det i det kommende nybyggende Kolding Sygehus fysisk er let at mødes interprofessionelt. En bioanalytiker fremfører, at i det nye sygehusbyggeri bliver biokemisk afdeling separeret fra resten af sygehuset. Det vanskeliggør relationel interprofessionel koordinering. Terapeuter fremfører samme bekymring. Også Terapien er nu ikke centralt placeret som tidligere og *”Terapien kan også føle sig lidt gemt af vejen”*. Teamstrukturen på Ortopædkirurgisk Afdeling gør, at der er ét bestemt sted at tage problemstillinger op. Man behøver ikke at sende mange mails rundt i forskellige retninger til forskellige faggrupper. Kommunikationen forløber nemmere og hurtigere. Det er meget vigtigt, at IPLS-initiativet er sat i disse teamrammer og at disse team har lavet samarbejdsaftaler. Det giver organisatorisk sikkerhed og det giver tværfaglig klarhed på, hvordan en opgave skal løses. Det allervigtigste for teamfunktionen er en engageret og procesorienteret teamleder. En ting er gode rammer og struktur, noget andet er engagementet fra teamlederen og fra teammedlemmerne.

En bivirkning ved teamstrukturen er, at de der ikke er udvalgt til at sidde i teamene, kan føle sig udenfor. Ortopædkirurgiske team kunne her gøre en større indsats for at melde egen åbenhed ud og formidle hvordan ikke-teammedlemmer kan melde sig selv på teamets dagsorden. Enkelte team har inviteret personer ind ad hoc i forhold til dagsorden, men generelt mangler der en bedre formidling af, hvad der sker i de enkelte team. Referaterne er ofte meget indforståede og en fælles referatskabelon for ortopædkirurgiske team kunne med fordel bruges, hvor referatets ordlyd er forståelig, også for ikke-teammedlemmer.

Informanterne har oplevet, at problemforhold og patientforløb, der kræver involvering af flere team, ikke har et forum, hvor dette kan tages op.

Informanterne mener det har været et vigtigt signal fra Ortopædkirurgisk afdelingsledelse, at det nu er legalt at bruge ekstra tid på IPLS-initiativet. På ét teams indkaldelser til teammøde står der øverst, at afdelingsledelsen gerne ser alle møder op.

Teamene har af afdelingsledelsen fået tildelt 4 x 2 timer pr. år og vurderes af enkelte informanter som for lidt tid. Et teammedlem oplever ofte, at de i teamet ikke når helt i mål med dagsordenen. Og så foreslås en ligelig fordeling af fag i team. I flere team deltager flere af specialets læger, men kun en sygeplejerske og en terapeut. Måske det vil være godt, at team har to personer fra samme fag eller måske bare samme arbejdssted i organisationen. Så kan de bedre støtte hinanden og støtte op om de beslutninger teamet tager. Slutteligt pointeres det, at hvis man vil have mange til teamarrangerede temadage, så skal relevant personale have mulighed for at få fri til det.

5.7 Overensstemmelse mellem IPLS-aktørernes programteorier

I det følgende beskrives overensstemmelser i IPLS-aktørernes programteori. I Fig. 6-8 er essensen af hver aktørgruppes programteori trukket ud og indsat i matrixform (i tilfældig rækkefølge) for dels situationsteori, dels normativ teori og dels virkningsteori.

Der ses generelt en stor overensstemmelse mellem aktørernes forestillinger om, hvorfor IPLS-initiativet blev indført (situationsteori) og hvad IPLS-initiativet kan bidrage med (normativ teori). Der ses også stor overensstemmelse mellem aktørernes forestillinger om, hvilke forudsætninger IPLS-initiativet generelt kræver for at virke (virkningsteori) og stor overensstemmelse i forestillinger om hvad der kræves, for at få formelt etablerede interprofessionelle team til at virke.

Situationsteorien, der er problemdefinitionen, beskrives centreret omkring et ønske om en forbedret samarbejdskultur mellem fag på Kolding Sygehus, så der derigennem kan skabes mere sammenhængende patientforløb. Der er stor enighed om, at ”tiden var moden” for IPLS-initiativet, fordi konceptet ligner andre tiltag på Kolding Sygehus, at IPLS-tankegang støttes politisk og der er enighed om, at ønsket om overførsel af resultater fra studenterprojekt TKS¹⁰ har haft indflydelse på indførelsen af IPLS-initiativet.

¹⁰ Tværfaglig Klinisk Studieenhed

Styregruppen og mellemlederne skiller sig ud i forhold til to forhold; 1) FAM-visionen var en vigtig implementeringsårsag. Dette nævnes ikke af de tre øvrige informantgrupper og kan have årsag i, at disse tre informantgrupper havde meget lille repræsentation af medarbejdere fra FAM. 2) IPLS-initiativet ses også som et medarbejderønske. Der kan ikke konstateres uenighed i de tre øvrige informantgrupper, blot at de ikke nævner dette direkte.

Teamlederne er eneste informantgruppe der direkte påpeger, at IPLS-initiativet skal øge patienttilfredsheden. Se detaljer i Figur 5.

Styregruppen	Mellemlederne	IPLS vejlederne	Teamlederne	Strategisk valgte ansatte
Bryde med sygehusets monofaglige specialesøjler	Bryde med sygehusets monofaglige specialesøjler		Som modvægt til at afstand mellem fag bliver større i takt med at sygehuset bliver større.	Som modvægt til at afstand mellem fag bliver større i takt med at sygehuset bliver større.
Som opfølgning på TKS Bedre samarbejdskulturen mellem professioner	Som opfølgning på TKS Bedre samarbejdskulturen mellem professioner	Som opfølgning på TKS Bedre samarbejdskulturen mellem professioner	Bedre samarbejdskulturen mellem professioner	Som opfølgning på TKS Bedre samarbejdskulturen mellem professioner
Skabe sammenhængende patientforløb	Skabe sammenhængende patientforløb	Skabe sammenhængende patientforløb		Skabe sammenhængende patientforløb
Politisk ønske at styrke det tværfaglige samarbejde	Politisk ønske at styrke det tværfaglige samarbejde	Politisk ønske at styrke det tværfaglige samarbejde	Bestemt ”oppefra”.	Politisk ønske at styrke det tværfaglige samarbejde
Tiden var moden. Supplerer lignende tiltag på Kolding Sygehus	Tiden var moden. Supplerer lignende tiltag på Kolding Sygehus	Tiden var moden. Supplerer lignende tiltag på Kolding Sygehus		Tiden var moden. Supplerer lignende tiltag på Kolding Sygehus
Visionen for FAM Integration af Skadestue og sengeafdeling i FAM	Visionen for FAM		Skulle effektivisere tværfagligt samarbejde og mindske dobbeltarbejde.	Flere faggrupper ind i beslutningsprocesser.
Ønske fra personalet	Ønske fra personalet		Øge patienttilfredsheden.	

Figur 5. Matrix med aktørernes situationsteori; årsag til indførelse af IPLS-initiativet og hvad IPLS-initiativet skulle ændre på

Den normative teori beskriver aktørernes værdier og idealer som IPLS-initiativet skulle bibringe. Der er stor enighed om, at IPLS-initiativet kan skabe sammenhængende patientforløb ved forbedret relationelt samarbejde mellem fag; ved at fagene øger kendskabet om hinanden kompetencer og arbejdsvilkår og ved at fagene arbejder ud fra fælles mål og sprog.

Dette skaber god kommunikation mellem fagene og større hjælpsomhed overfor hinanden i hverdagen. Der kan konstateres enighed i alle fem informantgrupper om, at IPLS-initiativet kan effektivisere samarbejdet og derved mindske dobbeltarbejde. Dobbeltarbejde beskrives som det arbejde, der udføres af flere faggrupper, men reelt kan nøjes at blive udført af én

faggruppe såfremt arbejdstilrettelæggelse planlægges mere på tværs af fag og afdelinger og ikke kun monofagligt og monosektorielt. Se detaljer i Fig. 6.

Styregruppen, IPLS-vejlederne og strategisk udvalgte ansatte nævner, at IPLS-initiativet sætter fokus på patientinvolvering. Styregruppen og teamlederne nævner, at IPLS-initiativet også kan skabe større patienttilfredshed og kun styregruppen påpeger, at IPLS-initiativet også skaber større personaletilfredshed. Hos de informantgrupper, der ikke nævner, at IPLS-initiativet kan skabe patientinvolvering, patient- og personaletilfredshed, kan der ikke konstateres uenighed til i dette; der anvendes blot forskellige ord og begreber og sammenlignes dette med informanternes oplevelse af, at IPLS-initiativet konkret har givet bedre trivsel og arbejdsmiljø, kan der konstateres stor enighed også på dette punkt.

