

## *Jeg har ikke sovet hele natten*

Forfattere:

Projektleder og specialkonsulent Jens Ravnholt, Koncern HR/Region Nordjylland  
Kvalitetskonsulent Christian Volf Pedersen, Sundhed, Plan og Kvalitet/Region Nordjylland

Koordineringen mellem sygehuse, kommuner og alment praktiserende læger bliver ofte kritiseret for at være utilstrækkelig og langsommelig. Det har givet anledning til udtryk som: "Det fragmenterede sundhedsvæsen", "Bermuda-trekanten", "Grå-zone-patienten" og "Patienten, som falder mellem to eller flere stole" (Seemann 2004). Sikring af sammenhængende patientforløb er derfor blevet en højt prioriteret koordineringsopgave både internt og på tværs af de sundhedsfaglige organisationer, der oplever et stadigt stigende politisk pres i form af behandlingsgarantier, pakkeforløb etc.

Det moderne sundhedsvæsen består af mange forskellige organiseringer og faggrupper, der repræsenterer adskilte funktioner og forskellige organisations- og fagkulturer, som vanskeliggør kommunikation, koordinering og samordning. Sundhedsvæsnets traditionelle organisering efter lægefaglige specialer anklages for at have ført til en autonom og fragmenteret "ø-kultur", hvor solidariteten mellem de forskellige fagligheder ofte ikke rækker ud over egne grænser. I disse adskilte funktioner udvikles specielle forståelsesrammer og forpligtelser, der potentielt modarbejder behovet for helhedstænkning og samarbejde på tværs. Et behov der er særligt stort for kronikere og ældre patienter med komorbide lidelser (ibid.).

Andre udviklingstendenser indenfor sundhedsvæsnets net er ligeledes med til at øge behovet for en bedre og mere effektiv koordinering. I 1935 var der 105 mulige interpersonelle relationer blandt sundhedspersonalet omkring 20 senge i det danske sundhedsvæsen. I dag er der 4560 mulige relationer om samme antal senge. I samme periode er patientflowet øget markant – fra i 1935 at være 30 dage, er den gennemsnitlige liggetid pr. patient i dag kun 5 dage. Antallet af ambulante patienter er steget eksplosivt og forventes fortsat at stige. Det samme er informationsmængden omkring den enkelte patient (tests, scanninger, prøver etc.). Hertil kommer at relationerne "ud af" sygehuset også har ændret karakter – det være sig i forhold til primærsektor (praktiserende læger, kommunal hjemmepleje etc.), pårørende, patientforeninger mv.

Bedre og mere effektiv koordinering på tværs af afdelinger, ledelsesområder og faggrupper bliver en central øvelse, hvis det danske sundhedsvæsen, trods økonomiske, demografiske og organisatoriske udfordringer, også fremover skal levere højt kvalificeret behandling til sine patienter. Men hvordan forbedres og effektiviseres koordineringen i og på tværs af de sundhedsfaglige organisationer med henblik på at sikre sammenhæng i patientforløb? Et bud er gennem relationel koordinering.

### **Ledelse på tværs**

Relationel koordinering handler grundlæggende om ledelse på tværs. Metoden er udviklet af den amerikanske professor Jody Hoffer Gittel, der med afsæt i studier af flere tusinde tværgående arbejdsprocesser i det amerikanske sundhedsvæsen har påvist en klar sammenhæng mellem graden af relationel koordinering og kvalitet, effektivitet og de ansattes arbejdsglæde (Gittel 2009).

Relationel koordinering er med andre ord et bud på, hvordan velfærdsinstitutioner kan løse den grundlæggende udfordring: Hvordan man – til gavn for borgeren – evner at samarbejde på tværs af faggrupper, afdelinger og sektorer på arbejdspladser, hvor opgaverne er karakteriseret ved en høj grad af kompleksitet, uforudsigelighed, gensidig afhængighed og tidspres.

