

Kerneårsagsanalyse

Læringspunkter fra forløbet vedr. overskridelser af maksimale ventetider

September 2023

Indholdsfortegnelse

1	Indledning og baggrund.....	3
2	De centrale læringspunkter	5
3	Analytisk ramme og grundlag	7
3.1	Datagrundlag for analysen.....	7
3.1.1	Interviews.....	7
3.1.2	Patientjournaler	9
3.1.3	Kvantitativt data	9
3.2	Analytisk ramme	9
3.3	Implementeringsforberedelse	10
4	Kontekstuelle forhold	12
4.1	Sundhedsvæsenet generelt og Region Midtjylland specifikt	12
4.2	Organiseringen af det mave-tarm kirurgiske område i Region Midtjylland.....	13
4.3	Efterspørgsel, kapacitet, aktivitet og økonomi.....	14
5	Ledelseskæder, struktur og organisering.....	25
5.1	Regionsidentitet, fælles retning og målsætninger	25
5.2	Betydningen af det politiske niveaus samspil med resten af organisationen .	27
5.3	Understøttelse af de kliniske afdelinger.....	28
6	Styringsgrundlag og -model.....	31
6.1	Styringsincitamenter og opfølgingspraksis	32
6.2	Ledelsesroller, ansvar og handlemuligheder.....	33
6.3	Handlingsorienteret og relevant ledelsesinformation.....	34
7	Kapacitetsstyring og -udnyttelse	37
7.1	Fleksibel udnyttelse af den samlede regionale kapacitet	37
7.2	Nye måder at løse opgaver på og mindske kapacitetspresset.....	38
7.3	Tilgang til kapacitetsplanlægning og -justering.....	40
8	Vejen videre.....	41

Kerneårsagsanalyse

1 Indledning og baggrund

Forretningsudvalget i Region Midtjylland har besluttet, at der skal gennemføres en kerneårsagsanalyse¹ af overskridelserne af de maksimale ventetider for behandling af patienter med kræftsygdomme og visse tilstande ved iskæmisk hjertesygdom.²

Kerneårsagsanalysen skal bygge videre og ovenpå på den eksterne juridiske vurdering (Advokatfirmaet Poul Schmith) og især den eksterne foreløbige ledelsesmæssige vurdering (Implement Healthcare), der blev udarbejdet på kort tid og alene på baggrund af skriftligt materiale, ligeledes på opdrag fra Forretningsudvalget.

Kerneårsagsanalysen skal være en dybere og mere grundig analyse, der baseres på et mere fyldestgørende empirisk – særligt kvalitativt – grundlag, hvor organisationen og samarbejdsparter samt patienter inddrages, og supplerende data og dokumentation indsamles. Analysen skal dermed også kvalificere og eventuelt korrigere den foreløbige vurderings fund. Det er derfor også i denne afrapportering bemærket, de meget få steder, hvor der er grund til nuancering eller justering af fund og konklusioner.

Derudover er det essentielt, at kerneårsagsanalysen har fokus på, at der skal komme læring og forbedringstiltag ud af resultaterne med det helt afgørende formål, at patienterne skal tilbydes den bedste behandling inden for de givne rammer. Læringspunkter skal i videst muligt omfang have generel værdi og relevans for Region Midtjylland.

Udgangspunktet

Det er helt grundlæggende for muligheden for at uddrage læring af forløbet og situationen på Mave- og Tarmkirurgi (MTK) på Aarhus Universitetshospital (AUH) at anerkende, at der er tale om en særdeles sammensat og kompleks situation med et langt forudgående forløb, der førte til overskridelser af de maksimale ventetider på MTK. Et forløb med en lang række hændelser, der er relativt detaljeret beskrevet og gennemgået i de ovenfor nævnte indledende analyserapporter.

Det er derfor ikke muligt at afdække og analysere årsagerne til de overskredne maksimale ventetider på en enkelt afdeling i Region Midtjylland med det formål at uddrage generel læring for hele organisationen uden at have blik for det samlede sæt af årsager og virkninger, der har været gældende på MTK. Det gælder blandt andet historik, individuelle relationer og adfærd, den demografiske udvikling, et kontinuerligt stigende økonomisk pres samt kontinuerlig og generelt stigende faglig specialisering og subspecialisering med tilhørende udvidede behandlingsmuligheder. På samme vis som styringspraksis, kultur, ledelsespraksis, økonomi- og budget samt ansvarsplacering, handlemuligheder og opfølgingspraksis alt sammen er faktorer, der hver især og tilsammen kan være fremmende eller afdæmpende for risikoen for, at noget tilsvarende kan ske en anden gang eller et andet sted.

Implement har derfor i analysen sondret skarpt mellem helt særlige og relativt unikke årsager, hvorfra eventuel generel læring kun meget indirekte kan udtrages, og årsager,

¹ Denne analyse tager afsæt i "kerneårsagsanalysemetoden", og som almindeligvis gennemføres ved hjælp af spørgsmålene; hvad skete der?, hvordan kan det være, at hændelsen skete? og hvordan undgår vi, at det sker igen? Denne analyse har et mere bredt fokus på den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet, hvorfor tilgangen suppleres med flere temaer og metoder og har et mere fremadrettet perspektiv, end der almindeligvis er i en typisk kerneårsagsanalyse.

² <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2015/584> - Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme

der har mere generel karakter og bred relevans, hvor læringspotentialet må anses for at være betydeligt og af bred relevans. Vægten i afrapporteringen er således primært lagt på sidstnævnte.

Igangværende indsatser og forandring, læring og refleksion samt det fremadrettede perspektiv

Selv om analysens omfang har været betydeligt, er den, af hensyn til alvorligheden og det både politiske og administrative ønske om hurtigt at uddrage læring og at omsætte denne læring til udviklingstiltag, gennemført på meget kort tid. Samtidig har der derfor naturligvis været igangsat en lang række af øvrige indsatser både direkte på og relateret til MTK, men også på et bredere regionalt niveau. Disse indsatser er blandt andet beskrevet i regionens syvpunktsplan³, hvori kerneårsagsanalysen er punkt 3.

I analysearbejdet har Region Midtjylland og Implement Healthcare derfor tilstræbt løbende at uddrage læring i fællesskab med det formål at sikre, at observationer og fund har aktuel relevans for organisationen, ligesom vurderingen af generaliserbarhed af læringen er løbende afstemt.

Det betyder, at der blandt kerneårsagsanalysens resultater er en række temaer og udpegede læringspunkter, som bevidst har et vist sammenfald med syvpunktsplanen. Der er derfor også i denne afrapportering (specifikt i kapitel 8) anført, hvor der er initiativer, der med fordel kan ses i sammenhæng, og hvor disse gensidigt supplerer hinanden.

Samlet set har der i tilrettelæggelsen af kerneårsagsanalysen været fokus på at skabe ejerskab til observationer og konklusioner. Derved er det håbet, at kerneårsagsanalysen både undervejs i processen og i forlængelse af nærværende afrapportering er et værdifuldt bidrag til regionens arbejde.

³ <https://via.ritzau.dk/data/attachments/00070/0d0f60d5-88d1-487c-bf8a-0a317cc1feb0.pdf>

2 De centrale læringspunkter

Dette kapitel fungerer som opsamling på og resumé af de følgende, mere analyserende kapitler. I dette kapitel løbes de centrale læringspunkter igennem, hvilket også betyder, at der er flere perspektiver, vinkler og overvejelser at hente i de følgende dele.

Det fremadrettede blik og forslagene til forskellige initiativer, der kan tages på baggrund af læringspunkterne, fremgår ligeledes af kapitlerne 5, 6 og 7 samt eksplicit og specifikt af kapitel 8.

Det er vigtigt igen at understrege, at de forskellige "årsager" og tilhørende læringspunkter, der er identificeret i denne analyse, ikke kan eller bør ses eller forstås enkeltvis. Årsagerne er mange og sammenhængende og giver et samlet komplekst billede af, hvorfor de initiativer, der med fordel kan tages efterfølgende, nødvendigvis også må ses både i sammenhæng og med opmærksomhed herpå.

De centrale læringspunkter er:

- Der kan konstateres en relativt lav grad af koncernidentitet og fælles regionskultur, som har haft og har betydning for organisationens evne til fleksibelt at udnytte de samlede ressourcer og kapacitet både under pres og under de udsving, der altid vil være, og som ofte svinger asynkront. Dette er særligt tydeligt, når det samlede system og de enkelte enheder er tiltagende presset på ressourcer; både økonomisk og medarbejdermæssigt.
- Der har været en utydelig eller egentlig manglende fælles forventningsafstemning mellem politisk niveau, koncerndirektion og koncerndirektion om roller, ansvar og samarbejdsform. Det har tillidsmæssigt udfordret den organisatoriske evne til at agere effektivt og entydigt.
- Der er i organisationen stor variation i forståelsen og oplevelse af, hvilke roller hhv. hospitalsstabe og i særlig grad de regionale stabe spiller og burde spille i relation til den direkte understøttelse af kerneopgaven, samt hvordan de kliniske afdelinger indgår i dette samspil. Det skaber frustrationer bredt set, og medvirker til at reducere effekten af de indsats, der igangsættes, og den generelle reaktionsevne, når udfordringer eskaleres i ledelsessystemet.
- Monitoreringsgrundlaget/ledelsesinformation har ikke understøttet, at den overordnede udvikling over tid i henholdsvis kapacitet og behov har kunnet følges og har derfor ikke været tilstrækkelig til en mere objektiv opmærksomhed på og proaktiv stillingtagen til behovet for prioritering på strategisk og politisk niveau. Dette har gjort afhængigheden af mere kvalitative input fra både interne og eksterne kilder stor og gjort det vanskeligt at sortere i og vurdere relevansen af informationerne.
- Forløbet har vist, at der lokalt er usikkerhed og tvivl om forventningerne til afdelingsledelserne på de kliniske afdelinger og dermed også om, hvilken kompetencemæssig understøttelse, der er behov for at sikre adgang til. Usikkerheden skyldes både en stigende kompleksitet i opgaven, specifikt drevet af stigende specialiseringsgrad og øget subspecialisering, og generelt det stigende pres på sygehusvæsenet, hvor mange aktører har holdninger til prioriteringer, beslutninger og udviklingsmuligheder. Sidstnævnte placerer afdelingsledelserne i et tiltagende krydspres, der er vanskeligt at håndtere samtidig med, at afdelingens bæredygtighed som både arbejdsplads og et trykt behandlingssted for patienterne

skal sikres. Dette har udfordret både erfarne og mindre erfarne afdelingsledere på MTK, og viser, at afdelingsledelsesopgaven ikke bør undervurderes.

- Der er uklarhed om og en lav grad af gennemsigtighed i status for den enkelte afdelings, afsnits og teams arbejde med kontinuerlige forbedringer og optimering. Der kan dog konstateres en betydelig variation. Det betyder, at der er usikkerhed både horisontalt mellem afdelinger og vertikalt mellem ledelseslag, om alle muligheder er udnyttet, og alle sten er vendt, før udfordringer eskaleres, og før der ageres på problemerne. I tilknytning til den ledelses- og inspirationsresistens, det fornemmes, at der har været og kan opstå i små, meget specialiserede teams, er det vanskeligt at gennemskue problemer og muligheder.

3 Analytisk ramme og grundlag

I dette afsnit gives en kort introduktion til den metodiske tilgang til etableringen af datagrundlaget, som analysen bygger på, samt den anvendte analytiske ramme, der er lagt ned over dette datagrundlag.

Det har, som nævnt indledningsvist, været et vilkår for analyseprocessen, at der har været behov for og ønske om en hurtig gennemførelse med henblik på at kunne uddrage læring og igangsætte forandringsprocesser i organisationen hurtigst muligt. Samtidig er kerneårsagsanalysen et blandt flere initiativer igangsat, jf. boksen nedenfor om regionens syvpunktsplan.

Overskrifterne i Region Midtjyllands syvpunktsplan om åbenhed om udfordringer, sikring af kritisk kapacitet og rettidighed, inkl. tilføjelse

1. Kræftområdet: Håndtering af aktuelle udfordringer og forbedret ledelsesinformation
 2. Afdækning af områder med alvorlige kapacitetsudfordringer
 3. Kerneårsagsanalyse af overskridelse af maksimale ventetider inden for mave-tarmkræft
 4. Forstærket ledelseskommunikation om håndtering af udfordringer af betydning for patientsikkerhed iværksættes
 5. Forbedret kommunikation til og dialog med regionsrådet
 6. Evaluering af setup for regionens whistleblowerordning
 7. En stærkere kvalitetskultur i Region Midtjylland: Nye tiltag om dialog, åbenhed, læring og forbedringer
- Senere tilføjelse:*
8. Opgave- og rollefordeling mellem ledelseslag

Dette betyder også, at genstandsfeltet for analysen har været under forandring i løbet af hele processen, hvilket sammen med sagens alvor har været baggrund for et metodisk valg, hvor Implement på baggrund af en stor mængde indsamlet kvalitativt og kvantitativt data har foretaget en kondensering og fortolkning af oplysningerne. Dermed indeholder denne afrapportering de uddrag af læringspunkter, som Implement har vurderet at være mest værdifulde for regionens videre arbejde.

3.1 Datagrundlag for analysen

Analysen er baseret blandt andet et omfattende kvalitativt datagrundlag, der er tilvejebragt gennem et stort interviewprogram, som er gennemført i perioden 12. juni til 23. august 2023. Dertil kommer en række mere kvantitative data om blandt andet aktivitetsudviklingen og udviklingen i personalsituationen samt de budgetmæssige forhold. Grundlaget er nærmere beskrevet i det følgende.

3.1.1 Interviews

Der er i analysen afholdt mere end 90 interviews med personer, der har direkte eller indirekte tilknytning til MTK. Det er både patienter, ansatte i regionen og på hospitalerne, tidligere ansatte samt politikere i regionsrådet i Region Midtjylland.

De gennemførte interviews har taget afsæt i projektbeskrivelsens førte analysespørgsmål "Hvad er mere fyldstgørende sket, hvornår i forløbet?", og alle interviews er blevet dokumenteret og efterfølgende tematiseret i forhold til analyserammen samt yderligere tilkomne temaer med det formål at sikre den bredest mulige opsamling og anvendelse af perspektiverne i analysen som afsæt for opsamling af den læring der er præsenteret i nærværende afrapportering.