Styregruppen	Mellemliderne	IPLS vejlederne	Teamlederne	Strategisk valgte ansatte
God kommunikation mellem fag	God kommunikation mellem fag	God kommunikation mellem fag		
Fælles mål, fælles viden og gensidig respekt.	Fælles referenceramme, mål og sprog. Fælles beslutningstagning.			Fælles mål i tværfagligt samarbejde. Fælles beslutningstagning.
Styrke det relationelle samarbejde mellem fag	Styrke det relationelle samarbejde mellem fag		Styrke det tværfaglige samarbejde mellem fag	Styrke det relationelle samarbejde mellem fag
Skabe større kendskab hos faggrupper om indbyrdes kompetencer og arbejdsvilkår	Skabe synergieffekt mellem hvert fags kompetencer	Skabe større kendskab hos faggrupper om indbyrdes kompetencer.	Skabe større kendskab hos faggrupper til indbyrdes kompetencer	Skabe større kendskab hos faggrupper om indbyrdes kompetencer og arbejdsvilkår
Skabe sammenhængende patientforløb	Skabe sammenhængende patientforløb	Skabe sammenhængende patientforløb	Skabe sammenhængende patientforløb	Skabe sammenhængende patientforløb
Sætte fokus på patientinvolvering		Sætte fokus på patientinvolvering		Sætte fokus på patientinvolvering
Øge organisatorisk effektivisering. Mindske dobbeltarbejde	Øge organisatorisk effektivisering gennem tværfaglig arbejdstilrettelæggelse. Mindske dobbeltarbejde	Øge organisatorisk effektivisering. Mindske dobbeltarbejde	Øge organisatorisk effektivisering. Mindske dobbeltarbejde	Øge organisatorisk effektivisering.
	Sætte fokus på at fag skal hjælpe andre fag.	Sætte fokus på at fag skal hjælpe andre fag.	Genskabe "det lille sygehus", med nært samarbejdende fag	Genskabe "det lille sygehus", med nært samarbejdende fag.
	Kan mindske fordomme mellem fag.	Kan synliggøre hensigts- og uhensigtsmæssige, kulturelle forskelle mellem fag og skabe positiv holdning til forandringer og udfordringer Kan bidrage til opfyldelse af sygehusvision om ordentlighed.	Kan yde "service" tjek på det tværfaglige samarbejde	Kan teoretisk forklare hvorfor fag tværfagligt skal hjælpe hinanden.
Kan skabe Patient- og personaletilfredshed			Kan skabe patienttilfredshed	

Figur 6. Matrix med aktørernes normative teori; forestillinger om hvad IPLS-initiativet kan bidrage med.

Virkningsteorien udtrykker aktørernes forestilling om hvad der skal til såfremt målet med IPLS-initiativet skal nås. Formålet med IPLS-initiativet er at udvikle en sammenhængende

praksis mellem sundhedsprofessionelle med henblik på at styrke samarbejdet, patientinvolvering, patientbehandling og plejen, herunder at

- Inddrage IPLS-tankegang i team og afsnit på Ortopædkirurgisk Afdeling og Akutafdelingen, Kolding Sygehus.
- Udvikle, afprøve og evaluere modeller for interprofessionelt teamsamarbejde.

Informanterne er her samlet enige om følgende vigtige forhold, der skal være til stede for at IPLS-initiativet virker:

- At der er accept af og engagement til IPLS-initiativet hos medarbejderne.
- At der er ildsjæle blandt medarbejderne, der kan argumentere og promovere IPLS-konceptet i organisationen. Teamlederne påpeger, hvor vigtige især lægerne er som fortalere for IPLS-initiativet, fordi de øverst i sygehushierarkiet optræder som rollemodeller for de øvrige fag.
- At ledere er IPLS-engageret og promoverer IPLS-initiativet. Styregruppen og mellemlederne ser ledere som de vigtigste IPLS-aktører.
- At der er relationel kontakt mellem fag, men at forstyrrelser under udførelse af det monofaglige arbejde også skal minimeres. Blandt især læger, der deltager ved de fem fokusgruppeinterview påpeges vigtigheden af, at monofagligheden ikke nedprioriteres til fordel for IPLS-initiativet.
- At målrettet IPLS-uddannelse letter igangsætning under implementering af en IPLS-kultur og ledere skal især støttes med inspirerende input og uddannelse til IPLS-kultur.

IPLS-vejlederne, teamlederne og strategisk valgte ansatte ser det vigtigt, at der afsættes tid og rum i den daglige praksis til at mødes og lære af, med og om hinanden.

Styregruppen, IPLS-vejlederne samt teamlederne er enige om, at IPLS-initiativet skal introduceres for nyansatte. I den forbindelse er de tre nævnte informantgrupper samt mellemlederne enige i det vigtige, at IPLS-initiativet bliver beskrevet enkelt og tydeligt.

IPLS vurderes som et abstract begreb og det skal helst ved præsentation for sygehusprofessionelle, fremstilles så det giver hurtig og umiddelbar mening og ikke kræver et længere studie for at skabe forståelse af og accept til konceptet.

Med erfaringer fra FAM nævner styregruppen, at IPLS-initiativer ikke skal indkøres samtidig med andre større tiltag, fordi travlhed da er en klar barriere for etablering af en

IPLS-kultur og mellemlederne samt IPLS-vejlederne finder det væsentligt, at IPLS-initiativet indføres på hele sygehuset for at fungere optimalt.

Endelig nævner teamlederne direkte, hvad også de øvrige informantgrupper påpeger med andre ord, at IPLS-initiativet kræver gensidig respekt mellem samarbejdende fagpersoner og et godt kendskab hos alle til de faglige kompetencer hvert fag har i det interprofessionelle samarbejde.

I forhold til IPLS-begrebets fokusering på delelementet *patientinvolvering* og at de fleste informantgrupper nævner dette under normativ teori, er det påfaldende her, at dette ikke nævnes som en væsentlig faktor for at få IPLS-initiativet til at virke.

Angående forudsætninger til at teametablering og teamfunktion virker, er der generel stor enighed mellem informantgrupperne. Selv om hvert forhold ikke nævnes af alle grupper, bruges andre ord og begreber, så der i programteorierne kan findes enighed om følgende:

- Team har en klar forpligtelse til at formidle formål, funktion og beslutninger ud til hele organisationen, så team ikke lukker sig om sig selv. Team må ikke blive nye ”søjler” i sygehusorganisationen og især skal der tænkes på samarbejdet mellem team på en afdeling.
- Rolleafklaring i et team er meget vigtig. Det er vigtigt med alle teammedlemmers engagement til IPLS-initiativet og især teamledernes engagement og teamrolle er afgørende for teamets præstation.
- Team skal ikke benævnes IPLS-team. IPLS-initiativet er et samarbejdsredskab og en kultur for alle ansatte og ikke kun for udvalgte i en organisatorisk struktur.
- Det er vigtigt med klare aftaler mellem formelle ledere og teamledere og det er en god idé, at afdelingsledelsen (herunder mellemledere) udstikker konkrete opgaver til de etablerede team.
- Det er vigtigt, at alle team vedholdende inddrager patientoplevelser i beslutningsprocesser og jævnligt afholder patientdialogmøder.

Se detaljer i Figur 7.