Men hvordan understøtter man en udviklingsproces med relationel koordinering i en hierarkisk opdelt arbejdskultur på sygehusene, hvor specielt lægeprofessionen er orienteret mod monofaglig udvikling og professionsfaglige arbejdsværdier? Den udfordring tog Region Nordjylland/Aalborg Sygehus og Region Hovedstaden/Glostrup Hospital hul på i 2011, da man i samarbejde med Videncenter for Velfærdsledelse påbegyndte Projekt Relationel Koordinering.

Med afsæt i de praktiske erfaringer fra en række delprojekter under Projekt Relationel Koordinering giver nærværende artikel et bud på, hvordan tillid kan realiseres mellem funktionsroller og fagpersoner. Artik-

len diskuterer perspektiverne for, hvordan det administrative og operative niveau i fællesskab kan være med til at generere innovation og skabe resultater på bundlinjen. Endeligt introducerer artiklen nogle konkrete projektprincipper, der kan være med til at øge evnen til at gennemføre forbedringsprojekter og derved højne opgaveløsningens samlede kvalitet, effektivitet og de ansattes arbejdsglæde.

### **Første projektgruppemøde**

Tid: Mandag d. 9. januar 2012 kl. 07.30

Sted: Aalborg Universitetshospital, mødelokale 3 i Urbanbygningen ud til Hobrovej

Begivenhed: Første møde i projektgruppen for ét af 11 gennemførte delprojekter

Støjen fra morgentrafikken på Hobrovej krøb ind igennem de lydisolerede vinduer til mødelokalet, hvor der var 8 personer samlet. Tilstede var to ledende overlæger, to oversygeplejersker og to projektsygeplejersker og to konsulenter. Det var et møde mellem en højt specialiseret medicinsk afdeling i Aalborg og en generel medicinsk afdeling på en matrikel i Vendsyssel. Formålet med mødet var at lave første udkast til en projektbeskrivelse. Projektidéen var at forbedre patientforløbene på matriklen i Vendsyssel ved at sikre bedre adgang til den højtspecialiserede viden i Aalborg. Mens kaffen var ved at blive skænket, sagde den ledende overlæge fra matriklen i Vendsyssel:

*"Jeg har ikke sovet hele natten".*

Den ene konsulent tilbød straks en kop kaffe, mens tankerne kredsede om, om han skulle lade det passere eller gå ind i det. Konsulenten valgte at gå ind i det.

*"Hvordan kan det være, du ikke har sovet hele natten?"*

Den ledende overlæge svarede:

*"Det er fordi, jeg har læst det, du har sendt til mig"*

Der blev helt stille i lokalet. Kun trafikken fra Hobrovej kunne høres.

Det var ellers et fint DJØF-dokument de to konsulenter havde lavet. 10 sider med tydelig struktur, decimalklassifikation af afsnit og underafsnit. Krav til projektet og bidrag fra projektet var venligt, men også tydeligt, oplistede. Der skulle jo helst ikke være uklarhed eller tvivl om noget. Konsulenterne ville ikke risikere, ikke at leve op til de formalia, der var stillet fra Videncenter for Velfærdsledelse i forbindelse med den økonomiske støtte, der var givet. Der skulle jo være styr på timeregnskaber osv.

Efter en lille pause spurgte konsulentten:

*"Hvad er det ved dokumentet, der har holdt dig vågen hele natten?"*

Den ledende overlæge svarede:

*"Det er typisk for den her slags arbejde – vi skulle aldrig være gået ind i det. Stolpe op og stolpe ned. Men hvor er min afdeling i alt det her? Hvad har det her med mine patienter at gøre? Kunne I ikke bare gøre det hele lidt mere lav-praktisk!"*

Konsulentten tog imod invitationen og lagde dokumentet til side.

*"Vores intention er at hjælpe jer med at gøre jeres projektidé til virkelighed. Det er egentligt det, vi gerne vil snakke med jer om".*

En god og konstruktiv stemning bredte sig langsom i lokalet i løbet af den næste time.

De to afdelinger fik gjort deres idé til virkelighed. Og ja, det betyder noget for patienterne på matriklen i Vendsyssel.