Patientinterviews

På baggrund af patienternes diagnoser er der tilfældigt udvalgt 20 af de 303 patienter, der har oplevet, at den maksimale ventetid på deres operation er blevet overskredet. Disse 20 patienter blev kontaktet via e-Boks med en invitation til at deltage i et interview med Implement.

For dels at sikre bredest muligt deltagelse, og dels at give sårbare patienter en tryk oplevelse, blev patienterne inviteret til at deltage uden Region Midtjyllands direkte involvering. Samtidig fik patienterne mulighed for at deltage med en eller flere pårørende. Disse greb blev alle taget for at give patienterne størst mulig psykologisk tryghed og skabe et rum, hvor patienterne åbent kunne fortælle om deres forløb og oplevelser.

I alt takkede otte patienter ja til et interview, mens de resterende 12 ikke svarede på invitationen.

Interviewene havde en varighed på omkring en time og blev gennemført som semi-strukturerede interviews med udgangspunkt i patienternes oplevelser af både forløbet og deres accept af overskridelsen af de maksimale ventetider.

Interviews i organisationen

Sagens karakter og kompleksitet betød, at det var særligt vigtigt at sikre en bred deltagelse for at skabe et så dækkende grundlag for det videre arbejde som muligt. Det betyder også, at alle respondenter er anonyme.

Et særligt forhold har været, at en stor del af respondenterne på den ene eller anden måde er en involveret part i sagen. Dette betyder naturligvis, at respondenternes svar skal ses og fortolkes i dette lys.

På baggrund af den foreløbige ledelsesmæssige vurdering blev der identificere en række grupperinger, der vil kunne give relevante input til nærværende kerneårsagsanalyse. Nedenfor er de udvalgte grupperinger oplistet, og det fremgår, hvor mange interviews, der er foretaget inden for hver gruppe, samt længden af hvert enkelt interview.

- Medarbejdere på MTK (21 interviews á 1 times varighed)
- Hospitalsledelsen på AUH (3 interviews á 1 times varighed)
- Samarbejdsafdelinger på AUH (9 interviews á 30 minutters varighed)
- Stabsfunktioner på AUH (13 interviews á 1 times varighed)
- Samarbejdshospitaler i Region Midtjylland (11 interviews á 30 minutters varighed)
- Stabsfunktioner i Region Midtjylland (10 interviews á 1 times varighed)
- Politikere i Regionsrådet (12 interviews á 1 times varighed)
- Tidligere medarbejdere (5 interviews á 1 times varighed)

Foruden ovenstående 84 interviews er yderligere 13 blev inviteret til interview, men er enten ikke vendt tilbage på forespørgslen eller har ikke ønsket at medvirke. Hele regionsrådet har fået mulighed for at deltage i interviews.

Interviewene blev gennemført som semi-strukturerede, åbne interview, hvor de gennemgående interviewtemaer afspejler strukturen i denne afrapportering. Metoden blev

valgt for at sikre, at respondenternes perspektiver, oplevelser og vigtigste synspunkter blev afdækket, fremfor en stram styring med fokus på alene at bekræfte de forudgående hypoteser med en på forhånd meget fast interviewguide. Formålet med denne metode har været at fastholde åbenhed og nysgerrighed for nye perspektiver, der ikke var tematisk identificeret på forhånd fx afledt af den foreløbige ledelsesmæssige vurdering.

3.1.2 Patientjournaler

I projektbeskrivelsen, der blev udarbejdet forud for analysen, indgik en plan om at gennemgå 25 patientjournaler. Formålet med dette var at undersøge og klarlægge journaliseringspraksis på afdelingen. Det har dog vist sig ikke været muligt i den komprimerede analyseperiode at få adgang til patientjournalerne af datajuridiske grunde.

Til gengæld gennemførte Region Midtjylland selv sideløbende en journalaudit, der blev foretaget af et internt team bistået af eksterne reviewere. Denne audit kan til dels stå i stedet for selvstændig gennemgang af patientjournaler med journaliseringspraksis for øje. Auditte indeholder også en afdækning af, hvordan hver patient er blevet informeret undervejs i forløbet om overskridelse af de maksimale ventetider.

3.1.3 Kvantitativt data

For at supplere og understøtte de udsagn og oplevelser, der er indsamlet gennem den interviews, er desuden indhentet nogle få, men centrale, kvantitative datapunkter. Der er indsamlet data vedrørende fem områder, der tilsammen kan være med til at belyse og give et helt overordnet billede af situationen og udviklingen på MTK.

Det indsamlede data vedrører:

- Henvisningerne til MTK
- Sengekapaciteten på sengeafsnittene på MTK
- Personalsituationen på MTK
- Operationsaktiviteten på MTK
- Budgetafvigelse på MTK og AUH

Dataudtrækkene er lavet af den centrale stab i Region Midtjylland på baggrund af Implements forespørgsler. Data er trukket fra den regionale BI-løsning og regionen har sørget for, at data er blevet kvalificeret af AUH. Derudover har AUH også leveret oplysninger om belægningsgrad, udvalgte økonomiske nøgletal samt billeder af eksisterende og kommende BI-rapporter/-dashboards.

3.2 Analytisk ramme

Kerneårsagsanalysen tager afsæt i en række temaer, som afrapporteringen ligeledes er struktureret efter. Temaerne er:

- 1) Kontekstuelle forhold i sundhedsvæsenet generelt, Region Midtjylland, AUH og MTK specifikt
- 2) Ledelseskæder, struktur og organisering
- 3) Styringsgrundlag og -model
- 4) Kapacitetsstyring og -udnyttelse

Temaerne dækker både MTK, AUH, Region Midtjylland og det politiske niveau. Da temaerne har et vist overlap med hinanden, vil nogle af de præsenterede observationer og den tilhørende læring også kunne indeholde elementer fra andre temaer. Under hvert tema beskrives de analytiske fund og observationer, hvilken betydning de har, samt hvordan der

kan arbejdes med dem fremadrettet. Nedenfor uddybes og konkretiseres temaerne, der har dannet udgangspunkt for analysen.

Kontekstuelle forhold

Temaet omfatter de forhold og udfordringer, der har gjort sig gældende for MTK i perioden med overskridelse af de maksimale ventetider. Det gælder både specifikke forhold relateret til MTK, men også forhold på AUH, i Region Midtjylland og det samlede sundhedsvæsenet.

Ledelseskæder, struktur og organisering

Temaet dækker over tre komponenter, der er tæt forbundne. Ledelseskæderne er den vertikale ledelse i Region Midtjylland. Det vil sige sammenhængen mellem den politiske ledelse, koncernledelsen, hospitalsledelsen og afdelingsledelsen. Temaet omfatter også de strukturer, der er opsat med det formål at understøtte en effektiv og fleksibel opgaveløsning, herunder for at håndtere u hensigtsmæssige konsekvenser af den givne organisering i Region Midtjylland og på AUH. Det gælder også rolle- og ansvarsplacering.

Styringsgrundlag og -model

Temaet omfatter den valgte styringsmodel og vidensgrundlaget, som styringen og beslutningerne er baseret på. Styringsmodellen er det formelle valg af, hvordan Region Midtjylland understøtter sammenhæng mellem politiske målsætninger, lovgivning og drift af hospitalerne. Styringsgrundlaget dækker over de informationer og data, der anvendes til at udøve styring og træffe beslutninger i Region Midtjylland, på AUH og på MTK.

Kapacitetsstyring og -udnyttelse

Temaet udforsker de problemstillinger og observationer, der opstår i forhold til kapacitet. Kapacitet er en bred betegnelse, der bl.a. omfatter: personalekapacitet, sengekapacitet, operationskapacitet og udstyrskapacitet. Kapacitetsstyring er den eller de metodiske tilgange til at monitorere, prognosticere og tilpasse kapaciteten til behovet, herunder processer, datagrundlag og samarbejde. Kapacitetsudnyttelse er det systematiske arbejde med optimering af den givne kapacitet enten på en afdeling, et hospital eller i regionen – samt afstemningen herimellem.

3.3 Implementeringsforberedelse

Kerneårsagsanalysens fokus på læring og fremadrettede forandringer er allerede blevet udmøntet konkret i løbet af projektperioden.

Der har således været afholdt tre læringsworkshops, der har haft til formål at kvalificere, teste almenlydigheden og præcisere de analytisk identificerede observationer, samt igangsætte en ejerskabsproces, der er nødvendig for en efterfølgende implementering af forandringer. Under hver workshop er der blevet arbejdet med et læringstema, som har sammenhæng til analyserammen. De tre temaer er:

- Ledelseskæder, struktur og organisering
 - a. Koncernidentitet
 - b. Politisk samarbejde
 - c. Stabsunderstøttelse og agilitet
- Styringsgrundlag og -model
 - a. Styringsincitament og opfølgingspraksis
 - b. Handlemuligheder og ledelses- og stabsunderstøttelse
 - c. Ledelsesinformation
- Kapacitetsstyring og -udnyttelse
 - a. Fleksibel udnyttelse af kapacitet
 - b. Viden om kapacitetssituation som udgangspunkt for planlægning
 - c. Ledelsesmæssig understøttelse af samarbejde

Alle tre læringsworkshops blev gennemført med en bred deltagerkreds repræsenterende store dele af organisationen, herunder regionsrådspolitikere, som deltog på workshop om ledelseskæder, struktur og organisering.

4 Kontekstuelle forhold

I dette afsnit opridses en række af de kontekstuelle forhold i hele hospitalsvæsenet og i Region Midtjylland specifikt, som vurderes at have haft betydning for udviklingen på AUH og MTK.

Desuden beskrives for overblikkets skyld, hvordan det mave-tarm kirurgiske område er organiseret i Region Midtjylland, da både den nuværende og tidligere organisering har indflydelse på samarbejdsrelationerne og -mulighederne internt og på tværs af hospitalerne.

Afslutningsvist præsenteres nogle få udvalgte nøgletal og udviklingstendenser, der er med til at tegne et overordnet billede af den situation, som MTK har befundet sig i. Det gælder både behovet for (efterspørgslen efter) mave-tarm kirurgiske ydelser, afdelingens tilgængelige kapacitet, den realiserede aktivitet (produktion) samt den budgetmæssige situation på AUHs afdelinger.

4.1 Sundhedsvæsenet generelt og Region Midtjylland specifikt

Kerneårsagsanalysen er afgrænset til at beskæftige sig med perioden 1. januar 2022 til 19. marts 2023, men der findes en række tidligere og samtidige hændelser og vilkår, som bør tages med i erindringen, når man forsøger at forstå, hvordan det kunne komme så vidt på MTK.

I mange år er de danske sundhedsudgifterne vokset hurtigere end de øvrige offentlige udgifter. Dette skyldes en række forhold. Først og fremmest den demografiske udvikling med flere ældre og kronisk syge. Oveni dette skal lægges stigende udgifter til ny og omkostningstung medicin, samtidig med at stadig flere sygdomme kan behandles, og ofte både mere sikkert og effektivt end tidligere. Det er godt for borgerne, men skaber også øgede forventninger til sundhedsvæsenet, både i forhold til behandlingshastighed, -kvalitet og adgang til højt specialiserede ydelser. Til sammen ting, der betyder, at regionernes økonomiske rammer er under massivt pres, og selvom skiftende regeringer løbende har tilført yderligere midler til området, har det langt fra været nok til at dække behovene. År efter år har der derfor måttet gennemføres besparelser, som bl.a. har resulteret i hospitalslukninger, -sammenlægninger og rationaliseringer samt opsigelser.

Endelig har en anden konsekvens af den demografiske udvikling inden for de seneste få år tydeligt vist sig at påvirke sygehusvæsenet; stigende mangel på kvalificerede sundhedsfaglige medarbejdere.

Sidstnævnte har på nationalt niveau blandt andet ført til nedsættelsen af Robusthedskommissionen, som umiddelbart inden færdiggørelsen af denne afrapportering udkom med sine anbefalinger.⁴

I Region Midtjylland blev det generelle økonomiske pres yderligere forstærket af en række forsinkelser og budgetoverskridelser i forbindelse med byggeriet af først det nye Aarhus Universitetshospital i Skejby og siden Regionshospitalet Gødstrup. Her var man i nogle tilfælde nødsaget til at finansiere dele af merudgifterne med midler, som egentlig skulle gå til driften, hvilket selvsagt påvirker produktionsevnen (og aktivitetsniveauet).

Dertil har starten af 2020'erne på mange måder vist sig at være udfordrende år for sundhedsvæsenet med særligt to store hændelser, der har haft kraftige kapacitets- og aktivitetsmæssige konsekvenser.

⁴ <https://sum.dk/publikationer-sundhed/2023/september/robusthedskommissionens-anbefalinger>

Først og fremmest drejer det sig naturligvis om Covid-19 pandemien. Fra starten af 2020 lagde den hele verdens sundhedssystemer ned og betød, at de fleste af systemets kræfter og ressourcer måtte rettes mod denne udfordring. Den planlagte aktivitet blev i lange perioder neddroget for at lette presset på sygehusene og for at kunne prioritere patienter med akutte og livstruende sygdomme. Selv på disse områder, har efterfølgende undersøgelser vist, blev dele af aktiviteten af forskellige årsager påvirket negativt. Regionerne forsøgte løbende at afvikle de behandlinger, som tidligere var blevet udskudt, ligesom der blev iværksat en række tiltag for at øge kapaciteten, bl.a. gennem aflastning på tværs af faggrupper. Ikke desto mindre blev der opbygget et betydeligt behandlingsefterslæb på det planlagte, ikke-tidskritiske område – et efterslæb, der er fortsat helt ind i 2023.