Styregruppen	Mellemliderne	IPLS vejlederne	Teamlederne	Strategisk valgte ansatte
Accept af og engagement for IPLS hos alle medarbejdere. Få personer kan hindre megen IPLS. Kræver ildsjæle som fortalere		Accept og engagement hos alle medarbejdere. Få personer kan hindre megen IPLS.	Accept og engagement hos alle medarbejdere. Læger skal især være fortalere for IPLS.	Accept og engagement hos alle medarbejdere. Kræver ildsjæle som fortalere.
Ledelsesforankring og ledelsesengagement. Mellemliderne vigtigste IPLS aktører. Ledelse skal signalere IPLS som blivende samarbejdskultur	Lederne de vigtigste IPLS aktører	Ledelsesopbakning	Ledelsesopbakning	
Relationel kontakt vigtig, men forstyrrelser skal mindskes. Monofaglighed og monofaglig læring skal også prioriteres	Relationel kontakt vigtig, men forstyrrelser skal mindskes.		Monofaglighed og monofaglig læring skal også prioriteres	Monofaglighed og monofaglig læring skal også prioriteres
IPLS uddannelse er en vigtig igangsætter af IPLS kultur Undgå at ansatte, uden IPLS uddannelse, føler sig udenfor	IPLS uddannede bliver ofte ildsjæle. IPLS uddannelse især vigtig for ledere og teamledere.	IPLS-uddannelse er en vigtig igangsætter og måske forudsætning for IPLS forståelse.	Teamledere skal støttes med IPLS inspiration	
	Vigtigt at formidle IPLS-fortællinger og resultater i hele organisationen	Vigtig med møde-mulighed og rum til læring mellem fag.	Vigtig med møde-mulighed og rum til læring mellem fag.	Vigtig med møde-mulighed og rum til læring mellem fag.
IPLS er en abstrakt størrelse. Der skal arbejdes på at beskrive IPLS enkelt og tydeligt. Skal introduceres til nyansatte	IPLS er en abstrakt størrelse. Der skal arbejdes på at beskrive IPLS enkelt og tydeligt.	IPLS skal introduceres under uddannelse	IPLS skal introduceres for nyansatte	
Undgå samtidig indkøring af andre større tiltag – travlhed er en barriere	Skal indføres på hele sygehuset for at fungere optimalt. Kræver tålmodighed i implementeringsperiode	Skal indføres på hele sygehuset for at fungere optimalt.	IPLS kræver gensidig respekt og godt kendskab til faglige kompetencer mellem fag.	
Specielt om at få formelle interprofessionelle team til at virke.				
Styregruppen	Mellemliderne	IPLS vejlederne	Teamlederne	Strategisk valgte ansatte
Formelle team med funktion som et udvalg, skal tydeligt formidle teamets formål, funktion og beslutninger bredt i organisationen.	Formelle team med funktion som et udvalg, skal udarbejde samarbejdsaftaler og tydeligt formidle teamets formål, funktion og beslutninger bredt i organisationen.	Team skal ikke kaldes IPLS team. IPLS er et redskab, ikke en struktur.	Team skal ikke kaldes IPLS team. IPLS er et redskab, ikke en struktur.	Formelle team med funktion som et udvalg, skal udarbejde samarbejdsaftaler og tydeligt formidle teamets formål, funktion og beslutninger bredt i organisationen.
Vigtig med tydelig rolleafklaring i teamsamarbejde	Kontinuerligt vurdere om de mest relevante personer, sidder i teamet	Vigtigt med team-opgaver udstukket af afdelingsledelsen	Vigtigt med team-opgaver udstukket af afdelingsledelsen	Ligelig fordeling af fag i teamet
	Teamleders IPLS engagement og teamrolle vigtig for teampræstation	Kræver alle teammedlemmers engagement til IPLS	Teamleders IPLS engagement og rolle vigtig for teampræstationen. Teamledere skal støttes med IPLS inspiration	Teamleders IPLS engagement og teamrolle vigtig for teampræstation
	Klare ledelsesaftaler mellem teamledere og formelle mellemlidere.	Vigtigt at inddrage patienter og afholde patientdialogmøder.		IPLS og teamstruktur komplementerer hinanden
	Team må ikke blive nye søjler i organisationen. Team skal tænke ud over eget team			Team må ikke blive nye søjler i organisationen. Team skal tænke ud over eget team

Figur 7. Matrix med aktørernes virkningsteori; forudsætninger for, at IPLS-initiativet virker.

5.8 Kontekstuelle faktorer og moderatorer.

Under afdækning af aktørnes programteorier fremkommer dels en række kontekstuelle forhold, der er forudsætninger for at IPLS-initiativet skal lykkes, samt forhold, der udgør barrierer eller moderatorer i forhold til målopfyldelse.

5.8.1 Engagement i IPLS-initiativet

Informanterne ser IPLS-engagement og accept af IPLS-initiativet hos medarbejdere som en vigtig forudsætning for at IPLS virker. Ildsjæle inden for hvert fag ses som en væsentlig moderator for IPLS-initiativet.

Blandt sygehusprofessionelle skal især læger være fortalere for IPLS-initiativet, fordi de som øverst placeret i professionshierarkiet er rollemodeller for de øvrige fag. Som en tydelig barriere for IPLS-initiativet beskrives, at lavt engagement overfor IPLS-initiativet, især hos læger, kan hindre mange IPLS-initiativer i at blive gennemført.

Såfremt sygehuspersonale holdningsmæssigt ser tværfagligt samarbejde som et nødvendigt onde, er dette en stor barriere for IPLS-initiativet. Er dette tilfældet skal der arbejdes målrettet frem mod en holdningsændring hos personalet, så IPLS-initiativet ses som et redskab, der bibringer både patienter og fagpersoner flere fordele end det er muligt at opnå inden for et isoleret, monofagligt virke.

Forståelse af hvilke fordele IPLS-initiativet konkret bibringer og konkret kræver i daglig praksis, er ifølge informanterne en forudsætning for et højt medarbejderengagement til IPLS-initiativet. IPLS-begrebet beskrives som et komplekst begreb med mange delelementer og såfremt begrebet ikke beskrives og italesættes enkelt og tydeligt, kan kompleksiteten i sig selv være en barriere for positiv IPLS-effekt. Under implementering af en IPLS-kultur foreslår informanterne, foruden enkelt og tydelig beskrivelse af IPLS-initiativet, at IPLS-teori følges op med fortællinger om eksempler på konkrete, effektfulde IPLS-tiltag fra sygehusverdenen. Især beskrives fortællinger fra eget lokale sygehus, hvor det tværgående faglige samarbejde samt patientinvolvering er forbedret, som en stor fremmende effekt på fagpersoners forståelse af hvad IPLS-initiativet er og deraf opstår større medarbejderaccept til IPLS-konceptet.

5.8.2 Ledelse

Ledere på alle niveauer betragtes som de vigtigste aktører for implementering af IPLS-initiativet. Ledelse skal signalere over for medarbejderne, at IPLS-initiativet er en blivende kultur. Det påpeges, at ledelsesopbakning skal følges af ledelsesforankring og tydelig

ledelsesengagement til IPLS på alle lederniveauer. Viden hos ledere om hvad IPLS er, hvordan det gøres konkret og hvordan man som leder kan støtte IPLS-initiativet, ses som en væsentlig forudsætning for IPLS-initiativets succes. Dertil er inspirationsgivende uddannelsesstilbud til ledere om IPLS en væsentlig moderator for IPLS-initiativet, især under en implementeringsperiode.

Det er også væsentligt, at ledelser samarbejder og arbejdstilrettelægger på tværs af fag, både inden for egen afdeling og mellem afdelinger og sektorer og støtter medarbejderne, når disse gør det samme. På Ortopædkirurgisk Afdeling er der med etablering af team og udnævnelse af teamledere et behov for at koordinere de formelle ledelsesfunktioner på mellemliderniveau med teamlederne i hvert team. Såfremt dette ikke etableres, ser mellemlidernerne dette som en barriere for det videre samarbejde.

5.8.3 IPLS-uddannelse

Generelt ses tilbud om IPLS-uddannelse til alle medarbejdere som en fremmede faktor og et godt strategisk element ved implementering af IPLS-initiativet. Hvorvidt alle medarbejdere skal have særligt IPLS-uddannelse eller om det ifølge IPLS-initiativets strategi er nok med et bestemt antal uddannede, der som ambassadører skal viderebringe IPLS-kulturen til kolleger, er informanterne usikre på. Det påpeges, at indføring af en IPLS-kultur tager tid og kræver tidsmæssig tålmodighed hos såvel ledelse som medarbejdere.

Flere informanter påpeger, uden at nævne konkrete forslag, at IPLS-kulturen for de fem involverede afdelinger nu er sådan, at der fremover skal tænkes i fastholdelse og videreudvikling af IPLS-kulturen. Der er blandt informanterne et enigt forslag om at alle nyansatte bør have en grundig indføring i stedets IPLS-kultur og der er også enighed om, at sundhedsuddannelserne skal introducere IPLS-kultur for studerende og studerende skal under uddannelse træne deres kompetencer inden for teambaseret, interprofessionelt samarbejde.

5.8.4 Samarbejdskultur mellem fagpersoner og afdelinger

Informanterne påpeger, at fagpersoners mulighed for relationelt at mødes med andre faggrupper for at styrke det interprofessionelle samarbejde omkring patienten, betinger to væsentlige organisatoriske forhold. 1) Kort fysisk afstand mellem samarbejdende fagpersoner. Dette giver bedre muligheder for at etablere og udbygge den relationelle, interprofessionelle kontakt og koordinering. Opholder fagpersonerne sig meget på egne

afdelinger og er der lange afstande mellem faggruppers afdelinger i sygehusorganisationen, mindsker det den relationelle og interprofessionelle kontakt og derved er der risiko for mindre forståelse og mindre gensidig respekt mellem fagene angående kompetencer, arbejdsvilkår og de monofaglige prioriteringer.