### **Mod en fælles forbedringsforståelse**

Historien om det første projektmøde er mere end blot fortællingen om en vrissen nordjysk overlæge. Den er symptom på det sammenstød af styringslogikker, der potentielt kvæler forbedringsprojekter før de endnu er sat i søen. Historien er et klassik eksempel på en konfrontation mellem det professionelle og det bureaukratiske styringsparadigme, repræsenteret ved henholdsvis den ledende overlæge og konsulenten. En konfrontation der næppe er unikt gældende for sundhedsområdet. Stort set alle sektorer, organisationer og virksomheder oplever gnidninger mellem det operative og administrative niveau, og særligt tydelige bliver de divergerende virkelighedsopfattelser, når klinikerer i hvide trøsko og DJØF'eren i nystroget skjorte sættes sammen i et lukket rum med et opdrag om at gennemføre et forbedringsprojekt.

Udfordringen er åbenlys: Hvordan og med hvilken effekt kan styringsrationaler forenes i ambitionen om at forbedre kvaliteten og effektiviteten af det fælles arbejde? For at kunne give et bud på det, er vi først og fremmest nødt til at dykke ned i de enkelte rationalers logikker og ophav.

I litteraturen skelnes der traditionelt mellem tre styringsrationaler indenfor det offentlige - herunder sygesektoren: Det politisk/offentlige styringsrationale, det klinisk/professionelle styringsrationale og det markedsbaserede styringsrationale (Vrangbæk i Zeuthen et al. 1999). Styringsrationalerne udgør hver især forståelsesrammer for hvilke organisatoriske udfordringer og løsningsmodeller, der opfattes som gældende. Styringsrationaler er dermed vigtige for legitimering og delegitimering af forskellige forandrings tiltag og måder at organisere sig på (ibid.).

#### *Det politisk/offentlige styringsrationale*

Webers ideal om den neutrale og rationelle forvaltning er udgangspunktet for det politisk/offentlige rationale, der vægter hensynet til befolkningen som helhed og den samfundsmæssige nytte frem for den enkelte individs situation og præferencer. Blandt nøglebegreber i rationalet er: demokrati, fællesskab, effektivitet, bureaukrati, magt og forhandling.

#### *Det klinisk/professionelle styringsrationale*

I kontrast til det politisk/offentlige rationale står det klinisk/professionelle styringsrationale. Rationalet er tæt forbundet med lægeprofessionens selvopfattelse og kan illustreres ved følgende karakteristik af professionen: "det er en beskæftigelse, der regulerer sig selv gennem systematisk obligatorisk træning/uddannelse og kollegial disciplin. Den har base i teknisk specialiseret viden og den har service frem for profitorientering indskrevet i sin etiske kode" (Vrangbæk i Zeuthen et al. 1999:36). Den organisatoriske opfattelse som følger heraf er et dobbelt hensyn: Organisationen skal sikre faglig klinisk udvikling og autonomi, ligesom den skal tilbyde den bedst mulige behandling til den enkelte patient.

#### *Det markedsbaserede styringsrationale*

Udgangspunktet for det markedsbaserede styringsrationale er forestillingen om det rationelle og nyttemaksimerende individ (homo economicus), og tanken om det ideelle marked, fri for monopoler og monopoler, hvor autonome og frie aktører har fuld information om relevante parametre omkring markedssituationen er central. En afledt effekt af det markedsbaserede styringsrationale er de stadigt voksende dokumentationskrav inden for sundhedsvæsenet. Kvalitet og effektivitet skal dokumenteres og registreres, så sygehuse og afdelinger kan sammenlignes og rangeres ud fra en markedslogik.

Styringsrationalerne er ikke afspejlinger af virkeligheden, men skal opfattes som idealtyper, der kan bruges i tolkningen af udviklingstendenser og forandringsprocesser i sundhedsvæsenet. Det er forudsat, at flere rationaler kan eksistere samtidig, men at nogle over tid vil være mere dominerende end andre. Ra-

tionalerne kan således kobles på en paradigmatisk forståelse af styringstendenserne i den offentlige sektor (Lerborg 2011). Her skelnes der mellem fire grundparadigmer: Det humanistiske, det professionelle, det bureaukratiske og New Public management. I praksis eksisterer der således forskellige hybrider af paradigmerne, og det er med udgangspunkt i en sådan hybrid, at nærværende artikel ønsker at belyse potentialerne for et bedre fælles koordineret forbedringsarbejde.