Ca. halvvejs i pandemien var det blevet tid til overenskomstforhandlinger, og her førte uoverensstemmelser mellem medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd og regionerne til en strejke, der varede fra 19. juni 2021 til 28. august 2021. Hovedstridspunktet var løn- og arbejdsforhold, og efter to forkastede overenskomstforslag (det sidste på baggrund af en aftale forhandlet i forligsinstitutionen) var strejken en realitet. Den blev afsluttet, da et flertal af Folketingets partier d. 27. august 2021 vedtog et lovindgreb. Dette gav dog ikke ro blandt sygeplejerskerne, som resten af året i flere omgange nedlagde arbejdet i kortvarige overenskomststridige strejker på en række af landets hospitaler. Selvom forløbet ikke medførte så mange protestopsigelser som frygtet, så har det alligevel betydet, at mange sygeplejersker efterfølgende har valgt at søge andre steder hen. I flere regioner valgte de tilbageværende desuden at opsige aftaler om frivilligt ekstraarbejde, ligesom de skar ned på den fleksibilitet, sygeplejerskerne tidligere havde udvist. Efter strejken vurderede Sundhedsstyrelsen, at efterslæbet kunne tage op mod to år at afvikle. Dette skyldtes bl.a., at regionerne stadig var i gang med at afvikle efterslæbet efter Covid-19 pandemien.

Region Midtjylland har desuden været berørt af en række meget specifikke sager, som har krævet betydeligt politisk og ledelsesmæssigt fokus. Først var der sagen om Diagnostisk Center på Regionshospitalet Silkeborg og dennes anvendelse af lavdosis CT-skanning i udredningen af lungekræft, hvilket i 2020 endte med et påbud fra Sundhedsstyrelsen. I starten af 2022 fulgte "amputationssagen" på det karkirurgiske område, hvor en analyse pegede på, at langt flere patienter end nødvendigt havde fået amputeret ben på de karkirurgiske afdelinger i Viborg og Aarhus. (Sidstnævnte i øvrigt en "sag", der formentlig slet ikke er eller burde have været en sag i Region Midtjylland, taget de efterfølgende nationale analyser og afklaringer i betragtning.)

I begge tilfælde medførte sagerne både personalemæssige og faglige konsekvenser, som gav genlyd i hele regionen (og landet) – og efterfølgende har haft betydning for, hvordan stort set alle ledelsesniveauer agerer og reagerer.

4.2 Organiseringen af det mave-tarm kirurgiske område i Region Midtjylland

Der findes mave-tarm kirurgiske afdelinger eller afsnit på alle regionens hospitaler, dvs. på AUH, Regionshospitalet Gødstrup, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Horsens og Hospitalsenhed Midt. Alle hospitaler behandler mave-tarm kirurgiske patienter på hoved- eller regionsfunktionsniveau, mens kun MTK på AUH varetager de højt specialiserede funktioner og har lands-/landsdelsfunktion indenfor både øvre og nedre (kolorektal- og binyre-) kirurgiske gastroenterologi. MTK havde i den analyserede periode landsfunktion for Cytoreduktiv kirurgi (CRS) og HIPEC, hvilket vil sige, at patienterne ikke har kunnet modtage denne behandling andre steder i Danmark.

MTK har udover patientbehandling på hovedfunktionsniveau, på regionsniveau samt landsdels- og landsniveau også en række særlige forpligtigelse indenfor uddannelse, forskning (og udvikling af specialet).

Den mave-tarm kirurgiske afdeling på AUH er etableret gennem en fusion af to tidligere selvstændige afdelinger fra hhv. Aarhus Amtssygehus (den nedre funktion) og Aarhus Kommunehospital (den øvre funktion). Afdelingerne blev indledningsvist organisatorisk sammenlagt, men forblev fordelt på to matrikler, og i 2018 flyttede de sammen på det nye hospital i Skejby. Rent praktisk skete dette ved, at den øvre funktion først flyttede ind, og efter nogle måneder kom den nedre funktion til.

MTK er i dag organiseret med tre kirurgiske sengeafsnit med i alt 69 senge fordelt med 26 senge på henholdsvis Sengeafsnit 1 og 2 samt 17 senge på Sengeafsnit 3, som primært varetager akutte patienter. Derudover har afdelingen tre klinikenheder: En fælles klinik, Klinik for Kikkertundersøgelser inklusiv en Mobilitetsenhed samt en Analfysiologisk enhed i Klinik for Bækkenbundslidelser.

Afdelingen er opdelt i fem subspecialiserede teams, som af historiske og kompetencemæssige årsager primært benytter et specifikt sengeafsnit til deres indlagte patienter. Ved spidsbelastninger kan man dog benytte senge i andre afsnit. Den øvre funktion har to teams HPB (hepato-pancreato-biliære) og ECV (esophagus-ventrikel) og benytter sengeafsnit 1. Den nedre funktion har ligeledes to teams, HAC (HIPEC og avanceret cancer) samt RIA (rectumkirurgi, inflammatoriske tarmsygdomme og analfysiologi) og benytter primært sengeafsnit 2. Endelig benytter akut-traume-teamet sengeafsnit 3.

En stor del af patienterne i sengeafsnit 1 og 2 er cancerpatienter og dermed omfattet, dels af reglerne om maksimale ventetider, dels af kræftpakkerne, hvor afdelingen håndterer patienter i syv forskellige kræftpakkeforløb.

Særligt de maksimale ventetider lægger et betydeligt pres på kapaciteten, da det kræver stor fleksibilitet og/eller ledig kapacitet at kunne reagere indenfor 14-dages intervaller. Planlægningsopgaven bliver ikke mindre, når patienterne henvises direkte til behandling (dvs. man ikke har et forudgående udredningsforløb til at indikere, at behovet vil opstå), eller når behandlingsbehovet, som det jo er reglen i sundhedsvæsenet, svinger betydeligt over tid.

Overskridelsen af de maksimale ventetider er sket for patienter, der har en bred vifte af kræftdiagnoser, herunder, men ikke begrænset til, kræft i spiserør, mavesæk og mavemund, sarkomer inkl. GIST-tumorer, primær endetarmskræft inkl. TEO. Det vil sige patienter på tværs af både de øvre og nedre funktioner og teams.

4.3 Efterspørgsel, kapacitet, aktivitet og økonomi

Formålet med dette afsnit er at opstille nogle få centrale nøgletal, som kan give et mere overordnet billede af den kapacitetsmæssige situation på MTK sammenholdt med den oplevede efterspørgsel, den realiserede aktivitet samt den budgetmæssige situation.

Afsnittet skal primært ses som supplerende og evt. kvalificerende i forhold til de oplevelser og udsagn, der er indsamlet i den kvalitative del. Derfor er vægten også lagt på beskrivelse og ikke analyse.

Det er således ikke afsnittets formål at lave en dybdegående og udtømmende kvantitativ analyse af afdelingen, da dette ikke er vurderet nødvendigt for at understøtte kerneårsagsanalysens formål og konklusioner. Derfor kan man også opleve, at mange af de mere traditionelle opgørelser er udeladt.

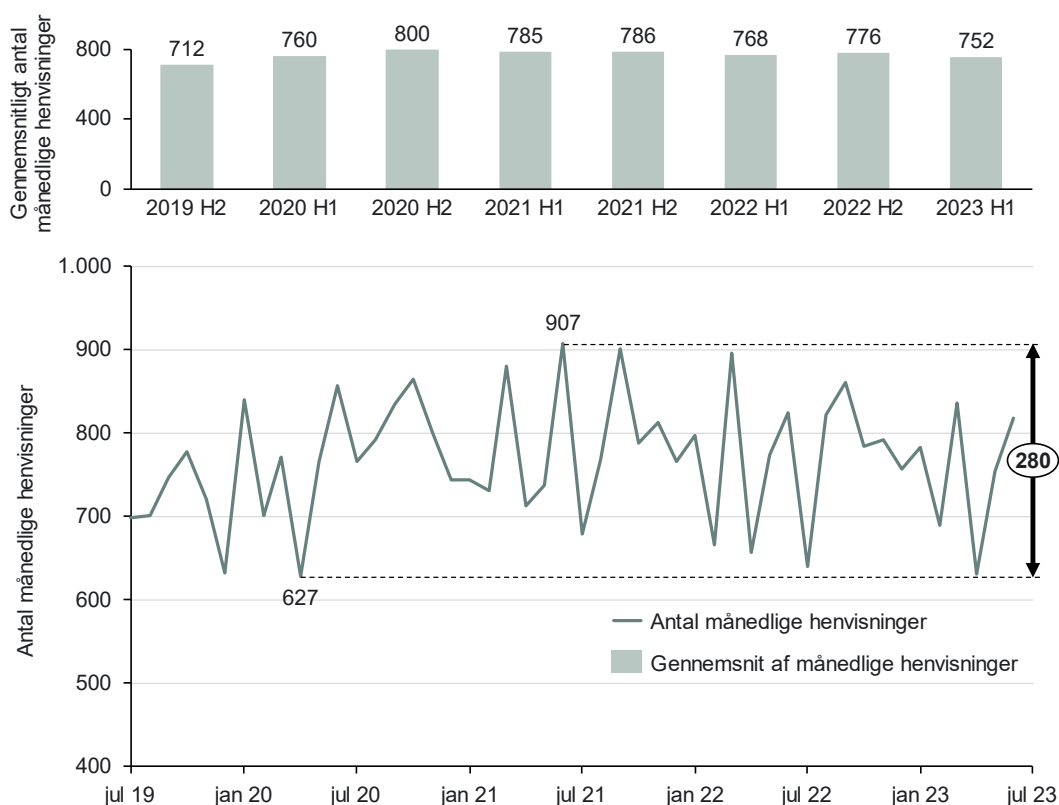
Henvisninger

Det er vanskeligt at måle borgernes præcise behov for ydelser fra et specifikt område i sundhedsvæsenet. Men antallet af henvisninger kan anvendes som en indikator, da de viser den samlede efterspørgsel, som en afdeling oplever i en given periode.

MTK modtager løbende henvisninger af patienter til undersøgelse og behandling på afdelingen. Mange af disse henvisninger vedrører borgere, som enten er meget tidligt i deres forløb, eller hvor der blot er mistanke om sygdom. Det er derfor ikke muligt på baggrund af henvisningsoplysningerne at lave en meningsfuld detaljeret opdeling i patient-og/eller diagnosegrupper.

I figur 1 vises størrelsen af og udviklingen i de månedlige henvisninger fra andet halvår 2019 til medio 2023.

Figur 1: Udvikling i antal månedlige henvisninger på MTK



Note: Figuren viser antallet af henvisninger, der har været pr. måned på hele MTK.

Kilde: Region Midtjyllands BI-system

Som det fremgår, lå antallet af henvisninger i andet halvår 2019 lavere, end de har gjort i de efterfølgende perioder. Forskellene i det samlede antal henvisninger er dog relativt små og svarer til 1-2 henvisninger pr. dag.

Tallene dækker desuden over store udsving fra måned til måned. Eksempelvis er der 280 henvisninger i forskel mellem måneden med færrest henvisninger og måneden med flest henvisninger. Det er en forskel på 45 pct.

Det viser således et billede af en afdeling, hvor efterspørgslen er langt fra konstant (helt som det kendes de fleste andre steder i sundhedsvæsenet). Dette stiller særlige krav til planlægning og udnyttelse af kapaciteten, da det ikke er en mulighed at have et produktionsapparat stående, som altid kan matche peak-situationerne. Havde man det, viser data også, at det i mange perioder vil stå ubenyttet hen.

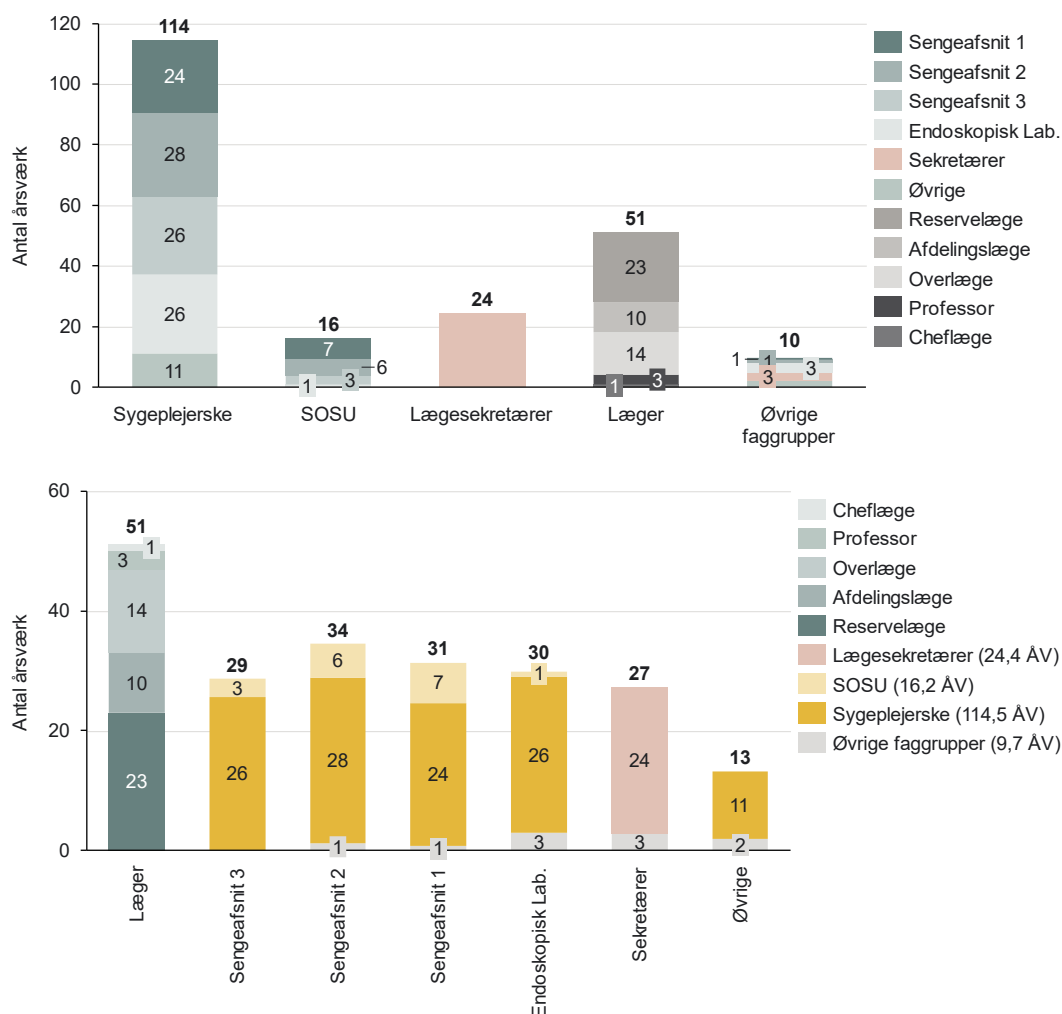
Variationen forventes desuden, alt andet lige, at være endnu større, hvis tallene kunne dekomponeres i teams, sengeafsnit o.l. Som beskrevet ovenfor, der dette dog ikke muligt at gøre konsistent på baggrund af henvisningsoplysningerne.