2) Informanterne påpeger også vigtigheden af at ledelser fra forskellige fag samarbejder om arbejdstilrettelæggelse. I et patientforløb skal det ledelsesmæssigt vurderes, hvornår de enkelte fags kontakt til patienten er mest hensigtsmæssig, både for patienten og for faggrupperne. Dette vil give bedre mulighed for at etablere fælles mål for patientbehandling og forløb og øge den generelle effektivitet i det tværgående samarbejde, f.eks. vil fagene derved kunne give samme informationer til patienten, undgå dobbeltarbejde og undgå at faggrupper møder forgæves op til patientkontakt, fordi et andet fag på dette tidspunkt behandler, eller plejer patienten.

Informanterne ser det som væsentligt, at der etableres interprofessionelle mødemuligheder i den travle monofaglige hverdag, hvor der er tid og rum til at lære af, med og om hinanden uden forstyrrelser. Hidtil i IPLS-initiativet har dette kun foregået i de ortopædkirurgiske team samt på enkelte temadage. Informanterne ser det som en væsentlig kontekstuel fremmede IPLS-faktor, hvis øvrigt personale gives tid og rum til IPLS uden forstyrrelser. I forhold til den øgede relationelle kontakt mellem fag påpeger informanterne, at fokusering på de interprofessionelle relationer kan tage tid fra det monofaglige arbejde. Især læger oplever en del forstyrrelser fra andre fag under udførelsen af eget arbejde og savner tid til monofaglig fordybelse.

5.8.5 Patientinvolvering

I forhold til det patientinvolverende element i begrebet IPLS-initiativet, er det påfaldende, at kun én informantgruppe nævner vigtigheden af dette som fremmede faktor for IPLS-initiativet. Det beskrives dog af flere informanter, at de afholdte dialogmøder med patienter og pårørende i de ortopædkirurgiske team har haft stor værdi.

5.8.6 Specielt for teamstruktur og -kultur

For den etablerede form for formelle interprofessionelle team på Ortopædkirurgisk Afdeling, der har funktion som et udvalg eller en form for styregruppe for kolleger med ansvar for udvalgte patientforløb, finder informanterne det vigtigt, at disse team tydeligt beskriver teamets formål og funktion og at disse sammen med referater og beslutninger taget i teamet, bredt skal formidles til hele organisationen. Dette skal formuleres således, at

det kan forstås af kolleger, der ikke selv deltager i teamet. Og det skal meldes klart ud, at alle medarbejdere har indflydelse på teamets dagsorden og kan inviteres eller invitere sig selv til mødedeltagelse, når det er relevant. Det vurderes som en barriere for medarbejderes IPLS-engagement, hvis de får en følelse af at være uden for indflydelse af teamenes arbejde.

Informanterne ser det klart som en barriere for forståelsen af IPLS-initiativet som et samarbejdsredskab for alle ansatte, når teamene i den indledende fase af IPLS-initiativet blev benævnt ”IPLS-team”. Dette kan signalere, at IPLS kun foregår blandt teammedlemmer.

Såfremt teamene etablerer sig som nye, isolerede søjler i organisationen, uden formidling af eget arbejde bredt i organisationen, eller uden samarbejdsfokus med andre team, vurderes dette som en barriere for videre IPLS-fremgang og kan hindre forbedringstiltag for patientgrupper med forløb, der involverer flere team, andre interne og eksterne sektorer.

Teamlederrollen vurderes som den mest betydningsfulde for teamets IPLS-præstation og kan dermed være både en væsentlig fremmende faktor og være en væsentlig barriere for teamets IPLS-arbejde. Også teammedlemmernes engagement tildeles en væsentlig betydning som såvel fremmende som hæmmende IPLS-faktor. Teamets samlede teamwork-kompetencer er altså af stor betydning og på grund af kompleksiteten af begrebet teamwork anbefaler informanterne, at teamene og især teamlederne, kontinuerligt gives rum og mulighed for at udvikle og uddanne sig inden for disse kompetencer.

5.9 Realitetstest af IPLS-initiativets årsags-virkningskæder

IPLS-initiativet blev iværksat som en organisationskultur for FAM, Ortopædkirurgisk Afdeling, Terapien, Røntgen Afdeling samt Laboratoriet i august 2012. Det tydeligste omdrejningspunkt for denne evaluering af IPLS-initiativet har været virkninger på Ortopædkirurgisk Afdeling, både for denne afdelings ansatte, og for de professioner (fra Terapien, Røntgen og Laboratoriet), der har tæt daglig samarbejdskontakt med og på Ortopædkirurgisk Afdeling.

Evalueringen har med følgende årsager mindre vægt på FAM: Dels indløb flere afbud til interviewene fra mulige informanter med tilknytning til FAM og dels vurderes det ud fra informanternes udsagn, at IPLS-initiativet som helhed har fyldt mindre på FAM sammenlignet med Ortopædkirurgisk Afdeling. FAM har som nyetableret afdeling kørt

mange sideløbende tiltag og projekter; der har været flere personudskift i FAM; FAM valgte hurtigt ikke at etablere interprofessionelle sammensatte team; IPLS-kursusuddannede har haft meget travlt med andre opgaver og flere har forladt FAM i initiativperioden. Informanter med tilknytning til FAM fremhæver dog, at IPLS-initiativet er levende på FAM og IPLS-initiativet har været med til at skabe mere smidigt samarbejde med Røntgen afdelingen, med bioanalytikere og terapeuter.

Resultater fra denne virkningsevaluering indikerer, at de fleste forventede årsags-virkningskæder har virket efter hensigten. IPLS-initiativet ses bredt blandt fagprofessionelle på de involverede afdelinger som et godt samarbejdskoncept, der allerede har vist god effektivitet i forhold til mål og strategiplaner. Sammenholdes IPLS-initiativets mål og strategier med informanternes udsagn angående konkrete virkninger af IPLS-initiativet fra 2012-2015, har de udførte implementeringsstrategier opfyldt IPLS-initiativets mål på Ortopædkirurgisk Afdeling og i mindre grad på FAM.

Der er skabt positiv holdning til og bedre forståelse af IPLS-initiativet. IPLS som begreb og samarbejdskultur vurderes integreret på involverede afdelinger.

IPLS-initiativet bidrager til organisatorisk og faglig kvalitet. Patientforløb bliver evalueret og optimeret og der er skabt mere smidigt samarbejde og procesmæssige aftaler mellem afdelinger, hvorved også dobbeltarbejde mindskes. Der er nu større indsigt og viden hos alle fag om indbyrdes kompetencer og arbejdsvilkår, der gør samarbejdet nemmere. Det fornemmes, at IPLS-initiativet har bidraget med større patienttilfredshed.

Der er skabt bedre trivsel, tryghed og arbejdsmiljø mellem fag, som begrundes i følgende:

- Øget fokus på at arbejdstilrettelægge på tværs af fag.
- Flere faggrupper deltager nu i beslutningsprocesser angående patientforløb.
- Det er nu nemmere at bringe nye IPLS-forslag frem.
- Der er skabt bedre relationel kontakt og gensidig respekt mellem fag. Konkret nævnes som eksempler anerkendelse af terapeuter på FAM; sekretærfunktionen synes mere synlig og anerkendt; øget respekt for sygeplejerskes arbejde på sengeafdelinger; bioanalytikere og radiografer har etableret mere fleksible og smidige aftaler, når de arbejder på sengeafdelinger og læger opleves mere tilgængelige for andre fag.
- Der opleves generelt større hjælpsomhed og hensyntagen mellem fag.

Der er etableret syv interprofessionelt sammensatte team på Ortopædkirurgisk Afdeling. Teamstrukturen har givet mere effektivt, formaliseret og struktureret samarbejde med ét sted at bringe problemstillinger op. Der arbejdes her på at skabe fælles mål i de patientforløb teamene er ansvarlige for og kontakt til omegnskommuner beskrives som et særligt vellykket resultat af IPLS-initiativet.

Analysen finder ingen teorifejl. Den indikerer dog enkelte implementeringsfejl som præsenteres i det følgende (Figur 8) sammen med opmærksomhedspunkter til fremtidig forbedring af IPLS-initiativet.