### **Fra implementeringsprojekt til udviklingsprojekt**

Projektet Relationel Koordinering blev økonomisk støttet af Videncenter for Velfærdsledelse, der definerer sig selv som ” *et samarbejde mellem Danske Regioner, Moderniseringsstyrelsen og KL, og formålet er at indsamle, opbygge og formidle viden om velfærdsledelse i praksis ved at igangsætte og følge konkrete projekter om god ledelse for velfærdsområderne.*”

Proceduren for at opnå støtte til projektet var at indsende en ansøgning til videncenteret i foråret 2011 og i den forbindelse var der en række kriterier, temaer samt formalia og betingelser, som projektet skulle opfylde for at komme i betragtning.

Kriterierne for at opnå projektstøtte var, at projekterne:

- 1. Udvikler og afprøver ny tænkning, metoder og ledelsespraksis, der er anvendelig for ledere i den offentlige sektor.*
- 2. Anlægger et helhedssyn på ledelsesopgaven, fx på tværs af sektorer, områder, fag mv.*
- 3. Tager stilling til og formidler resultater til en bredere kreds af interessenter.*
- 4. Adresserer velfærdsproduktionens centrale udfordringer og giver et tydeligt løft i innovation, effektivitet og kvalitet i de deltagende velfærdsproducerende organisationer.*

Temaerne beskrev kravene til det indholdsmæssige fokus i projekterne:

- *Ledelse af mødet mellem borgeren og det offentlige*
- *Ledelse af forandringer og kvalitetsudvikling i en krisetid*
- *Ledelse af den professionsfaglige arbejdsplads*
- *Ledelsesrum i velfærdsinstitutionen*

Projektet Relationel Koordinering havde ingen problemer med at beskrive sig selv ind i disse kriterier og temaer. Formalia og betingelser skulle imidlertid vise sig at blive en udfordring. Hvis man som projektleder ønskede at leve op til disse formalia bedst muligt, skulle man drage omsorg for to ting: For det første skulle de enkelte delprojekter detailplanlægges bedst muligt fra starten, og for det andet skulle man sikre sig, at projekterne blev gennemført helt i overensstemmelse med planen. Det er en grundlogik som ikke er forenelig med den grundlogik, der bør styre et udviklingsprojekt, hvor idealet er, at man via PLAN-DO-STUDY-ACT løbende revurderer og forbedrer projektets indhold og projektets plan.

Situationen var altså, at man efterlyste et udviklingsprojekt, som skulle leve op til de formelle krav, man kan stille til et implementeringsprojekt.

Allerede efter de indledende projektmøder stod det klart, at stramme form – og dokumentationskrav henhævet i det bureaukratiske styringsideal ikke var forenelige med klinikernes motivation for at gå ind i projektet. Konsulenterne måtte erkende, at man havde undervurderet den modvilje og de følelser det kliniske niveau havde i forhold til styrings – og dokumentationskrav. Man opfattede den omfattende dokumentation som udtryk for mistillid og tvivl om deres faglighed og hensigter.

## Det skal give mening i klinikken

Tid: Mandag d. 30. november 2011 om eftermiddagen

Sted: Aalborg Universitetshospital, Medicinerhuset 9. sal, lokale 9.1.

Begivenhed: Første møde i styregruppen

Konsulenten håbede, at den storslåede udsigt over Kildeparken og Aalborg Zoologiske Have fra Medicinerhusets øverste niveau ville smitte af på styregruppens evne til at se de store perspektiver i projektet. Styregruppen var sammensat af en hospitalsdirektør, en cheflæge og en chefkonsulent fra Glostrup Hospital. Fra Region Nordjylland deltog regionsdirektøren, direktøren fra Aalborg Universitetshospital, HR-udviklingschefen og kontorchefen for Strategi, Kommunikation og Personale fra Aalborg Universitetshospital.