Personale- og sengekapacitet

Som tidligere beskrevet omfatter begrebet kapacitet både personaleressourcer og forskellige former for fysisk kapacitet. Til det følgende har det været muligt at få opgørelser over antallet af personaleårsværk på afdelingen samt sengekapaciteten.

Figur 2 viser afdelingens årsværk i marts 2023. Der er fordelt efter både organisatorisk tilhørshold og stillingskategorier.

Figur 2: Fordeling af årsværk på MTK, marts 2023



Note: Data viser marts 2023 og er ekskl. personale, der har orlov mv. Sygeplejerske kategorien er inkl. ledende sygeplejersker. Øvrige faggrupper dækker bl.a. elever og serviceassistenter

Kilde: Region Midtjyllands HR-system

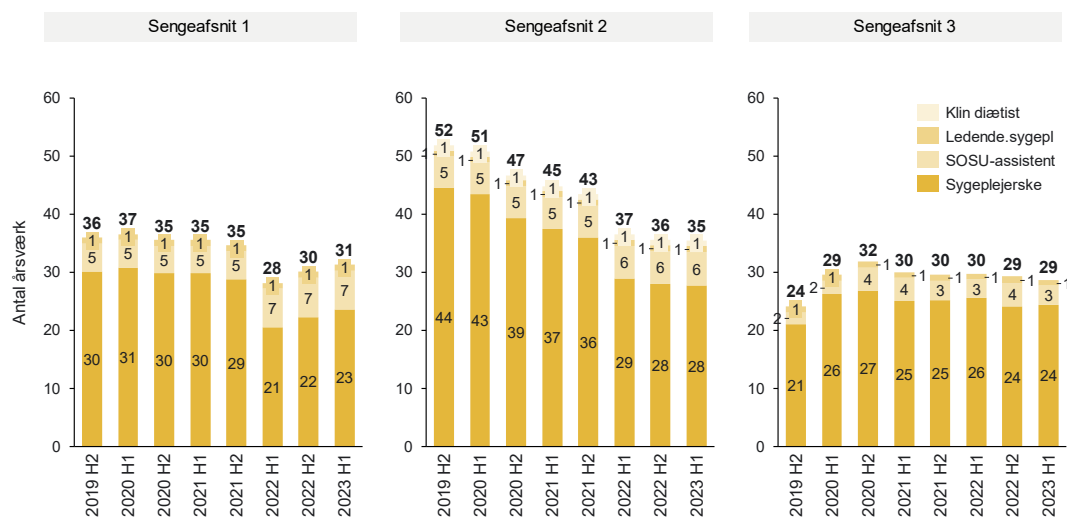
I alt var der i perioden ansat 216 årsværk på MTK, hvoraf knapt hver fjerde var læge og næsten halvdelen var sygeplejersker. Mens plejepersonalet organisatorisk er ansat på et af de tre sengeafsnit eller i en af klinikkerne, er de godt 50 læger ansat på afdelingsniveau, da de ofte har mere tværgående roller – selvom de fleste lægeteams primært anvender et bestemt sengeafsnit, når det er muligt. De godt 50 læger fordeler sig på reservelæger, afdelingslæger, overlæger, professorer og én cheflæge.

Foruden det fastansatte personale anvendes der også både vikarer og timelønnet personale på afdelingen. Omfanget har budgetmæssigt ligget på et niveau svarende til godt 670.000 kr. om måneden i perioden fra og med januar 2022 til og med marts 2023. Udgifter til vikarer og timelønnede varierer dog fra måned til måned og år til år. Eksempelvis var udgifterne i 2021 20 pct. lavere, end de var i 2022.

Samlet set kan afdelingen karakteriseres som en større hospitalsafdeling, men er stadig kun en lille del af AUH, der beskæftiger næsten 10.000 årsværk.

Figur 3 viser udviklingen i årsværk for plejepersonale ansat på MTKs tre sengeafsnit i perioden andet halvår 2019 til første halvår 2023.

Figur 3: Udvikling i årsværk for plejepersonale på MTKs sengeafsnit



Note: Data er ekskl. personale, der har orlov mv. Tallene repræsenterer det gennemsnitlige antal årsværk hen over de respektive år. Data for 2023 er til og med april 2023. For 2019H2 vises data fra og med september. Enkelte steder summerer søjlerne ikke til totalen, hvilket skyldes afrundinger.

Kilde: Region Midtjyllands HR-system

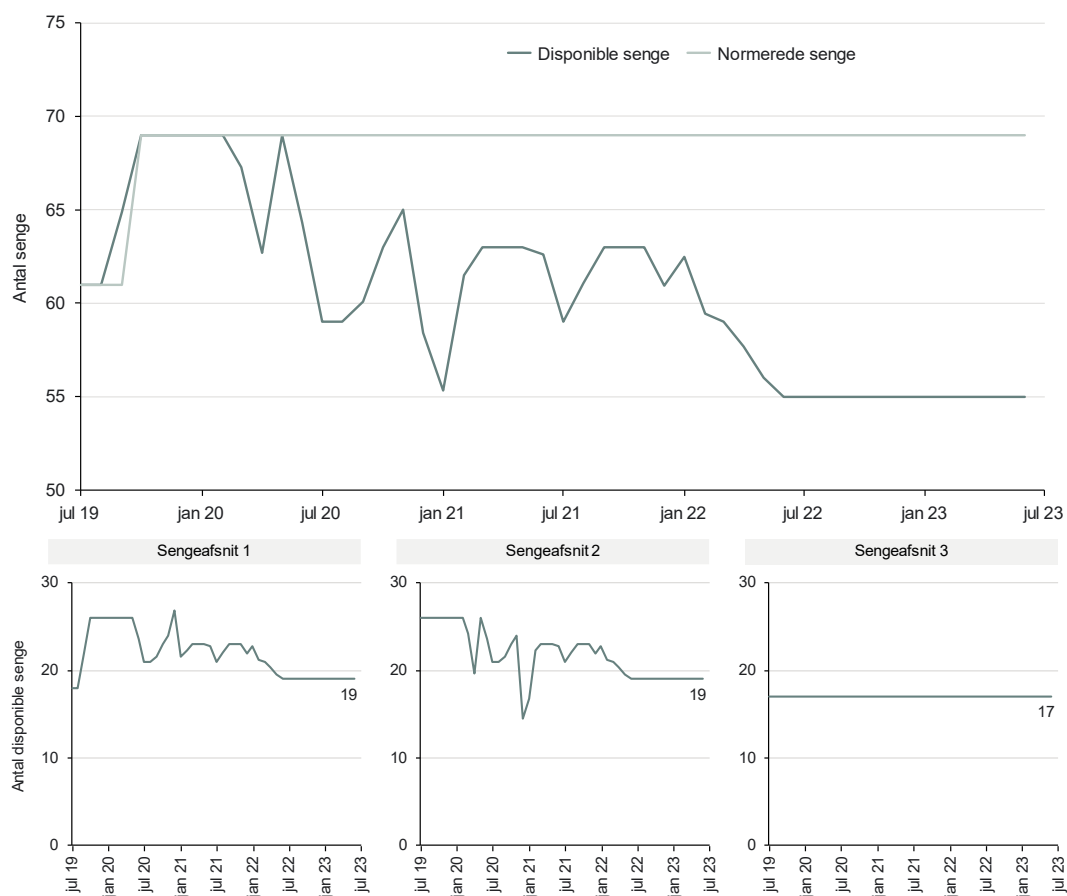
Som det fremgår ovenfor, er antallet af ansatte sygeplejersker målt i årsværk faldet, når sengeafsnittene betragtes samlet set. Faldet er kraftigst på sengeafsnit 2, både i absolutte tal og relativt, og det synes kun i begrænset omfang at være blevet kompenseret gennem ansættelse af andet plejepersonale, såsom SOSU-assistenter. På baggrund af det anvendte data er det ikke muligt at sige noget om, hvorvidt faldet skyldes en bevidst nedskæring i medarbejderstaben, eller om der er ledige stillinger på afsnittene. Sammenholdt med sengekapaciteten nedenfor tyder det sidste dog på at være tilfældet.

På sengeafsnit 1 er antal sygeplejerskeårsværk også faldet, særligt fra 2021 til 2022. Her er en del af faldet dog blevet kompenseret gennem ansættelse af to årsværk SOSU-assistenter. Samtidig ses der en svagt stigende tendens fra 2022 til i dag, som kunne indikere, at det er lykket at tiltrække og måske også fastholde sygeplejersker på afsnittet.

Det akutte sengeafsnit 3 har en relativt stabil personalekapacitet, omend der var en mindre stigning i andet halvår 2020 og muligvis et svagt fald i antal sygeplejersker efterfølgende. Udsvingene er dog så små, at man skal være meget varsom med at konkludere på dem.

Figur 4 viser udviklingen i både den samlede disponible og den samlede normerede sengekapa- citet på MTK. Derudover viser figuren udviklingen i antallet af disponible senge for de tre sengeafsnit.

Figur 4: Sengekapa- citet på MTKs tre sengeafsnit



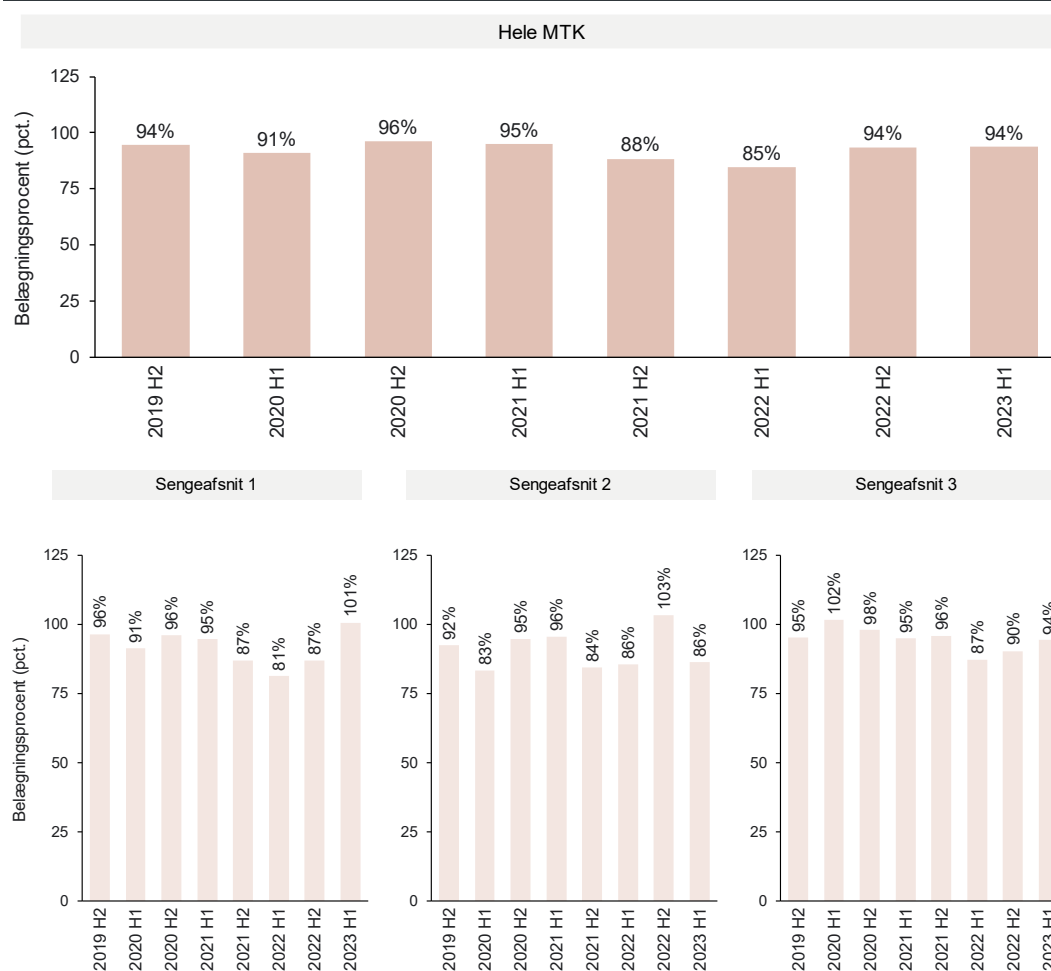
Kilde: Region Midtjyllands BI-system

Den samlede normerede sengekapa- citet på MTKs tre sengeafsnit er 69 senge. Sengeafsnit 1 og 2 har hver 26 normerede senge, mens sengeafsnit 3 har 17 normerede senge. Antallet har ligget stabilt siden ultimo 2019.

Anderledes forholder det sig med antallet af disponible senge, som i perioder har været mere fluktuerende på sengeafsnit 1 og 2. Siden sommeren 2022 har begge afsnit måtte lukke 7 senge hver, så den samlede disponible sengekapa- citet på afdelingen nu er på 55.

På sengeafsnit 3, der tager sig af akutte patienter, har man kunne opretholde det samme antal disponible senge de seneste fire år.

Hvor ovenstående beskriver antallet af disponible senge på MTK og de tre tilhørende sengeafsnit, viser figur 5 belægningsprocenten.

Figur 5: Belægningsprocent på hele MTK og de tre sengeafsnit

Note: Belægningsprocenten kan være over 100, hvis der er registreret flere indlagte patienter pr. dag, end der er disponible senge.

Kilde: Region Midtjyllands BI-system

Den samlede belægningsprocent varierer naturligt over tid, og den var på hele MTK lavest i andet halvår 2021 og første halvår 2022, hvor under 90 pct. af de disponible senge var belagt. Perioden er sammenfaldende med Covid-19 og særligt sygeplejerskekonflikten.

Det dækker naturligvis over forskelle på tværs af de tre sengeafsnit. Først og fremmest viser figuren, at variationen på de enkelte sengeafsnit er større, end den er for MTK samlet set. Alle tre sengeafsnit havde den laveste belægningsprocent i andet halvår 2021 og første halvår 2022 set over perioden fra andet halvår 2019 til og med første halvår 2023.