Opmærksomhedspunkter til fremtidig forbedring af IPLS-initiativet.		
IPLS-engagement	Placeret øverst i sygehushierarkiet ses læger som den væsentligste gruppe at skabe IPLS-engagement hos. Modstand mod IPLS-initiativet hos læger har smittende effekt til andre faggrupper.	<i>Opmærksomhedspunkt.</i>
IPLS-begreb	IPLS-begrebet indeholder mange delelementer og kan være vanskelige at forklare enkelt og tydeligt.	<i>Opmærksomhedspunkt.</i>
IPLS-uddannelse	Risiko for at fagprofessionelle, der ikke har været på kursus/uddannelse kan føle sig sat udenfor IPLS-indflydelse.	<i>Opmærksomhedspunkt.</i>
	Nyansatte får ingen IPLS-uddannelse. Information om IPLS-kulturen for nyansatte vurderes ikke tilstrækkelig.	<i>Opmærksomhedspunkt.</i>
Samarbejdskultur mellem fagpersoner og mellem afdelinger	Det er væsentligt for et relationelt samarbejde, at fagpersoner har fysisk mulighed for at mødes.	<i>Opmærksomhedspunkt</i>
	Megen arbejdstilrettelæggelse vurderes til at foregå isoleret for hver faggruppe på egen afdeling og af egen leder.	<i>Opmærksomhedspunkt</i>
	Fokusering på interprofessionelle relationer, kan tage tid fra det monofaglige arbejde	<i>Opmærksomhedspunkt.</i>
Patientinvolvering	Patientinvolvering, som er et nøgleord indenfor IPLS-initiativet, nævnes ikke hos informanterne til denne evaluering som en fremmede faktor for at IPLS skal lykkes.	<i>Implementeringsfejl.</i>
Læringskultur	Den interprofessionelle læringsdel i begrebet IPLS har i IPLS-initiativets opstart haft mindre opmærksomhed end <i>samarbejdsdelen</i> .	<i>Opmærksomhedspunkt</i>

IPLS-bivirkning	Fagpersoner kan opleve, at med idealet <i>relationel koordinering</i> opstår der flere forstyrrelser under udførelse af det monofaglige arbejde. Især lægegruppen påpeger dette problem.	<i>Opmærksomhedspunkt</i>
Teamfunktion på Ortopædkirurgisk Afdeling	Team har navne som <i>skulderteam</i> eller <i>håndteam</i> , men blev i initiativets begyndelse benævnt IPLS-team. Ved at benævne team <i>IPLS-team</i> , opstod der hos flere ansatte opfattelsen af, at IPLS kun foregår i teamene.	<i>Implementeringsfejl.</i>
	Team er etableret som et udvalg for relevante faggrupper, der er involveret i bestemte patientgruppers behandlingsforløb. Fagprofessionelle, der ikke er udvalgt til et team, kan føle sig uden for indflydelse.	<i>Implementeringsfejl.</i>
	Formidling af teambeslutninger. Der skal arbejdes på at få etableret gennemskuelig formidling af teambeslutninger ud til alle relevante fagprofessionelle.	<i>Opmærksomhedspunkt.</i>
	Formelle mellemledere savner et bedre samarbejde og koordinering mellem team og mellemledere. Der har ikke været etableret et fora, hvor også mellemlederne tager del i teambeslutninger.	<i>Implementeringsfejl.</i>
	Teamstruktur indebærer risiko for nye søjler og søjletækning i en organisation.	<i>Opmærksomhedspunkt.</i>
	Der opleves uklare procedurer angående udvælgelse af teammedlemmer til hvert team.	<i>Opmærksomhedspunkt.</i>

Figur 8: Opmærksomhedspunkter til fremtidig forbedring af IPLS-initiativet.

6. Diskussion

6.1 Evidens for interprofessionel læring og samarbejde

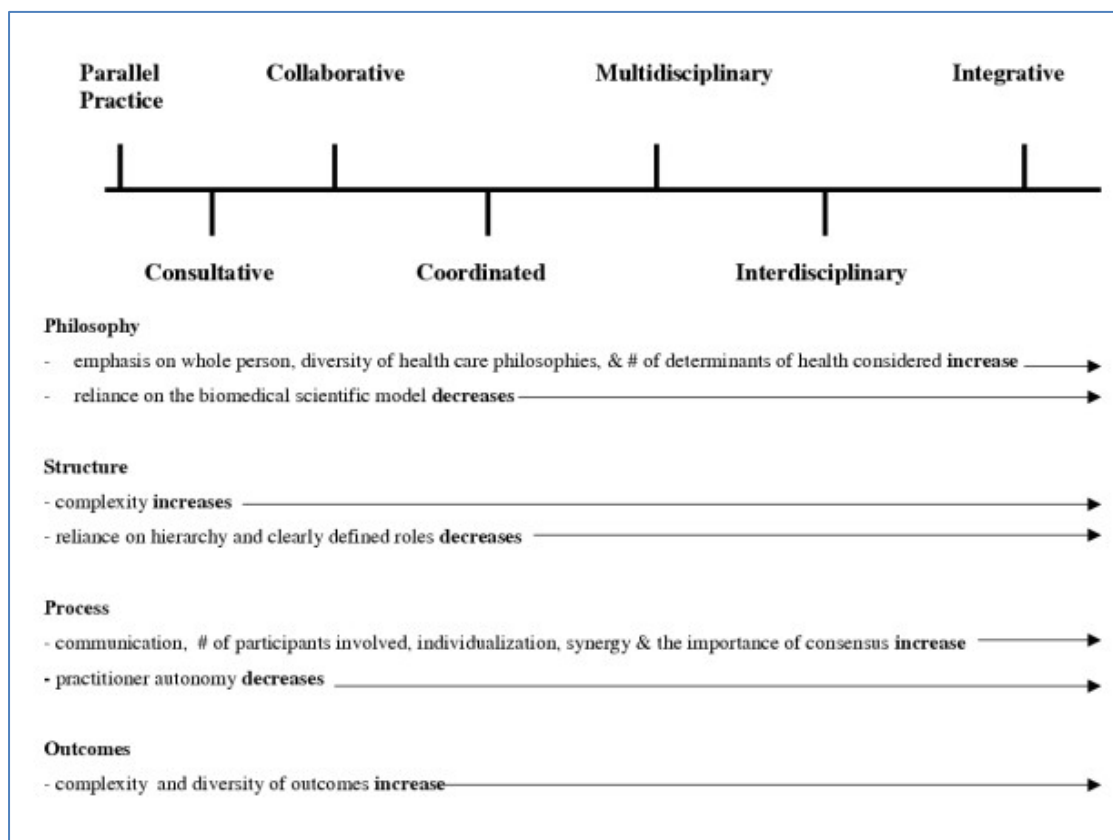
Når der søges på emnet *Interprofessional learning and collaboration*, eller på det danske *interprofessionel læring og samarbejde*, samt *tværfagligt samarbejde* inden for sundhedssystemer findes flere begrebstermener med identisk og overlappende indhold.

På de nordiske sprog findes ikke klare definitioner på tværfagligt samarbejde. Lauvås & Lauvås har i bogen ”Tværfagligt samarbejde” samlet forskellige forfatteres arbejde med at definere begrebet tværfagligt samarbejde (18). Det beskrives, hvordan vi i daglig tale sjældent har brug for at forklare, hvad et *samarbejde*, hvad et *fag* eller hvad *tværfaglighed*

er. Ved definitionsforsøg viser litteraturen dog, at man må omkring relationsmæssige områder, hvor forskellige interesser og magtforhold ligger gemt i ord og begreber og ordene har forskellig semantisk forståelse hos og mellem de samarbejdende fag (18). Definitionsforsøg indeholder ofte tautologiske problemer, fordi begreberne er flertydige og overlapper hinanden angående indhold og intet ord favner dem alle. Ordet *fag* kan i sig selv være vanskelig at definere. Det har også forbindelse til ordene *disciplin* og *profession* (19). Derudover dækker begrebet *tværfagligt samarbejde* et bredt udsnit af former hvorpå fag arbejder sammen og ofte er man i organisationer ikke særlig bevidst om, hvilken tværfaglig form organisationen har eller hvor hensigtsmæssig den er (18).

Inden for feltets internationale samarbejde (engelsksproget) forsøger man at forholde sig til samme eksisterende definitionsproblemer (se kapitel 2) og her vinder ordet *interprofessionalism/interprofessionality* terræn (20), men på engelsk ses også mange begreber omhandlende *interprofessional teamwork*, som eksempelvis i Integrative care, Multi- eller interdisciplinary, Coordinated.