Konsulenten ville tage en vigtig og svær diskussion med styregruppen. Hvilket styringsparadigme skulle projektet underlægges? Det var konsulentens vurdering, at det ville blive fuldstændigt afgørende for projektets succes. Og sporerne var allerede lagt ud i den helt forkerte retning. Forskellige muligheder var tænkt igennem, og konsulenten var landet på, at vinklen skulle være "projekttyper". Skulle relationel koordinerings projektet styres som et implementeringsprojekt, der underlægges en bureaukratisk styringsrationale eller et forbedringsprojekt, som underlægges en udviklingsrationale? Videncenter for Velfærdsledelses formalia og betingelser var helt klart baseret på et styringsrationale, så konsulenten vidste, at han skal argumentere godt, for at komme igennem med mere end blot en lille justering.

Projektlederen fremlagde sine argumenter for styregruppen og eksemplificerede via sin research om IC4 projektet, som dagligt blev omtalt i pressen:

*"IC4 projektet er underlagt en bureaukratisk styringsrationale. Problemet er, at der ønskes et dieseltog med en marchhastighed på 180 km/t. Som international standard har dieseltog en marchhastighed på 160 km/t. IC4 projektet er dermed et udviklingsprojekt, som er underlagt en bureaukratisk styringsrationale. Resultatet er katastrofalt."*

Efter en kort dialog var styregruppen ikke i tvivl. Projektet skulle styres på en måde, så det ville give mening i "klinikken" – dvs. ud fra en udviklingslogik, hvor fokus skulle være på hurtige PDSA'ere og ikke på minutøs og dokumenteret gennemførelse af en omfattende detailplan udtænkt bag et skrivebord i Regionshuset. Relationel Koordineringsprojektet havde forvandlet sig til at være et udviklingsprojekt. Projektlederen var lettet.

Styregruppeformanden betonedede overfor projektlederen:

*"Du skal sørge for at holde Videncenter for Velfærdsledelse godt orienteret om projektet."*

Det lover projektlederen.

Efter styregruppemødet stopper Cheflægen fra Glostrup projektlederen ved udgangen af Medicinerhuset:

*"Det var et godt styregruppemøde. Det bliver et spændende projekt!"*

Som følge af dialogen i styregruppen ville styring af projektet fremover kun ske på et overordnet niveau, og projektlederne for de enkelte delprojekter fik frie tøjler i forhold til selv at formulere og udvikle deres projekter. Endvidere blev man enige om, at delprojekterne skulle lanceres i tre bølger, for derved at sikre læring og innovation mellem projekterne. Fælles for delprojekterne var desuden, at de ikke var udpeget på forhånd, men udvalgt på baggrund af et "call", hvor afdelingsledelser og engagerede medarbejdere fik mulighed for at indstille projektforslag. Denne tilgang til projektledelse skulle vise sig at være væsentlig mere kompatibel med den kliniske styringslogik, som var dominerende på sygehusene. Ved at undlade at diktere en bestemt model for, hvordan projekterne skulle ledes og i stedet udvise tillid til klinikernes faglige skøn for, hvordan forbedringsprojekterne skulle gribes an, lykkedes det at sikre ejerskab og engagement i de enkelte delprojekter.

I forhold til Videncenter for Velfærdsledelse havde projektlederen en god dialog med sekretariatet om de ændringer man ønskede at lave i projektet og præsenterede efterfølgende projektet for Videncenterets styregruppe. Projektlederen oplevede imødekommenhed, engagement og kompetent modspil.