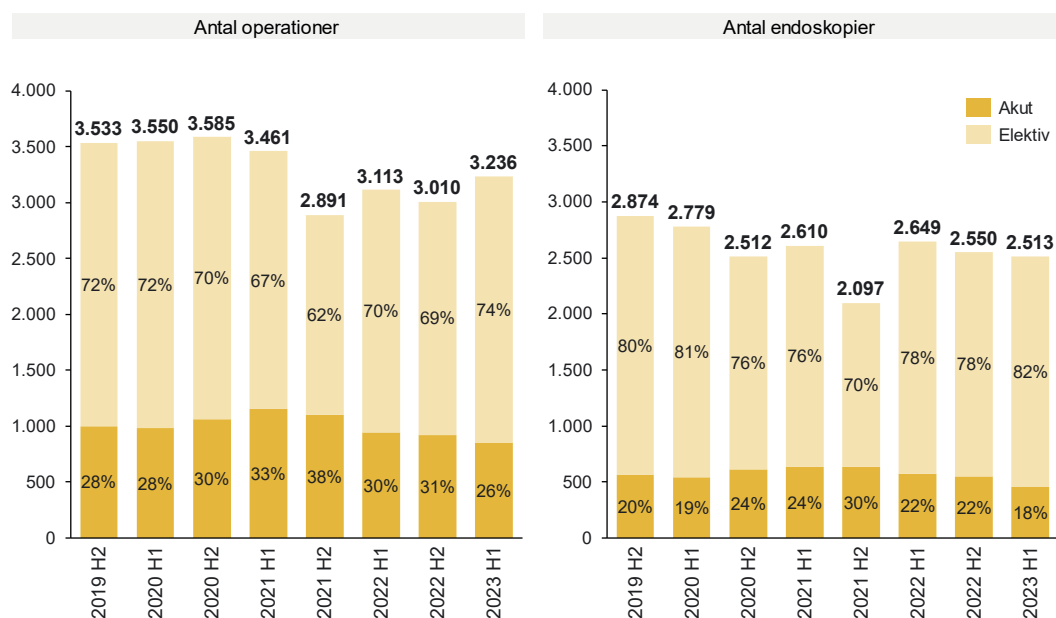
Produktion

Den samlede aktivitet på MTK består dels af en række ambulante undersøgelser og kontroller, dels af den kirurgiske behandling i form af endoskopier (kikkertundersøgelser) og operationer. I det følgende vil den kirurgiske behandling være i fokus.

Den kirurgiske aktivitet foregår både akut og planlagt, ligesom patientmixet består af patienter med maligne og benigne neoplasmer samt en lang række andre diagnoser.

I figur 6 er den overordnede udvikling i den kirurgiske aktivitet illustreret.

Figur 6: Udvikling i antallet gennemførte operationer og endoskopier på MTK



Note: Opgørelsen viser antal operationskontakter, og fordelingen mellem operation og endoskopi er baseret på den registrerede primære procedurekode

Kilde: Region Midtjyllands BI-system

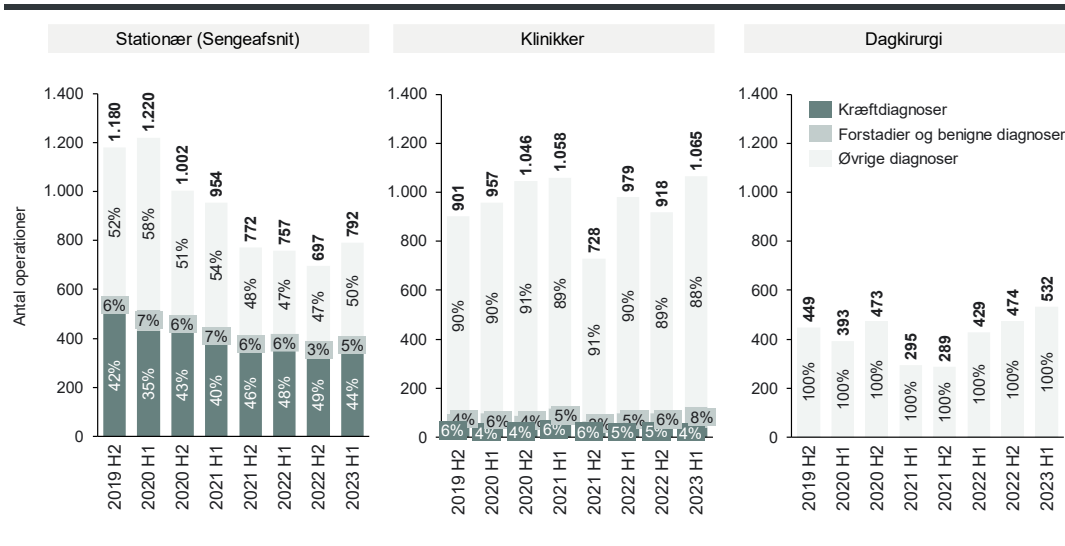
Der bliver lavet mere end 6.000 operationer og omkring 5.000 endoskopier hvert år, men i andet halvår 2021 ses der et større produktionsfald. Tidsmæssigt falder det sammen med sygeplejerskestrejken – og den samtidige nedgang i personalekapacitet. For operationernes vedkommende er aktivitetsniveau endnu ikke tilbage til niveauet før andet halvår 2021, omend der er en svag tendens til en stigende aktivitet.

Aktiviteten for endoskopier var også lavere i andet halvår 2021, men har genfundet aktivitetsniveauet efterfølgende.

Den planlagte aktivitet på afdelingen fylder mest, uanset om operationer og endoskopier betragtes. Der er en tendens til, at en større del af den operative aktivitet er blevet elektiv, hvis man kigger på de sidste to år. Den relative fordeling er ca. som før Covid-19-pandemien.

Figur 7 viser udviklingen på MTK i antallet af operationer, når der alene betragtes den planlagte aktivitet, og disse opdeles efter patienternes primære diagnose.

Figur 7: Udvikling i antal operationer efter diagnose og område, hele MTK



Note: Opgørelsen viser antal operationskontakter, og kræftdiagnoser omfatter alle DC*-koder, mens forstadier og benigne diagnoser omfatter DD00*-DD48*-koder. I praksis er der gråzoner, som denne simple opdeling ikke håndterer.

Kilde: Region Midtjyllands BI-system

Den stationære aktivitet er løbende faldet over de seneste år, så aktiviteten i dag er på et niveau, der er ca. 40 pct. lavere, end det var i 2019 og i begyndelsen af 2020.

Det samlede antal kræftoperationer er faldet i den viste periode, men relativt set er faldet mindre end for de øvrige diagnosegrupper. Dette betyder, at fra midten af 2021 til slutningen af 2022, og til dels første halvår 2023, udgør kræftoperationer en større andel end tidligere. Det vil sige, at der opereres relativt flere kræftpatienter end andre typer patienter. Det gælder dog alene den stationære aktivitet.

For operationsaktiviteten i de ambulante klinikker og dagkirurgi er der meget få kræftpatienter. Her er aktiviteten også svingende, men dog med en stigende tendens over den fireårige periode, der betragtes her. Muligvis drevet af en øget omlægning af den stationære aktivitet.

Det skal bemærkes, at case-mix og dermed tyngden af patienterne for så vidt angår operationskompleksitet og efterfølgende plejebestand godt kan variere i perioden, dvs. både være stigende og faldende. Det er ikke muligt at belyse nærmere ved hjælp af det modtagne data. Baseret på generelle erfaringer fra sygehusvæsenet er der dog grund til at antage, at tyngden de stationære forløb generelt er stigende, da de lettere forløb typisk flyttes over til dagkirurgiske eller andre typer af ambulante forløb.

Det præsenterede data er, som det fremgår, relativt overordnet, og det belyser ikke fluktuationer i aktiviteten fordelt på enkelte teams eller subspecialer. Implement har efterspurgt sådanne oplysninger for MTK, men det har ikke været muligt for regionen at udarbejde dette på baggrund af det regionale BI-system. Det er muligt at lave en mere detaljeret opgørelse baseret på den primære operationskode, men dette kan ikke anvendes til at se på aktivitetsudviklingen og kapacitetsudnyttelsen i hvert enkelt team på MTK, da patientgrupperne er delt mellem flere teams. Det burde dog være teoretisk muligt at udvikle med udgangspunkt i stamdata – også for de afdelinger, hvor der ikke er et entydigt sammenfald mellem patientgruppe og team.

Den budgetmæssige situation

I det følgende ses ganske kortfattet på den økonomiopfølgingsopgave AUH står overfor i det daglige. Igen er det ikke formålet at lave en dybdegående analyse, men alene at skitsere selve opgaven og evt. risici forbundet dermed.

Som på alle andre hospitaler laves der løbende økonomiopfølgning for de kliniske afdelinger og stabsfunktionerne på AUH. Givet hospitalets størrelse er der tale om en betydelig opgave, hvor alene det kliniske område består af 59 forskellige afdelinger. Økonomiopfølgningerne har et meget stærkt opfølgings- og rapporteringsfokus på regnskabs- og budgettal.

I figur 8 er data fra konkrete økonomiopfølgninger illustreret for MTK og andre udvalgte kliniske afdelinger.

Figur 8: Udvalgte nøgletal fra økonomiopfølgningen vedr. afdelingerne på AUH, 2022

Udvalgte afdelinger	2021 resultat (mio. kr.)	Budget (mio. kr.)	Forventede afvigelser ved opfølgningstidspunkter					
			21. marts		21. september		21. december	
			Mio. kr.	Pct.	Mio. kr.	Pct.	Mio. kr.	Pct.
Børn og Unge	-2,4	343,0	-3,3	-0,9	-6,0	-1,7	-4,1	-1,1
Hjertesygdomme	20,4	437,5	0,7	0,2	14,1	3,2	15,9	3,6
Kræftafdelingen	5,2	663,7	0,0	0,0	2,1	0,3	0,1	0,0
Mave- og Tarmkirurgi	1,0	151,8	1,6	1,0	0,3	0,2	-2,2	-1,4
Neurologi	-4,7	301,3	-0,6	-0,2	-1,8	-0,6	-3,6	-1,2
Røntgen og Skanning	-6,0	279,4	-9,5	-3,4	-18,8	-6,8	-20,1	-7,2
Urinvejskirurgi	-0,8	146,8	-2,5	-1,7	-5,3	-3,6	-6,8	-4,6
Samlet for alle 59 afdelinger	-32,5	7.203,9	-52,2	-0,7	-41,7	-0,6	-67,3	-0,9

Note: Negative tal viser et merforbrug, og positive tal viser et mindre forbrug. Afdelinger er udvalgt for at illustrere, hvordan økonomien på MTK er ift. den samlede økonomiske situation

Kilde: Økonomiopfølgingsnotater fra AUH

Ud af de i alt 59 afdelinger, der laves økonomiopfølgning for, er der til nærværende formål udvalgt seks afdelinger foruden MTK. Disse afdelinger illustrerer flere observationer i relation til den økonomiske situation på MTK i 2022.

For det første viser figuren, at der var et forventet merforbrug i omegnen af 50 mio. kr. ved første budgetopfølgning, mens det var steget til 67 mio. kr. ved sidste opfølgning. Det fremgår desuden, at de kliniske afdelingers samlede økonomi omfatter mere end 7 mia. kr., hvoraf MTK udgør 2,1 pct., svarende til godt 150 mio. kr.

Figuren viser yderligere, at der er flere andre afdelinger på AUH, der har en betydeligt større økonomi end MTK, målt i absolutte tal.

Eksempelvis er Kræftafdelingen en væsentlig større afdeling, som forventedes at være i økonomisk balance. Samtidig havde afdelingen for Hjertesygdomme et forventet mindreforbrug på mere end 15 mio. kr., mens Røntgen og Skanning havde et forventet merforbrug på mere end 20 mio. kr. ved den sidste budgetopfølgning i 2022. Urinvejskirurgi, der havde et budget på samme størrelse som MTK, havde et forventet merforbrug, der var tre gange så stort som på MTK. Dertil viser figuren, at der i løbet af et

år – og fra budgetopfølgning til budgetopfølgning – kan ske store økonomiske forskydninger på en afdeling. Både positivt og negativt.

Samlet set placerer MTK sig et sted i midten (også blandt de afdelinger, som ikke er vist i figuren), hverken som en afdeling med store budgetudfordringer eller som en afdeling i fuld balance.

For nogle af de ovenfor nævnte afdelinger findes der gode og overskuelige forklaringer på deres budgetafvigelser. I disse tilfælde kræver det formentlig ikke meget opmærksomhed i efterfølgende økonomiopfølgninger, når de først én gang er konstateret. Men andre store afvigelser kan have behov for mere løbende fokus.

Derfor er der grund til at være varsom med ikke at komme til at "overse" afdelinger i mængden, og det bør derfor sikres, at økonomiopfølgningen blot er et element i en integreret opfølgning på en række andre indikatorer for afdelingens tilstand og leveranceevne. Det kunne fx være personaleomsætning, vikarforbrug og forskellige former for procestider samt udvikling i henvisninger, patientpopulation og/eller behandlingsmuligheder mv. Alt sammen oplysninger, som Region Midtjylland i vid udstrækning ligger inde med og allerede anvender på forskellig vis, særligt i afdelingernes interne styring, jf. de efterfølgende kapitler.

5 Ledelseskæder, struktur og organisering

Ledelsesopgaven i hospitalsvæsenet har udviklet sig i takt med, at hospitalsenhederne er vokset i størrelse, at specialiseringsgraden er stadigt stigende, og subspecialiseringen fortsat bliver dybere. Det betyder blandt andet, at kompetencebehovene for ledelse på afdelingsniveau og hospitalsniveau er skærpet.

Det er derudover indlysende, at der mere end nogensinde før er et behov for ledelsesmæssig fokus på sammenhænge, snitflader og at reducere de tendenser, der er og opstår til suboptimering.

Med det aktuelle pres på ressourcer, forventninger fra patienter, politisk niveau (herunder blandt andet lovbestemt ved maksimale ventetider, behandlingsgaranti mv.) og høje faglige ambitioner skærpes fokuseringen på egne ressourcer, rammer og mål, mens den større sammenhæng, det regionfælles og de fleksible samarbejdsformer vanskeliggøres.