Som støtte til IPLS-initiativets definition af teametablering angående niveau for samarbejdet (f.eks. hyppighed af kontakt og effekt af samarbejdet) beskriver et canadisk studie en model, der illustrerer de variationer, der kan forefindes på et kontinuum af teambaserede praksismodeller (21). Boon et al. pointerer, at begrebet *integrative health care* ikke er blevet defineret entydigt og derfor har forskellig betydning hos forskellige sundhedsprofessionelle. Studiets hovedmål er derfor at beskrive en konceptuel ramme til at beskrive, sammenligne og evaluere forskellige praksismodeller af teambaseret sundhedspleje. Der beskrives syv forskellige modeller; parallel practice, consultive model, collaborative model, coordinated model, multidisciplinary model, interdisciplinary model og integrative model (Figur 9):



Figur 9. A continuum of team health care practice models (21).

Modellen er baseret på fire komponenter der indgår i praksismodeller for teambaseret praksis; filosofi/værdier, struktur, forløb og outcomes. Forfatterne foreslår modellen som udgangspunkt for at identificere og kategorisere forskellige praksismodeller og herved give bedre basis for sammenligning på tværs af interventioner (21).

Med udgangspunkt i interessenternes vurderes det, at IPLS-initiativets team på Ortopædkirurgisk Afdeling (de syv etablerede team) ligger inden for de tre praksismodeller placeret længst til højre, svarende til hhv. multidisciplinary, interdisciplinary og integrative. Se definition af disse i Figur 10.

Multidisciplinary [3]	- is characterized by teams, managed by a leader (usually not a physician) that plans patient care - one or two individuals usually direct the services of a range of ancillary members who may or may not meet face-to-face - each individual team member continues to make their own decisions and recommendations which may be integrated by the team leader
Interdisciplinary [3]	- is a highly articulated and formalized outgrowth of coordinated practice - emerges from multidisciplinary practice when the practitioners that make up the team begin to make group (usually based on a consensus model) decisions about patient care facilitated by regular, face-to-face meetings.
Integrative [2]	- consists of an interdisciplinary, non-hierarchical blending of both conventional medicine and complementary and alternative health care that provides a seamless continuum of decision-making and patient-centred care and support - is based on a specific set of core values that include the goals of treating the whole person, assisting the innate healing properties of each person, and promoting health and wellness as well as the prevention of disease - employs an interdisciplinary team approach guided by consensus building, mutual respect, and a shared vision of health care that permits each practitioner and the patient to contribute their particular knowledge and skills within the context of a shared, synergistically charged plan of care

Figur 10. Model of Health Care Practice (21).

Det er ikke kun nationalt og internationalt, der savnes en fælles tilgang til interprofessionel læring og samarbejde. Også internt i interprofessionelle team, kan de enkelte professioner have væsentlig forskellig opfattelse af, hvad interprofessionel samarbejde betyder i daglig praksis (22).

I evalueringen af IPLS-initiativet bliver især de organisatoriske forudsætninger og den kulturelle forandringsproces fremhævet som væsentlige facilitatorer for en succesfuld implementering. Dette er i overensstemmelse med fund fra andre studier, der finder, at såfremt interprofessionelle team skal blive effektive og lykkes med at forbedre patientbehandlingen, er det nødvendigt at fokusere på kulturelle og strukturelle facilitatorer (23-26) – eller omvendt, at organisatoriske faktorer kan være væsentlige barrierer for implementering af interprofessionel samarbejde (27). Men også kommunikation nævnes i flere studier som en facilitator, som også i nærværende evaluering. Effektiv og hyppig kommunikation bliver et helt overordnet fokusområde, såfremt det interprofessionelle samarbejde skal forankres og føre til en blivende kulturændring (28, 29).

IPLS-initiativets organisering og forankring omkring patientforløb kan vise sig at være en fordel i forhold til implementering af en blivende kulturændring, da problembaserede processer, hvor de professionelle arbejder og lærer af og med hinanden er selve kernen i interprofessionel læring og samarbejde (30, 31). En anden styrke ved IPLS-initiativet er udgangspunktet i såvel empiriske resultater (erfaringerne fra TKS), som i organisationsteori, hvilket netop er faktorer, der er identificeret som væsentlige faktorer for de bedst beskrevne og mest velfungerende IPLS-modeller (32). Et tredje forhold, der skal fremhæves i forhold til IPLS-initiativet er uddannelsen af IPLS-facilitatorer. Andre studier understreger vigtigheden af et dybt kendskab til interprofessionel læring og samarbejde for facilitatorer; præcis som det er tilfældet, når andre komplekse samarbejdsfunktioner skal implementeres og faciliteres (33).

I relation til Interprofessionel uddannelse (IPE – interprofessionel education), som er et andet kerneområde for IPLS, beskriver Robben et al. effekten af interprofessionel uddannelse for syv faggrupper, der arbejder med skrøbelige ældre patienter. Interprofessionel uddannelse (education) defineres som når mennesker fra to eller flere

professioner lærer af, med og om hinanden for at fremme det interprofessionelle samarbejde (34).

På grund af heterogeniteten af de interprofessionelle uddannelsesinterventioner konstaterer Robben et al., at der ikke er evidens nok for deres samarbejdende effektivitet. De har derfor udarbejdet en intervention for at teste om man via et interprofessionelt uddannelsesprogram kan 1) forbedre professionelles holdning til interprofessionalisme og samarbejde, 2) forbedre professionelles evne til samarbejde og 3), samt øge samarbejdsadfærd blandt forskellige professionelle (34). Interventionen blev gennemført i syv almene praksisser i Holland 2010- 2011 og bestod af tre interaktive workshops med en varighed på mellem 2,5 og 3 timer hver. Studiet fandt en signifikant forbedring i holdninger til andre professionelle som følge af den interprofessionelle uddannelsesintervention, men med lille effektstørrelse. Der var ingen forbedring i holdning til samarbejde i teams. Deltagernes selvrapporterede teamkompetencer blev øget og via interviews blev det erfaret, at der på grund af IPE uddannelsen efterfølgende skete øget samarbejde mellem professionerne (34).

Der er således flere udfordringer, når effekten af interprofessionel læring og samarbejde skal måles og vurderes. Den grundlæggende udfordring er en manglende entydig international definition og indholdsafklaring. Dette gør det vanskeligt, dels at konstruere evidensbaserede interventioner, dels at sammenligne på tværs af interventioner. Dernæst er – eller måske derfor – er der uklar evidens for effekten af IPLS-interventioner. Bl.a. finder Martinussen et al. en signifikant øget grad af samarbejde efter interprofessionel teamtræning, mens de ikke finder tegn på øget kvalitet af den udførte pleje på baggrund af interventionen (31). Generelt, ses en tendens til at studierne primært konkluderer på forbedret kommunikation (35-37), øget professionel tilfredshed (38), eller øget tilfredshed hos patienter (39) og i mindre grad på kvaliteten af den udførte pleje og behandling. Dog rapporterer et enkelt studie en positiv effekt på ventetiden efter implementering af interprofessionelle teams i primær sundhedstjeneste (40).

Igen andre studier stiller spørgsmålstejn ved de grundlæggende præmisser for interprofessionelle team; herunder hvorvidt den professionelle rolleafklaring er eksplicit stabil, samt hvorvidt der eksisterer et fælles mål for pleje og behandling af patienten (41).

En anden væsentlig udfordring kan være de mange konkurrerende projekter og fokusområder, der er for klinikerne; det nævnes i evalueringen som begrundelse for et vigende fokus på IPLS-initiativet i FAM, og udfordringen beskrives også i andre studier (42).

Disse udfordringer kan vise sig væsentlige, når IPLS-interventioner skal have politisk gennemslagskraft og ikke mindst, når disse interventioner skal oppebære økonomisk støtte.

6.2 Metodeovervejelser

Den programteoretiske analyse er primært baseret på interview af centrale aktører, suppleret med en dokumentgennemgang.

Interviewgrupperne har en forholdsvis mindre repræsentation af fagpersoner ansat på FAM, i forhold til fagprofessioner med virke på Ortopædkirurgisk Afdeling og derfor tager denne rapport forbehold for resultaterne i forhold til FAM.