### **Høj succesrate**

I alt blev 11 delprojekter gennemført under Relationel Koordinering. Projektets evaluering, som er udarbejdet af Seniorforsker Kasper Edwards fra DTU, konkluderer at 10 ud af 11 projekter har været succesfulde, fordi de har formået at skabe betydelig forandring og fastholde forandringen. Dette er bemærkelsesværdigt, fordi succesraten i forandringsprojekter ofte beskrives som meget lavere. Det er vanskeligt at finde undersøgelser som på baggrund af solidt datamateriale, kan udtale sig kategorisk om succesrate. Ikke desto mindre svæver der tal i litteratur og tidsskrifter om leanprojekter, der i bedste fald har en 50 % succesrate og i værste fald helt ned til 10 % succes. Som en sidehistorie kan det nævnes, at det 11 projekt efter evalueringen kom på skinner og fik fastholdt sin forandring.

Evalueringen har konstateret at delprojekterne har haft en overraskende høj succesrate i forhold til, at de har implementeret og fastholdt organisatorisk forandring. Dette tilskrives den overordnede projektmodel, som har startet delprojekterne i bølger. Ved at indgå i en overordnet projektramme har delprojekterne oplevet et motiverende ydre pres og forventning. Projektlederne har samtidig fået tid og mulighed til at udvikle deres delprojekt, samtidig med at de har kunnet sparre med kollegaer og den overordnede projektledelse.

### **Projektmodel**

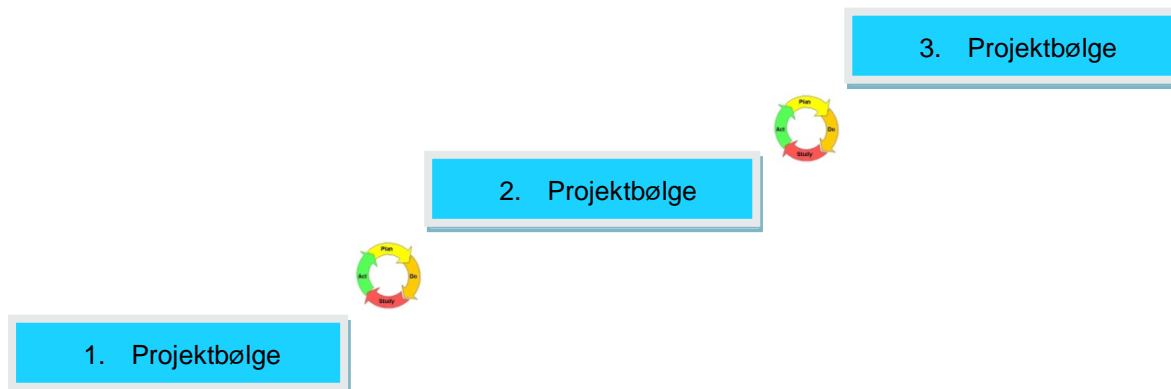
I det følgende gennemgås nogle af de vigtige principper og idéer, der ligger til grund for projektmodellen.

### **Forbedringstænkning**

I den oprindelige projektbeskrivelse var det forudsat, at alle delprojekter skulle starte op samtidigt og gennemføres over en 15 måneders periode. Der er flere problemstillinger i denne tilgang. For det første vil det være en udfordring at holde fokus på ét projekt i en i øvrigt meget dynamisk – og til tider kaotisk – verden over en så lang tidshorizont. Der vil simpelthen være en risiko for, at projekterne løb ud i sandet.

For det andet vil en samlet lancering gøre det vanskeligt at lave forbedringer i den måde projekterne håndteres på. Der blev derfor valgt en model, hvor projekterne blev lanceret i 3 bølger med 4-5 projekter i hver bølge, og hvor projektperioden var 5 måneder. Populært sagt var det et fravalg af lange, tynde projekter til fordel for et tilvalg af korte, fede projekter.

Den historie, der fortælles i starten af artiklen om det første møde i projektgruppen, fandt sted i den første projektbølge. Og af historien fremgår det rimeligt tydeligt, at der var basis for forbedringer. Forbedringen fra første til anden projektbølge var særligt markant.