Kravene til den faglige ledelse – inden for de enkelte specialer og på tværs af disse – skærpes af den stigende subspecialisering og de stadig smallere højtspecialiserede funktioner. De stærke faglige incitamentter til at dyrke – og fastholde – specialiserede funktioner har mange fordele for vores udrednings- og behandlingsmuligheder, men det indebærer også en række risici eller ulemper, hvor fx muligheden for og evnen til at se på tværs af, prioritere og lede på sådanne funktioner som en del af en samlet afdeling, bliver vanskelig.

I sammenhæng hermed er der også forbundet betydelig prestige og anerkendelse i som hospital og som region at varetage højtspecialiserede funktioner – både på vegne af regionen, på vegne af en landsdel eller på vegne af hele landet. Det betyder også, at der er stor risiko for, at der kan komme mange andre perspektiver i spil i relation til ledelsen af specialiserede funktioner, da der vil være mange – og ikke kun sundhedsfaglige – holdninger til, hvordan fx en afdeling med interne samarbejdsvanskeligheder skal håndteres. Det stiller krav om fælles fodslag og tillid på tværs af ledelseskæden om ambitioner og målsætninger.

Forløbet på MTK afspejler denne udvikling og de afledte udfordringer, det risikerer at føre med sig.

I dette afsnit opsummeres de af analysens observationer og den tilhørende læring, som vurderes at have relevans ikke kun for MTK, men også bredere i regionen.

5.1 Regionsidentitet, fælles retning og målsætninger

Uklarhed om de fælles regionale prioriteringer og målsætninger skaber usikkerhed, reducerer incitamentterne til samarbejde og øger suboptimeringen

Det kan tydeligt mærkes, at der blandt respondenterne opleves stærke "enhedsidentiteter" på både afdelingsniveau og hospitalsniveau og blandt flere af de regionale stabe. Flere steder, som fx på MTK, er enhedsidentiteten for mange knyttet til endnu mindre enheder såsom de enkelte teams eller sengeafsnit.

Det betyder samtidig også, at medarbejdere og ledere gennemgående oplever et noget svagere tilhørsforhold til Region Midtjylland og har begrænset regionsidentitet.

Selvom der bredt set udtrykkes ambitioner og vilje om, at hospitalsenhederne skal og bør samarbejde, er der samtidig også stor enighed om, at det er vanskeligt at få til at fungere i praksis på organisatorisk niveau.

Samarbejdet om den enkelte patient på tværs af de organisatoriske strukturer nævnes omvendt som velfungerende. Det er derfor også særligt de overordnede styringsmekanismer og særligt den eksisterende budgetstyringsmodel i regionen og internt på hospitalerne, der umiddelbart opleves som hæmmende for et mere helhedsorienteret, effektivt og agilt samarbejde mellem hospitalsenhederne og til en vis grad en række hospitalsafdelinger internt på AUH⁵.

Samtidig står det tydeligt, at det ikke kun er de økonomiske styringsgreb, der alene eller isoleret set er barrieren (temaet behandles også detaljeret og selvstændigt under kapitel 6). Det er gennemgående indtrykket, at der er uafklarede faglige uenigheder om placering af funktioner og behandlingsformer, krav til varetagelse af disse, ligesom den samlede hospitalsstruktur i regionen ikke er fuldt ud accepteret og udlevet i praksis. Det betyder konkret, at der ikke er fuldt udbredt forståelse for eller et klart billede af, hvordan regionshospitalerne og AUH som højtspecialiseret hospital forventes at spille sammen.

Når der er en stærkere hospitalsenhedsidentitet end regional identitet, er det en særdeles krævende ledelsesopgave, der skal løses på alle ledelsesniveauer, hvis barriererne og den suboptimeringsinerti, der følger direkte heraf, skal kunne overkommes. I afsnit 6.2 ses nærmere på, om rammerne for ledelse og de ledelsesmæssige forudsætninger er på plads til at håndtere denne opgave.

Konsekvenserne er flere, men særligt ses der et begrænset eller besværligt samarbejde mellem enheder, og der peges fra flere sider på, at der er muligheder for at udnytte og prioritere mellem kapaciteter og kompetencer bedre i fællesskab. Det betyder i praksis, at de løbende udsving i kapacitetsudnyttelsen, der er lokalt på tværs af afdelinger og hospitaler, potentielt kan udnyttes bedre. Dette bør naturligvis være et incitament til at arbejde med at skabe en stærkere fælles identitet og regionskultur generelt set – og i særdeleshed i den nuværende situation med stadigt strammere økonomi og stigende behov, hvor der er fundamentale behov for udvikling og omlægning mod stadigt mindre arbejdskraftintensiv praksis, særligt med fokus på kvalitet og effekt.

Det nævnes desuden, som skærpende for oplevelsen af en svag koncernidentitet i regionen, at der er usikkerhed eller uklarhed om, hvad de regionale stabe har som deres primære formål: Er det fx at understøtte driften, er det at servicere det politiske niveau og koncerndirektionen eller er det at forfølge indfrielsen af egne strategier? Temaet behandles separat i afsnit 5.3, men det er også relevant at berøre oplevelsen af de regionale stables rolle og funktion som en faktor, der både kan fremme og reducere medarbejdernes og ledernes grad af koncernidentitet. Det skyldes, at de centrale stables arbejde og prioriteringen af deres ressourceanvendelse opleves som en proxy for den regionfælles prioritering og retningsætning. Det er i den sammenhæng en klar og udbredt opfattelse i organisationen, at der er lav sammenhæng mellem de valgte regionale prioriteringer og ambitionen om optimal patientbehandling som kerneopgaven, og der efterspørges mere tydelighed om, hvad det regionale hospitalssystem tilsammen skal være og levere.

Der peges fra flere forskellige dele af organisationen på, at prioritering af eksternt rettede initiativer (fx bidrag til nationale initiativer, indsatser rettet mod international positionering mv.) – eller stor synlighed herom – sammenlignet med aktiviteter og initiativer, der direkte understøtter og opleves som rettet mod patientforløbene, forsknings- eller uddannelsesopgaverne, medvirker til uklarhed om de fælles mål.

Ovenstående giver naturligvis anledning til refleksioner om, hvordan regionsidentitet og koncernfællesskab kan forbedres, så samarbejdet fremmes.

⁵ Der har ikke været tilstrækkeligt empirisk grundlag for at konkludere, om der i samarbejdet mellem afdelinger på andre hospitaler i regionen opleves strukturelle barrierer.

Iblandt de mange respondenter peges der på, at der som noget af det første med fordel kan være en bedre central understøttelse af samarbejdet mellem hospitalsenhederne. Med andre ord efterspørges det, at koncerndirektionen (og regionale stabe) kan være fødselshjælper og facilitator samt bidrage med at fjerne de oplevede barrierer fleksibelt og hurtigt.

Samtidig er det Implements vurdering, at der med fordel kan arbejdes fokuseret med udviklingen af identiteten i regionen som ét sammenhængende sygehussystem. Det indebærer blandt andet, at der etableres et klart billede af fælles mål, de enkelte enheders roller i realiseringen af disse mål, og at der herunder etableres og implementeres det bedst mulige grundlag for at udnytte de samlede ressourcer og den samlede kapacitet (se her også de følgende kapitler) – med andre ord; én samlet strategi og implementeringen heraf. En opgave, der er omfattende at gennemføre, men samtidig en forudsætning for, at der – jf. også Robusthedskommissionens anbefalinger – kan ske hurtigere udbredelse og implementering af effektive og kendte løsninger, ny praksis, patientrettigheder mv.

5.2 Betydningen af det politiske niveaus samspil med resten af organisationen

Der ses tegn på negativ dynamik, hvor et lavt niveau af gensidig tillid har skabt stigende usikkerhed på både politisk, administrativt og udførende niveau

Analysen har afdækket, at der har været en udbredt, lav tillid til, at de udmeldinger, der kommer fra politisk hold, også holder dagen efter. Det skal ses i kombination med en oplevelse af, at de politiske udmeldinger har været uklare, og at de prioriteringer, der er blevet foretaget af det politiske niveau i regionen, ofte er blevet oplevet som uforståelige for særligt de sundhedsfaglige medarbejderne med patientkontakt.

Selv om sidstnævnte ofte er tilfældet generelt, især når der er tale om økonomiske prioriteringer i sundhedsvæsenet, er det Implements vurdering, at oplevelserne i denne sammenhæng er udtryk for dels en dyberegående tillidskløft og dels en oplevelse af, at der er meget langt mellem den virkelighedsforståelse, der præger den politiske dialog, og den virkelighed, medarbejderne oplever at stå i til hverdag.

Dette synes i særlig grad at have sammenhæng til det givne politiske samarbejds-klima, hvor den negative påvirkning af organisationen er tydelig, når der åbenlyst er politisk uenighed, som også afspejles i medierne. Konkret og i den kontekst opleves det særligt utryghedsskabende, at der øjensynligt er eller har været et betydeligt større fokus i regionsrådet på ansvarsplacering end på konstruktiv og reel problemløsning.

Hertil peges der på det uhensigtsmæssige i, at der ofte forventes og efterspørges hurtige svar, handlinger og løsninger på komplekse problemstillinger fra det politiske niveau, og at der kun sjældent er tålmodighed til, at der udarbejdes bæredygtige løsninger.

Tilsvarende gives der udtryk for en uhensigtsmæssig lav tillid på politisk niveau til, at de informationer, som både de kliniske og administrative niveauer formidler, er eller har været fuldstændige og tilstrækkelige. Det skaber en uheldig dynamik, hvor beslutninger indimellem bliver baseret på informationer og udsagn, der er indhentet uden for organisationen og via mere uformelle kanaler – og som ikke er valideret eller nuanceret af systemet.

Når der så omvendt har været aftagende tillid til, hvordan det politiske niveau og det øverste administrative niveau tager imod informationer – særligt om udfordringer – fra det udførende niveau, skabes en negativ tillidsspiral.

Som et yderligere bekymrende element gives der fra særligt det udførende kliniske niveau udtryk for usikkerhed om, hvorvidt det politiske niveau (og den øverste administrative ledelse) får 'den rigtige information' om tingenes tilstand, eller om den filtreres og forvrænges på vejen dertil.

Der efterspørges derfor afklaring og afstemning af samspillet mellem det politiske niveau og resten af organisationen. Denne afklaring kan med fordel ske gennem et forløb, hvor der arbejdes med det gensidige kendskab og etableringen af fælles billede af praksis, udfordringer og muligheder samt rammevilkår for løsningen af hospitalsopgaven. Arbejdet hermed er allerede påbegyndt.

Dette vil være med til at skabe tydelig og fælles forventningsafstemning mellem det politiske niveau, koncerndirektion og koncerndirektion om behovet for samarbejds- og samspilsregler. Efterfølgende kan dette lægges til grund for formuleringen af formaliserede rammer for samarbejdet og samspillet.

5.3 Understøttelse af de kliniske afdelinger

Uklarhed om muligheder og præmisser for understøttelse af og effektiv hjælp til de kliniske afdelinger svækker organisationens handlekraft

Der er en udbredt oplevelse af uklarhed om, hvad stabsfunktioner, i et vist omfang på hospitalsniveau og i særlig grad på regionalt niveau, kan og bør bidrage med.

Der ses i sammenhæng hermed generelt på tværs af organisationen en usikkerhed om, hvordan de regionale stabsfunktioner kan aktiveres, når der konstateres behov herfor på afdelings- eller hospitalsniveau. Der tegnes af mange respondenter et billede af unødigt bureaukratiserede processer, hvor det ofte kræver involvering af flere ledelseslag, involveringen af forskellige mødefora og lang prioriteringstid, før det er muligt at aktivere bistand.

Indtrykket fra mange respondenter er desuden, at det er undergravende for samarbejdet mellem de kliniske afdelinger og stabsfunktionerne, når der er en intern afregningsmodel for fx anvendelse af udviklings- og ledelseskonsulenter lokalt. Det giver anledning til unødvendig tvivl om, hvad stabenes funktion egentlig er, hvad deres formål er, og for hvis skyld de er etableret.

Samtidig er det vigtigt at bemærke, at den foreløbige ledelsesmæssige vurdering ikke i det skriftlige materiale fandt dokumentation for, at der havde været stabsindsatser stillet til rådighed for MTK igennem de senere år og op til afdækningen af overskridelserne af de maksimale ventetider. Det omfattende interviewprogram har nuanceret dette billede, herunder med:

- Der har blandt andet været gennemført et længere forløb med støtte fra de regionale stabe med det formål at forbedre samarbejdet mellem lægerne og teams i afdelingen.
- Der har været og er fast tilknyttede HR- og økonomikonsulenter fra hospitalets stabe til afdelingen og afdelingsledelsen
- Der har ligeledes været løbende sparring fra hospitalsledelsen med de skiftende afdelingsledelser og herunder suppleret fra hospitalsstabene.

Tilbage står dog, at indsatserne ikke blev oplevet som relevante eller tilstrækkeligt inddragende af medarbejderne, blandt andet fordi de ikke tog fat om de svære eller rigtige problemstillinger. Det er derfor værd at rette blikket på, hvad der kan læres af, at støtten og indsatserne ikke opleves at bidrage til at løse udfordringerne, at afdelingen havde svært ved at tage imod – eller at få det rigtige ud af – bistanden.

På den ene side har der i hvert fald i dele af afdelingen været en selvopfattelse knyttet til historisk praksis og specialiseringsgrad, der har gjort det svært at tage imod hjælp, støtte eller gode råd såvel som egentlig ledelsesmæssig korrigerende og motivation til mere fælles afdelingsidentitet. Med andre ord er der en udbredt oplevelse af, at det har været vanskeligt at tage imod bistand, der var baseret på en nuanceret og anden problemanalyse, end den man selv havde.

På den anden side mangler der en kendt, regionfælles strategi eller klar og tydelig stillingtagen om de forskellige stabsfunktionernes rolle og raison d'être. Både når det gælder stabene på hospitalsniveau og måske mest af alt for (nogle af) stabene på regionalt niveau.

Som et supplerende datapunkt for uklarheden om stabenes roller, er det gennemgående hos mange respondenter på hospitalerne, at det er vanskeligt at skelne de forskellige stabsfunktioner fra hinanden. Dette samtidig med, at der gives udtryk for en oplevelse af, at man selv skal navigere og finde vej til den rette funktion.