Indeværende rapports ene forfatter er i det daglige ansat som IPLS-initiativets koordinator. Vedkommende kan derfor være forudindtaget i forhold til det praksisfelt som analyseres og ikke nødvendigvis neutral i forhold til analysen. I en kvalitativ og hermeneutisk optik kan en analytiker af et praksisområde imidlertid ikke være neutral overhovedet og dette er heller ikke et ideal (43). Selv en udefra kommende analytiker udøver en tolkning af det sette og hørte og vil være forudindtaget, fordi vedkommende har egne subjektive og teoretiske forudsætninger (44). Til gengæld vil en udefra kommende analytiker ikke være blindet af f.eks. rutiner, relationelle intriger m.m., og vil lettere kunne stille direkte og naive spørgsmål, som en indefra kommende analytiker vil finde selvfølgelige. Som konsekvens af ovenstående er interviewene afholdt af en udefra kommende antropolog, transskriberet af en sekretær uden kendskab til IPLS-initiativet og analyseret i samarbejde med en ekstern forskningskonsulent med erfaring i virkningsevaluering. Det vurderes således, at evaluators dybe kendskab til projektet er anvendt konstruktivt i processen med minimal risiko for bias.

Dahler-Larsen skriver om vidensproduktion:

”... vidensproduktion sker ikke fra et absolut sikkert og indiskutabelt udsigtspunkt, men er i stedet i bund og grund bundet til sit ståsted, som det nu er bestemt socialt, historisk, kulturelt, sprogligt, bevidsthedsmæssigt, institutionelt osv.”(45).

Det vurderes at nærværende rapport bidrager med væsentlig viden på området, trods de ovenfor nævnte metodologiske valg.

7. Sammenfatning og perspektivering

Med den programteoretiske analyse kan det konstateres, at mange af de forventede effekter ved IPLS-initiativet er kommet til udtryk, især i Ortopædkirurgisk Afdeling i. På tværs af de forskellige informantgrupper ses overvejende overensstemmelse med hensyn til, hvorfor IPLS-initiativet blev indført, hvad IPLS-initiativet kan bidrage med, samt enighed om, hvad der skal til for at IPLS-initiativet bliver implementeret succesfuldt. Analysen finder således ingen teorifejl og kun enkelte implementeringsfejl. Det tyder dermed på, at IPLS-initiativets teoretiske grundlag har været meningsfuldt for praksis, ligesom der identificeres flere virkningsfulde elementer i de forskellige implementeringsindsatser. IPLS betragtes dog i evalueringen som et komplekst begreb og det tager tid at etablere en IPLS-orienteret sygehuskultur på tværs af fag og afdelinger. Ikke alle mål er således endnu nået. Et mål om teametablering på FAM blev tidligt i forløbet fravalgt og analysen afdækker flere punkter, der med fordel kan tages højde for, når der skal tages stilling til forbedringer af IPLS-initiativet, herunder:

- Patientinvolvering bør højnes og fremmes
- Patienters og pårørendes beslutningsdeltagelse bør sikres
- Alle nyansatte skal modtage grundig indføring i afdelingernes arbejde med IPLS-initiativet
- Lægegruppen på Ortopædkirurgisk Afdeling bør gives bedre muligheder for og tid til monofaglig fordybelse og sparring
- Lægernes funktion som rollemodel og øverst i IPLS-samarbejdets hierarki bør udnyttes og bevidstgøres
- Det skal overvejes nøje, hvorvidt Styregruppen med fordel kan bibeholdes i driftsfasen med særligt fokus på fastholdelse og fortsat implementering
- Læringsdelen (læring mellem fag) i IPLS bør fremmes.
- Det bør medtages i planlægningen, hvordan tid og rum til interprofessionel læring etableres for de mange samarbejdende fagpersoner, der ikke sidder i et team
- IPLS-initiativet bør udbredes til samtlige afdelinger på sygehuset

- Det kræver særskilt opmærksomhed, at interprofessionel koordinering kan opleves som forstyrrelser i det monofaglige arbejde

Specielt for team på Ortopædkirurgisk Afdeling:

- Der bør etableres et forum eller en kommunikationslinje mellem teamlederne og de formelle mellemledere; afdelingssygeplejersker og afdelingsterapeuter
- Nuværende teamsamarbejde bør evalueres og teamsammensætningen revurderes i fastlagte tidsintervaller
- Det bør overvejes, hvilke metoder, der med fordel kan anvendes til at måle og bedømme hvert teams effektivitet, samarbejdsevne og trivsel
- Teamlederne skal fortsat støttes af afdelingsledelsen fremover
- Det kræver øget opmærksomhed at undgå, at team bliver nye isolerede søjlegrupperinger
- Der bør etableres samarbejdslinjer mellem team, der har fælles patientforløb
- Det kræver særskilt opmærksomhed at involvere og informere øvrigt personale i teamenes funktion og beslutninger

Helt overordnet set er det en forudsætning for succes med IPLS-interventioner, at der er engagement fra såvel ledelse som medarbejdere, at de gode eksempler fortælles, at det anerkendes at IPLS kræver geografisk nærhed og IPLS skal læres og trænes, at patienter og pårørende involveres, samt at patientforløbene organiseres interprofessionelt.

8. Referencer

1. Abertsen K. Samarbejde om kernopgaven. Grib anledningen til at samarbejde: Danske Regioner og Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet; 2012.
2. World Health O. Framework for Action on Interprofessional Education & collaborative Practice. WHO 2010.
3. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional Teamwork – The Basics. Interprofessional Teamwork for Health and Social Care: wiley-Blackwell; 2010. p. 10-23.
4. Hepp SL, Suter E, Jackson K, Deutschlander S, Makwarimba E, Jennings J, et al. Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. J Interprof Care. 2015;29(2):131-7.
5. Sims S, Hewitt G, Harris R. Evidence of collaboration, pooling of resources, learning and role blurring in interprofessional healthcare teams: a realist synthesis. J Interprof Care. 2015;29(1):20-5.
6. Gittell JH. Effektivitet i sundhedsvæsenet: Munksgaard; 2012.
7. Gittell JH, Weiss L. Coordination Networks Within and Across Organizations: A Multi-level Framework*. Journal of Management Studies. 2004;41(1):127-53.
8. Olesen F, Nissen M, Juul Jensen U. Den forstærkede patient. Om patientbegreber og empowerment: Roskilde Universitetsforlag; 2010.
9. Region S. Rapport om Fælles Akutmodtagelser (FAM) i Region Syddanmark [Report on Emergency Departments in the Region of Southern Denmark]. 2009.
10. Draborg E, Sørensen J, Petersen J, Horsted C, Jensen D. Effektevaluering af Tværfaglig Klinisk Studieenhed ved Ortopædkirurgisk Afdeling, Sygehus Lillebælt. SDU, 2010.
11. Nørgaard B, Vestergaard E. Interprofessionelt teamsamarbejde (projektbeskrivelse). 2012.
12. Bakka JF, Fivelsdal E. Organisationsteori. Struktur, Kultur, Processer Handelshøjskolens Forlag; 1998.
13. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). The Cochrane Library. 2009(4).
14. Jelphe K, Dickinson H. Working in teams. Bristol: The Policy Press; 2008.
15. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional Teamwork for Health and Social Care: Blackwell Publishing Ltd; 2010.
16. Hansen M, Vedung E. Evaluering af Fælles sprog i den kommunale ældrepleje. Evaluering af et standardiseret kategorisystem. SDU Universitetsforlag; 2005.
17. Dahler-Larsen P, Krogstrup HK. Nye veje i evaluering. Håndbog i tre evalueringsmodeller: Systime Academic; 2004.
18. Lauvås K, Lauvås P. Tværfagligt samarbejde - perspektiv og strategi: Klim; 1998.
19. Just E, Nordentoft HM. Tværfaglig praksis - Hans Reitzels Forlag; 2012.

20. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*. 2005;1:8-20.
21. Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Services Research*. 2004;4(1):15.
22. Bajnok I, Puddester D, Macdonald CJ, Archibald D, Kuhl D. Building positive relationships in healthcare: evaluation of the Teams of Interprofessional Staff interprofessional education program. *Contemporary nurse*. 2012;42(1):76-89.
23. Costa DK, Barg FK, Asch DA, Kahn JM. Facilitators of an interprofessional approach to care in medical and mixed medical/surgical ICUs: a multicenter qualitative study. *Research in nursing & health*. 2014;37(4):326-35.
24. Mickan S, Hoffman SJ, Nasmith L. Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries. *J Interprof Care*. 2010;24(5):492-502.
25. Gagliardi AR, Dobrow MJ, Wright FC. How can we improve cancer care? A review of interprofessional collaboration models and their use in clinical management. *Surgical oncology*. 2011;20(3):146-54.
26. Tubbesing G, Chen FM. Insights from exemplar practices on achieving organizational structures in primary care. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*. 2015;28(2):190-4.
27. Muller C, Zimmermann L, Korner M. [Facilitators and barriers to interprofessional collaboration in rehabilitation clinics--a survey of clinical executive managers]. *Die Rehabilitation*. 2014;53(6):390-5.
28. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International journal of nursing studies*. 2015;52(7):1217-30.
29. Weller JM, Barrow M, Gasquoin S. Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Med Educ*. 2011;45(5):478-87.
30. Petri L. Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nurs Forum*. 2010;45(2):73-82.
31. Martinussen M, Adolfsen F, Lauritzen C, Richardsen AM. Improving interprofessional collaboration in a community setting: relationships with burnout, engagement and service quality. *J Interprof Care*. 2012;26(3):219-25.
32. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:116-31.
33. Bray J, Howkins E. Facilitating interprofessional learning in the workplace: a research project using the Delphi technique: Radcliffe Publishing Ltd.; 2006.
34. Robben S, Perry M, van Nieuwenhuijzen L, van Achterberg T, Rikkert MO, Schers H, et al. Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and behavior among primary care professionals. *J Contin Educ Health Prof*. 2012;32(3):196-204.
35. Jones F, Waters C, Benson L, Jones C, Hammond J, Bailey N. Evaluation of a shared approach to interprofessional learning about stroke self-management. *J Interprof Care*. 2012;26(6):514-6.
36. Wakefield A, Carlisle C, Hall A, Attree M. Patient safety investigations: the need for interprofessional learning. *Learning in Health and Social Care*. 2009;8(1):22-32.

37. Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J Interprof Care*. 2009;23(1):41-51.
38. Burton J. Multipractice and interprofessional learning in the community: A problem-based approach to improving cancer care. *Education for General Practice*. 2000;11:5-7.
39. Scotten M, Manos EL, Malicoat A, Paolo AM. Minding the gap: Interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care. *Patient Educ Couns*. 2015;98(7):895-900.
40. MacNaughton K, Chreim S, Bourgeault I. Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2013;13(1):486.
41. Lingard L, Vanstone M, Durrant M, Fleming-Carroll B, Lowe M, Rashotte J, et al. Conflicting messages: examining the dynamics of leadership on interprofessional teams. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2012;87(12):1762-7.
42. Mathers N, Maso G, Heyrman JG, Solas O. LOTUS: an evaluation of a European continuing professional development programme. Radcliffe Publishing Ltd.; 2007.
43. Borg T. Livsførelse i hverdagen under rehabilitering. Et socialpsykologisk studie (Ph.d.-afhandling). Aarhus Universitet 2002.
44. Kristiansen S, Krogstrup HK. Deltagende observation - introduktion til en samfundsvidenskabelig metode: Hans Reitzels Forlag; 1999.
45. Dahler-Larsen P. At fremstille kvalitative data. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2008. 10-123 p.

Bilag 1 - Interviewguide

Interviewguiden er generisk. Dog blev der til hvert interview, tilføjet spørgsmål med særlig fokus på den enkelte informantgruppe.

Evaluerings spørgsmål

Hvorvidt virker IPLS indsatsen på Kolding Sygehus i perioden medio 2012 til ultimo 2015, på hvilken måde og under hvilke betingelser?

Kort Introduktionsrunde: Navn, afdeling, Hvordan kommer IPLS til udtryk i jeres hverdag?

Situationen før IPLS

1. **Hvad tænker I var grunden til at IPLS blev indført på Kolding sygehus – Hvad skulle det ændre på?**

Hvad kan IPLS initiativet bidrage med?

1. **Hvad kan IPLS bidrage med?**
2. **Hvad er vigtigt for at kunne implementere IPLS på den bedste måde på Kolding sygehus?**
 - På leder-, medarbejder-, patient- og uddannelsesniveau?
3. **Tænker I der er nogle bivirkninger i forhold til at implementere IPLS?**

Oplevelser af IPLS initiativet og forudsætninger for at IPLS virker.

1. **På hvilken måde gør IPLS en forskel på de involverede afdelinger ift. før IPLS? Og specielt i forhold til ændringer af:**

- De faglige og personlige relationer mellem fag?
- Trivsel og arbejdsmiljø?
- Kendskabet til andre faggruppers kompetencer og arbejdsforhold?
- Den tværgående arbejdstilrettelæggelse?
- Skabelsen af mere sammenhængende patientforløb?
- Patientinddragelse og patienttilfredshed? Hvad siger I til følgende påstand: "Nu inddrager vi patienten i alle patientrelaterede beslutninger og aftaler"
- Er IPLS indsatsen og IPLS resultater klart forbundne eller/og har andre tiltag haft indflydelse?
- Og hvor og hvornår virker eller bruges IPLS ikke?

2. **Har forudsætningerne været til stede for at få IPLS til at virke?**

a. *Organisatoriske forudsætninger?*

- Hvordan har ledelsers indsats og opbakning haft indflydelse på IPLS?
- Hvordan har medarbejdernes og de enkelte faggruppers indsats og opbakning haft indflydelse på IPLS?
- Hvilken indflydelse har sygehusets opbygning af specialeafdelinger og monofaglige miljøer haft for IPLS' virke?
- Påstand: "Det starter helt tilbage med den monofaglige uddannelse og derfor tænker vi også efter uddannelsen meget monofagligt i vores opgaveløsning".

b. *I forhold til ovennævnte, hvordan er forudsætningerne så aktuelt til stede for at få IPLS til at virke?*

- Har det at IPLS allerede er implementeret gjort, at nye IPLS tiltag er nemmere at implementere?
- c. *Hvem er de vigtigste IPLS aktører/igangsættere og hvad er det præcist aktørerne skal gøre?*

3. **Hvad skal der til for at forbedre og udvikle IPLS initiativet?**

- På ledelsesniveau?
- På medarbejderniveau?
- På patientniveau?
- På uddannelsesniveau?
- På organisationsstrukturen?
- Andet?

Særligt for aktørgruppen (her: Styregruppen)

Er IPLS visioner i tråd med sygehusets/regionens visioner?

Hvilke strategier blev iværksat for at implementere IPLS bedst muligt?

Er der behov for en fortsat styregruppe?

ER der behov for fortsat daglig koordinering/ledelse af indsatsen?

Bilag 2 - Logbog for litteratursøgning

Anvendte termer til litteratursøgning:

- Alle ANY FIELD.
 - Blok 1: interprofessional OR team
 - Blok 2: IPC OR "interprofessional collaboration" OR IPL OR "interprofessional learning" OR IPE OR "interprofessional education" OR IPLC OR "interprofessional learning and collaboration".
 - Blok 3: "health professional*" OR "health personnel"
 - Blok 4: interdisciplin* OR multidisciplin* OR collaboration OR team* OR transdisciplin* OR "relational coordination" OR "plural disciplin*"

Antal fundne:

- Psycinfo = 509.
- Pubmed Medline = 503.
- CINAHL = 332.
- Embase 1988-2015 = 473.
- ERIC = 44.
- I ALT = 1861
 - HER ER DER IKKE TAGET HØJDE FOR HVOR MANGE DER VAR ENS PÅ TVÆRS AF DATABASESNE.

Inklusionskriterier, n= 114:

- Effekt af interventioner
- Oplevelse/beskrivelse af interventioner
- Sundhedsprofessionelle som målgruppe
- Søgetermen "team" skal indgå

Definition af begreb(er)

Eksklusionskriterier, n= 1747:

- Andre sprog end engelsk, dansk, norsk og svensk
- Andre lande end USA, Canada, UK, skandinaviske, Benelux
- Fokus på studerende
- Ekskluderet artikler der har fokus på teamwork på "rural hospitals/areas"
- Ekskluderet artikler der ikke har fokus på enten begrebsdefinition eller beskrivelse/oplevelse af interventioner.
- Ekskluderet artikler der handler om online/multimedie interventioner.
- Ekskluderet artikler der handler om alternativ medicin.
- Ekskluderet litteratur der handler om fødeafdelinger og jordemødre.
- Ekskluderet artikler uden tilgængelige abstracts.
- Ekskluderet artikler der har fokus på børn og børneteams.
- Ekskluderet artikler der omhandler tandplejepersonale.
- Ekskluderet artikler der har fokus på social work.
- Ekskluderet artikler der handler om udvikling af curricula til universiteter.
- Ekskluderet artikler der handler om veteraner.

- Ekskluderet artikler der handler om spiseforstyrrelser.
- Ekskluderet artikler der har fokus på ikke-vestlige kulturforskelle.
- Ekskluderet artikler der handler om alkohol- eller stofmisbrug.