### **Bottom Up**

For at skabe ejerskab hos klinikerne blev der før opstart af hver projektbølge lavet et "call" for projektidéer, som blev spredt bredt på hospitalerne. Intensionen var som sagt primært at sikre ejerskab, men gradvist blev det tydeligt for konsulenterne, at der var en stor idérigdom og innovationskraft i denne tilgang. Projektidéerne rummede ofte flere aspekter samtidigt, fx sundhedsfaglige aspekter, relationelle aspekter på tværs af fag, aspekter omkring procesoptimering og aspekter omkring struktur.

En anden konsekvens af "bottom up tilgangen" er, at den giver mulighed for en ny rolleforståelse. Det er ikke (længere) konsulenten som skal bruge klinikerne til at gennemføre sit projekt, men konsulenten som skal hjælpe klinikerne med at gennemføre deres projekt. Dette fordrer ydmyghed hos konsulenten og befordrer tillid og engagement hos klinikerne.

Det kræver også is i maven hos konsulenten, som under alle omstændigheder bliver mødt med forventninger og krav fra ledelsessystemet om at levere nogle gode projekter.

### **Ledelsesfokus**

Når der arbejdes med en "bottom up tilgang" er det vigtigt at sikre ledelsesfokus, da ledelsen ellers kan mangle information om, hvad som foregår. Ved manglende information vil ledelsen fx ikke have mulighed for at tilrettelægge og koordinere andre indsatser, der kan påvirke projektet.

For at sikre ledelsesfokus blev der indarbejdet to vigtige elementer i projektprocessen: For det første var det hospitalsledelsen, som besluttede hvilke projekter, der skulle igangsættes. For det andet skulle hvert projekt lave to præsentationer af projektet i løbet af projektperioden.

Udover at holde hospitalsledelsen opmærksomme og forpligtede på projekterne virkede præsentationerne samtidigt som en stor anerkendelse af det arbejde, klinikerne var i gang med.

### **Minimalt paperwork**

Kravene til delprojekternes dokumentation blev begrænset til, at alle projekter skulle producere en powerpoint-præsentation på 7 slides med en business case. Denne business case kunne samtidigt bruges som en kort præsentation af projektet i andre sammenhænge og arbejdet med at lave denne business case blev derfor opfattet som meningsfuldt.

Enkelte projekter valgte af egen drift at opstille en business case og i øvrigt producere en del skriftligt materiale i forbindelse med projektet.

## **Action Learning**

Den tid klinikerne brugte på projektet, kunne de ikke bruge på deres patienter. Så simpelt var det. Klinikerne foreslog deres projekt, fordi de ville tilbyde et bedre patientforløb for deres patienter. Så simpelt var det også.

Den støtte projekterne fik på to workcamps til at gennemføre projektet, blev derfor tilrettelagt som et action learning forløb, hvor teoretiske oplæg var skåret ned til et minimum, og hvor der blev brugt mest mulig tid på at arbejde med indholdet i de enkelte projekter. Netop argumentet om at man ikke skulle hjem fra workcamp og bruge tid på at oversætte teori til praksis, men man blot kunne gå i med at gennemføre forbedringer for patienterne, var særligt vigtigt for at skabe opbakningen fra klinikerne.

## **Opsamling**

Erfaringerne fra projekt Relationel Koordinering har vist, at øget tillid, en bedre fælles forståelse samt en styrket dialog mellem forskellige fagligheder og organisatoriske skel er helt afgørende for, hvorvidt et forbedringsprojekt bliver en succes. Evnen til at forstå andre styringslogikker og velvilligheden til at komme hinanden i møde er her centrale. Heldigvis har projekt Relationel Koordinering mødt denne imødekommehed fra sine forskellige interessenter, og det har været fuldstændigt afgørende for projektets succes.

Hensigten med artiklen er ikke at advokere for en universel projektmodel, der kan og skal anvendes i alle projektsammenhænge. Hensigten er at gøre opmærksom på vigtigheden af den dialog og det relationelle arbejde, der er en central øvelse i enhver projektproces. Alle styringslogikker har deres berettigelse, men de bør appliceres med omtanke for den projekttype, man ønsker at gennemføre. Så kan vi alle sove trygt om natten...