Særligt kan der konstateres et behov for at tydeliggøre og skabe klarhed over, hvad stabene skal kunne supplere de kliniske afdelinger med af kompetencer og på hvilket serviceniveau – samt hvordan denne støtte bedst leveres. Det kan også være anledning til at overveje, om der skal være områder eller emner, hvor det er udvalgte stabe, der har ansvaret og dermed beslutningskompetence. I hvert fald er udfordringerne med at implementere regionfælles løsninger, praksis og processer et behov, der kan kræve en fælles tilgang, der fx på vegne af en samlet koncernledelse, kan ledes formelt af en stab – evt. med en repræsentant fra koncernledelsen som udpeget direktionsansvarlig.

I sammenhæng hermed vurderes det relevant med en nærmere analyse af, på den ene side hvad der hensigtsmæssigt (fagligt og økonomisk) bør være af regionsfælles specialfunktioner, og på den anden side, hvad den enkelte kliniske afdeling skal kunne håndtere helt på egen hånd – og derfor have tilføjede de nødvendige ressourcer med de rette kompetenceprofiler til at varetage.

Som eksempel er det umiddelbart vurderingen, at det ikke er meningsfuldt, at den enkelte afdeling selv skal stå med de mange forskellige opgaver, der knytter sig til indgåelse af aftaler med alternative behandlingssteder, herunder i særdeleshed ikke, når det gælder behandlingssteder i udlandet. Dette bør være en regionsfunktion, som i videst muligt omfang afløfter de administrative og specialiserede ikke-kliniske opgaver fra de kliniske afdelinger, og som bistår afdelingens kliniske specialister og afdelingsledelsen. Det vurderes direkte kontraproduktivt, hvis fx specialsygeplejersker, speciallæger eller afdelingsledelser på de kliniske afdelinger skal anvende tid på sådanne opgaver, som de ikke har de faglige forudsætningerne for – og vel at mærke tid, der som udgangspunkt skal tages fra patientbehandlingen.

Som et element i at forbedre samspillet mellem stabe og de kliniske afdelinger, og effekten af samarbejdet, er der to opmærksomhedspunkter eller udviklingsområder, der er gennemgående. Det bør samtidig understreges, at samspillet i nogle tilfælde nævnes som være velfungerende.

For det første gives der bredt set udtryk for, at det er en forudsætning for et effektivt samarbejde, at medarbejderne i regionale- og hospitalsstabene kan indgå i og har (en bedre) forståelse for de faglige udfordringer og problemstillinger, som afdelingerne har. Både generelt for det kliniske arbejde og for den patientnære virkelighed. Det vurderes, at dette i særlig grad er en forudsætning for, at de fagligheder, stabene har, kan komme effektivt og hurtigt i spil i den kliniske praksis og dermed opleves som reelt støttende.

For det andet er der brug for at arbejde med det kliniske miljøes tillid til og forståelse for, at der er andre typer af fagligheder og kompetencer, der med fordel kan bringes i spil – også

når det gælder tilrettelæggelsen og udviklingen af klinisk praksis og patientforløb. Det omfatter en tydelighed om, at det også er de sundhedsfaglige medarbejdere og lederes ansvar at få det maksimale ud af samarbejdet.

6 Styringsgrundlag og -model

Det regionale sundhedsvæsen er underlagt en række krav og rammer, der udstikkes af Folketinget og statslige myndigheder. Det omfatter bl.a. politiske beslutninger om, at nogle patientgrupper skal prioriteres højere, selvom andre måtte have lige så store behov, ligesom man er underlagt nationale og internationale faglige retningslinjer, som anvendes til bedømmelse af god praksis. Men derudover har regionerne en høj grad af selvbestemmelse i forhold til, hvordan der i praksis disponeres og ageres indenfor disse rammer.

Dette vil i denne sammenhæng blive omtalt som den regionale styringsmodel, dvs. det formelle valg af, hvordan Region Midtjylland understøtter en sammenhæng mellem de politiske fastlagte målsætninger, lovgivning og driften af hospitalerne (og de øvrige regionale ansvarsområder). I praksis udfoldes styringsmodellen ved at udpege en række roller med tilhørende ansvar til udvalgte medarbejdere i organisationen samt at definere måltal, der skal nås for, at opgaven er løst tilfredsstillende. Dermed skabes en incitamentsstruktur, som i den ideelle situation flytter organisationen i den ønskede retning.

I sundhedsvæsenet findes der en lang række incitament, der ikke handler om økonomi, og som går igen i Region Midtjylland, på AUH og på MTK. Nogle er skabt af personlige præferencer og ambitioner, andre er organisatorisk definerede og bestemt. De omfatter bl.a. ønsket om at gøre en forskel for patienterne, at leve op til de faglige retningslinjer, at blive en faglig og forskningsmæssig spidskompetence, at skabe store og veldrevne enheder, som medarbejderne flokkes om osv. Indimellem kan de personlige incitament komme til at overskygge de organisatoriske – og omvendt.

Styringsmodellen understøttes af et styringsgrundlag, der er de informationer og det data, der anvendes til at følge op, identificere udfordringer og træffe beslutninger, både i den samlede region, på hospitaler og afdelinger. Kvaliteten af og fokus i styringsgrundlaget vil være afgørende for, hvordan og med hvilken hastighed man har mulighed for at reagere på afvigelser fra den ønskede og forventede retning, regionen bevæger sig i.

Når man arbejder med incitamentsstyring er der nogle (i hvert fald teoretiske) forhold, som har særlig stor betydning. Den første er indlysende nok konsekvensen af at nå eller ikke at nå målet. Jo større gulerod eller pisk, der er forbundet med dette, jo stærkere virker modellen – indimellem også for stærkt. Den anden er også indlysende, men ofte noget sværere at praktisere, nemlig, at de indbyggede incitament skal være balancerede, så de tilsammen skubber i den rigtige retning. Her ses det langt oftere, at fordi det er vanskeligt at skabe det rette styringsgrundlag, så ender man med kun at følge op på visse af måltallene – og det påvirker udfaldet. Populært sagt får man det, man måler på. Det samme gælder, hvis man mere eller mindre bevidst får lagt større vægt på dele af styringsmodellen. Her er det fx svært at forestille sig, at det generelle pres på økonomien i hele sundhedsvæsenet ikke kommer til at fylde i den daglige styring. Uanset, hvor meget man søger at undgå det og fx italesætte kvalitet og effekt som det vigtigste.

I dette afsnit opsummeres observationer og den tilhørende læring om, hvordan styringen har betydning for incitament og reaktioner i organisationen. Der fokuseres på elementer, der både vurderes at have haft en særlig betydning i forbindelse med overskridelserne af de maksimale ventetider på MTK og på samme tid har bred relevans for hele regionen.

6.1 Styringsincitament og opfølgingspraksis

Øget fokus på en sammenhængende og holistisk styring kan modvirke uønskede incitament affødt af de stramme økonomiske rammer

Region Midtjylland anvender en decentral styringsmodel på både hospitals- og afdelingsniveau, og denne fungerer som udgangspunkt godt i forhold til at sikre en optimal intern ressourceudnyttelse. De operative beslutningerne er flyttet tæt på driften og knyttet direkte sammen med de økonomiske implikationer af disse beslutninger.

Det vil sige, at hver gang man lokalt vælger (eller er nødsaget til) at disponere på en anden måde end forudsat i budgettet, skal man samtidig overveje, hvordan der andre steder må og kan korrigeres. Dette skaber incitament til vedvarende at anvende de eksisterende ressourcer mest effektivt – men det giver også risiko for u hensigtsmæssige beslutninger, hvis incitamentsstrukturen bliver for ensidig.

Den foreløbige ledelsesmæssige vurdering, som alene var baseret på skriftligt materiale, pegede på, at økonomifokus kom til at overdøve og dekolle drøftelserne om at sikre patienterne hurtig udredning og behandling. Denne tendens kommer også delvist til udtryk i den efterfølgende omfattende kvalitative dataindsamling, men der viser sig også tydelige nuancer.

For hvor de øverste ledelsesniveauer har svært ved at genkende billedet, så opfattes det styringsmæssige fokus på økonomi som værende mere entydigt og altoverskyggende, jo længere ned i ledelseskæden, man bevæger sig. Dette kan muligvis skyldes, at man på de øverste niveauer er i stand til at skelne mellem de økonomiske rammevilkår, regionen er stillet overfor (fx forudsatte besparelser i økonomiaftalerne), og den efterfølgende mere frie regionale disponering af midlerne, mens man på afdelingsniveau alene ser et samlet stramt budget, som man er ansvarlig for.

Analysen peger desuden på, at incitamentsstrukturen påvirker lederne på forskellig vis, naturligvis også afhængigt af den erfaring, man måtte have på området. Flere nævner, at der findes en både formel og uformel styringspraksis, som afdelingsledelserne forventes at have kendskab til. Fx at formelt skal budgetterne overholdes, men uformelt findes der en "nødparagraf", hvor afdelingens budget i særlige situationer kan overskrides og håndteres efterfølgende.

Det kan da også virke kontraintuitivt, at man på den ene side har et budget, som må antages at være en gældende ramme, men på den anden side har en mere udefineret og flydende ret til at overskride samme. Her kunne man overveje at tænke mere i fælles puljer eller bufferkonti, hvor midlerne i sådanne situationer skal hentes fra. Det kan virke unødigt bureaukratisk – ligesom det vil kræve, at det er muligt at skabe et sådant råderum i en i forvejen presset driftsøkonomi, hvor stort set alle midler må bringes i spil fra start. Men det vil dels gøre det tydeligt, hvor der er opstået akutte behov, dels sikre, at det ikke kun er de mest modige (og erfarne) afdelingsledelser, der agerer og korrigerer.

Dermed vil man formentlig også kunne lette noget af budgetopfølgningen, da der ikke skal bruges tid på at udrede, hvilke budgetoverskridelser der falder ind under 'nødparagraffen', og hvilke der er udtryk for uforudsete ændringer eller dårlig styring. Derved undgås det også, at små, men måske væsentlige, ændringer drukner i større, kendte og accepterede afvigelser. Analysen viser desuden, at situationsopfattelsen og hyppigheden af opfølgningen og styringen af afdelingerne lader til at afspejle den organisatoriske "fortælling" om en given afdeling. Forstået sådan, at afdelinger, der tidligere har haft store budgetafvigelser eller mere højlydt har gjort opmærksomme på at have udfordringer, også får mest fokus, mens afdelinger, der som MTK har mere moderate afvigelser, nemmere

overses i den detaljerede opfølgning – selvom andre indikatorer måske kunne have afsløret uhensigtsmæssigheder eller tidlige advarselstegn.

Samlet set efterspørges der da også en mere helhedsorienteret styring af afdelingerne, som også indeholder andre relevante styringsparametre såsom kapacitet, produktion, sygefravær, personaleomsætning mv. Her viser analysen, at sådanne modeller anvendes i forskellig udstrækning rundt om i regionen, men ikke som et fast styringsparadigme alle steder. En mere holistisk styringsmodel kan derfor med fordel udbredes videre i organisationen, så der i endnu højere grad er et fælles organisatorisk fokus på den samlede situationen. Det gælder både på sengeafsnit, afdelinger, hospitaler og for hele regionen.

For Implement er det vigtigt at understrege, at en styringsmodel ikke kun består af vidensgrundlaget, men også af en præcisering af de handlinger, som afvigelser, udsving og udfordringer som udgangspunkt skal udløse. Hvis disse handlinger først skal opfindes, når udfordringerne konstateres, er organisationens reaktionsevne meget begrænset.

Endelig opleves incitamenterne i den decentrale økonomi- og styringsmodel i for lille udstrækning at understøtte og fremme effektivt og agilt samarbejde på tværs af hospitalsenhederne. Der opleves at være en ”økonomisk transaktionskultur”, som i nogle tilfælde har hindret gennemførelse af tværgående samarbejder, der allerede aftalt på klinikerniveau. Temaet udfoldes yderligere i kapitel 7.

6.2 Ledelsesroller, ansvar og handlemuligheder

Ledelsesopgaverne er under forandring, og ubalance mellem ansvar og handlerum reducerer organisationens reaktionsevne

Den generelle bevægelse hen mod større og mere komplekse hospitalsenheder betyder samtidigt, at ledesspændet også øges for hospitalsledelserne – og AUH er med sine knapt 10.000 ansatte ingen undtagelse.

Dette gør det vanskeligt at bevare et fuldkomment overblik over alle afdelinger i den daglige drift og er naturligvis en af årsagerne til valget af en decentral styringsmodel, som nævnt ovenfor. Men med modellen pålægges afdelingsledelserne et stort økonomisk ansvar, som de sjældent har tilstrækkelige forudsætninger og faglige kompetencer til at handle på. Samtidig ses der betydeligt varierende perspektiver på, hvilken understøttelse både hospitalsstabe og regionale stabe kan og bør tilbyde afdelingerne.

Der findes blandt respondenterne en gennemgående oplevelse af, at der findes et ”tryk” fra højere ledelseslag, som udmønter sig i en kultur, hvor ledere fra lavere niveauer bliver sat i en vanskelig position i forhold til egenhændigt at skulle balancere en række hensyn uden at have det fulde mandat eller egentlige handlemuligheder. Denne ubalance eller opfattelse af manglende sammenhæng mellem ansvar, handlemuligheder og prioriteringsrum afspejles på alle niveauer i organisationen.

Særligt vanskelig opleves ledelsesopgaven i de tilfælde, hvor der både findes formelle og uformelle ledelsesroller, eller hvor andre mere prestigemæssige forhold spiller en betydelig rolle i beslutningsprocesserne. Det er eksempelvis vurderingen, at ønsket om at fastholde højtspecialiserede funktioner på enten landsdels- eller landsniveau har betydet, at hensynet til den samlede bæredygtighed og leveranceevne uforvarende er kommet til at træde i baggrunden. I disse tilfælde er der klart behov for, at problemstillinger kan løftes op

i hierarkiet og belyses grundigt, så beslutningerne træffes på et fuldt informeret grundlag og uafhængigt af eventuelle individuelle hensyn eller personlige præferencer.⁶

En stærkere ledelsesmæssig opbakning efterspørges også, når det gælder anerkendelse af andre typer af udfordringer og hjælp til at løse disse. Det langvarige og vedvarende pres på kapaciteten har medført en form for resignation blandt store dele af medarbejderstaben. De meget statiske målsætninger og krav, der følger af patientrettigheder og anden lovgivning, opfattes i mange tilfælde som urealistiske, og personalet har ofte en oplevelse af, at når man kæmper for at lykkes med at opfylde det ene mål, overskrides et andet i stedet – og omvendt. Dette fører til, at man – for at gøre det så godt som muligt for patienterne – i praksis erstatter reglerne med egne mere realiserbare målsætninger. Det kan fx være i form af accept af mindre overskridelser (for denne type patienter er 3 ugers ventetid ok) eller manglende tilbud om behandling andre steder (det vil alligevel tage for lang tid at arrangere).

Specifikt viser journalgennemgangen og patientinterviewene, at praksis på i hvert fald dele af afdelingen i relation til information af og dialogen med patienterne og deres pårørende er eller har været på et niveau, der ligger relativt langt fra de ambitioner, der er herfor i sundhedsvæsenet generelt og dermed også i Region Midtjylland. Patienternes oplevelser og det dokumenterede giver et klart billede af en praksis, der kræver umiddelbar opmærksomhed. Det arbejdes der dog også allerede efter det oplyste på at rette op på i afdelingen. Det viser samtidig, at der er behov for mere kontinuerlig implementeringsindsats og opfølgingsindsats, når det kommer til arbejdet med patientinformation, behandlingsansvar og kontinuitet i behandlingsforløbene.

Samlet er der således et stort behov for at begrænse ledelsesopgaven på direktionsniveau på AUH evt. ved at reducere ledesspændet. Dette bør ske med fokus på at sikre, at der kan ydes den rette og nødvendige ledelsesstøtte til afdelingsledelserne samtidig med, at der skabes den nødvendige sammenhængskraft vertikalt. Et centralt element vil være at tydeliggøre lederens ansvar for sammen at "lede i mellemrummene" – både vertikalt og horisontalt. Særligt horisontalt kan sammenhæng med fordel fremmes ved, at sidestillede lederes fælles ansvar ekspliciteres med fælles forpligtende mål og gerne med fælles ansvar for delbudgetter.

Dertil er der brug for en afklaring og specificering af forventningerne til afdelingsledelsens opgaver, ansvar og handlerum – samt hvordan der bedst kan støttes op herom.

6.3 Handlingsorienteret og relevant ledelsesinformation

Store mængder af tilgængelige styringsdata kan gøre det vanskeligt at identificere og handle på de kritiske udfordringer

Region Midtjylland har et særdeles veludviklet og omfangsrigt ledelsesinformationssystem – og dermed også et godt grundlag for at stille relevant og anvendelig styringsinformation til rådighed for alle organisatoriske niveauer. På kræftområdet findes der fx rapporter over patienter omfattet kræftpakkeforløb og maksimale ventetider samt patientlister over åbne kræftpakkeforløb på afdelingerne, inkl. patienter ventende på operation i en given kræftpakke. Der er desuden udviklet et nyt Ledelsesoverblik, der implementeres i hele regionen i 2023. Det indeholder både nye rapporter og en opsamling af allerede

⁶ Den efterfølgende beslutning i Sundhedsstyrelsen, efter et langt forløb med mange overvejelser, indsigelser og faglige diskussioner, om at ændre HIPEC fra standardbehandling til protokolleret behandling illustrerer kompleksiteten i interessentbilledet og perspektiverne, når der er højt specialiserede funktioner i spil.

eksisterende rapporter, og den version, Implement har set, indeholder alene indikatorer for personalekapaciteten.

På nuværende tidspunkt er der dog blandt analysens respondenter en oplevelse af, at det er svært at navigere i de store mængder data, og der savnes et mere sammenhængende, fremadskuende og handlingsorienteret overblik.

I den forbindelse efterspørges et øget samarbejde mellem klinikere (og afdelingsledelser) og stabsfunktionerne både centralt og på hospitalerne, om videreudvikling og forbedret anvendelse af ledelsesinformation. Hidtil har udformningen resulteret i en mere informativ og konstaterende opfølgning, hvor der i mindre grad har været tilskyndelse til at drøfte mitigerende handlinger og løsninger.

Der mangler også et konsolideret og overskueligt regionalt overblik over udviklingen i både efterspørgsel og kapacitet (funktioner, specialer, hospitaler/sengeafsnit), hvilket opleves som en barriere for transparens og proaktivitet i handling og beslutning samt prioritering. Omfanget og konsekvenserne af de kapacitetsmæssige udfordringer på MTK var eksempelvis velkendte i klinikken, og blandt respondenterne udtrykkes der forundring over, at denne information tilsyneladende ikke er nået videre op gennem systemet, hvilket har gjort udfordringerne mindre tydelige for de øverste ledelsesniveauer.

Specifikt i forhold til opfølgningen på og håndtering af overskridelserne af de maksimale ventetider nævnes i flere tilfælde, at man har set de løbende overskridelser, men at tallene hver for sig var ganske små og langsomt stigende. Det vurderes, at fraværet af en samlet og akkumuleret opgørelse sandsynligvis har været en medvirkende årsag til, at man ikke regionalt har opfanget situationens alvor – særligt set i lyset af de mange andre opmærksomhedskrævende hændelser og sager, regionen stod overfor.

Udarbejdelse af nærværende analyse har desuden vist, at det på MTK ikke umiddelbart er muligt fra centralt hold at opgøre efterspørgsel, aktivitet og visse former for kapacitet på lavere niveau end afdeling og klinik. Det betyder fx, at det for MTK alene er muligt at se gennemførte operationer opdelt på indlagte patienter, dagkirurgi og klinikker, men ikke hvordan det ser ud fordelt på afdelingens teams. Dermed bliver det meget vanskeligt at følge og opdage markante ændringer på teamniveau, der kan kræve kapacitetsjusteringer.

Der synes således at være et potentiale i at genbesøge ledelsesinformation med det formål at sikre, at den bliver mere nærværende for den enkelte leder, uanset niveau – og i højere grad kan være med til at understøtte de ledelsesmæssige beslutninger, der skal træffes. Dette vil formentlig også indebære, at nogle ledere skal have et bredere kompetencesæt. Både i forhold til at forstå og anvende de informationer, der stilles til rådighed, men nok så meget, hvordan man arbejder med en opfølgningsproces, der involverer og motiverer til at udvikle forbedringer og korrigerende handlinger – og hvor man kan minde hinanden om, at data ikke er hele sandheden, men blot en del af styringsgrundlaget, og derfor aldrig må træde i stedet for dialog, kommunikation og almindelig sund fornuft. Et bredere kompetencesæt indebærer også en evne til og opmærksomhed på, hvornår man bør træffe beslutninger baseret på et usikkert eller ufuldstændigt grundlag og ikke forfalde til at gennemføre yderligere analyser og datatræk.

En konkret og tydelig læring fra forløbet er, at der er behov for overordnede databilleder, der er fælles for hele ledelseskæden i organisationen. Der findes allerede i systemet Klinisk Logistik en mulighed for at se et både horisontalt og vertikalt realtidsopdateret her-og-nu billede af driftssituationen. På akutområdet anvender flowkoordinatorer det bl.a. til at planlægge patienter på vej ind og ud. Systemet kan dog ikke sige noget om tendenser, hverken bagudrettet eller fremadrettet. Til dette formål kunne fx udvikles nogle relativt simple indikatorer for "produktionsevnen", som både kan opgøres på et helt detaljeret niveau, såsom lægeteams og sengeafsnit, og samtidig kan akkumuleres til de ovenstående organisatoriske niveauer hele vejen op til den samlede region. På den måde

har hvert niveau i ledelseskæden mulighed for på enkel vis at følge udviklingen både på tværs af det givne niveau (fx hospitaler eller afdelinger) og på niveauet under (og længere ned eller op, hvis man har behov for det) – og dermed kan der skabes rum for en informeret og dataunderstøttet dialog.

Da der kan være store forskelle i, hvornår et patientforløb er foregået rettidigt og godt, kan der med fordel arbejdes med indikatorer, som ser på udvikling fremfor faktiske tal. Det kunne fx være, om der er behandlet flere eller færre patienter, om tid fra henvisning til behandling er stigende eller faldende, om antallet af komplikationer eller genindlæggelser ændrer sig etc. Alt sammen tendenser, der kan have forskellige årsagsforklaringer, og som det gode ledelsesinformationssystem, og ikke mindst den tilhørende opfølgingsproces, giver mulighed for efterfølgende at grave sig længere ned i. Det er samtidig også tilfældet, at relevant og handlingsorienteret ledelsesinformation er en dynamisk størrelse, der løbende bør revideres og ændres i takt med at organisationens mål og udfordringer også ændres – dog med udgangspunkt i de samme grundlæggende logikker.

Denne type transparens er forudsætningen for, at dialogen om handlinger, problemernes omfang og mulige løsninger kan være nærværende, relevante og effektive – og i meget begrænset omfang baseret på oplevelser, myter og uhensigtsmæssige subjektive holdninger. Hvis der løbende opleves et behov for at tolke, indhente oplysninger fra andre sider, eller er mistillid til det, der bliver lagt frem, kortsluttes den sammenhængende, organisatoriske evne til at agere hensigtsmæssigt. Dette læringstema er blandt andet også behandlet i afsnit 5.2.

7 Kapacitetsstyring og -udnyttelse

Øget efterspørgsel og lavere arbejdsudbud lægger i disse år massivt pres på både økonomien og kapaciteten i hele sundhedsvæsenet, og i modsætning til tidligere er hospitalerne i de større byer nu også ramt på de fleste parametre. Dette gælder også MTK, som det er beskrevet i afsnit 4.2 og berørt i afsnit 5.1.

Kapacitet består i denne sammenhæng af flere forskellige elementer, der alle skal finansieres inden for de givne budgetter, der ikke nødvendigvis er fastsat med afsæt i forventningerne til behovene. Der er dels den fysiske kapacitet i form af fx operationslejer, sengepladser, diagnostisk udstyr etc., og dels den personalemæssige kapacitet bestående af alle de faggrupper, som tilsammen er nødvendige for at gennemføre undersøgelser, behandlinger og pleje samt rehabilitering.

Koblet med en stadig større subspecialisering er det således en yderst kompleks opgave at få enderne til at mødes. Det er fx ikke nok at åbne flere operationslejer, hvis der ikke er sygeplejersker med de rette kompetencer til at tage sig af patienterne efter operationen. Eller at øge hastigheden i visitationen af henvisninger, hvis der ikke er scannerkapacitet til at understøtte udredningen af flere patienter.

En optimal udnyttelse af den samlede kapacitet stiller derfor store krav til både den mere langsigtede planlægning, men også de mere kortsigtede og løbende justeringer, der uundgåeligt vil opstå behov for.

I dette afsnit opsummeres de af analysens observationer og den tilhørende læring, som vurderes at have særlig betydning ifm. overskridelserne af de maksimale ventetider på MTK og samtidig har en bredere relevans for regionen.

7.1 Fleksibel udnyttelse af den samlede regionale kapacitet

Fraværet af en koncernfælles tilgang til patienterne vanskeliggør en samlet optimering og prioritering af kapaciteten

Udnyttelsen af den samlede regionale hospitalskapacitet opleves ikke som optimal, og der efterspørges en højere grad af centralt drevet understøttelse heraf.

Som tidligere nævnt viser samtalerne med respondenterne, at samarbejdet mellem fagpersoner på tværs af afdelingerne i Region Midtjylland som hovedregel fungerer rigtig godt, når det kommer til den enkelte patient. Men det opleves som vanskeligere at være på samme side, når der skal prioriteres mellem grupper af patienter og samlet kapacitet. Dette kommer også til udtryk ved, at der tales om "jeres" og "vores" patienter fremfor en fælles patientpopulation, der skal fordeles mest optimalt i forhold til regionens samlede tilgængelige kapacitet og specialisering.

En del af årsagen til det skal sandsynligvis findes i det gennemgående kapacitetspres, hvor alle afdelinger har en oplevelse af, at det er vanskeligt at finde tid og plads til patienterne. Det betyder, at fokus helt naturligt indsnævres til den konkrete patient, man sidder overfor, mens der i mindre grad er overskud til at betragte konsekvenserne på de større linjer.

Samtidig anvendes en decentral styringsmodel, der giver incitament til først og fremmest at optimere indenfor egne rækker fremfor at understøtte en fleksibel udnyttelse af kapaciteten på tværs af afdelinger og hospitaler. Det skyldes dels administrative og økonomiske barrierer, hvor der bl.a. skal indgås aftaler om og findes midler til afregning ved flytning af patienter, dels at planlægnings- og prioriteringsopgaven i vid udstrækning er placeret hos klinikere på samme hierarkiske niveau, men med forskellige faglige interesse- og

ansvarsområder. Det forstærkes af et sundhedsfagligt fokus, drevet af specialisering og subspecialisering, der gør det vanskeligt at overskue og gennemskue mulighederne for, at opgaver kan løses andre steder og af andre medarbejdere end dem, man har lokalt og dermed har tillid til.

Her vil der med fordel kunne arbejdes med at øge den administrative støtte til indgåelse og fastholdelse af aftaler mellem afdelinger og hospitaler. Specifikt savnes klare processer og retningslinjer for, hvordan aftaler om kapacitetsdeling kan og bør se ud, herunder hvilken rolle hospitalsledelserne spiller i aftaleindgåelsen.

Der skal sikres mulighed for hurtig reaktion, så der kan ageres umiddelbart efter, at løsninger/ideerne er drøftet og udformet, og det derved undgås, at processen trækker i langdrag på grund af uenigheder om budgetpåvirkninger mv. Det stiller desuden krav om en tydelig governancestruktur og mulig eskaleringsvej i de tilfælde, hvor der ikke kan opnås hurtig enighed. Her bør det fx overvejes, om den traditionelle vej til ledelsesinddragelse gennem eksisterende mødestrukturer og ledelsesfora er mindre hensigtsmæssige at anvende på grund af den tidsmæssige forsinkelse, som det kan give.

Desuden peger analysen på, at der også findes en prestigemæssig og faglig konkurrence i visse behandlingsformer, som hindrer, at opgaver kan flyttes mere fleksibelt mellem hospitaler. Krav til specialisering og kompetencer kan være valide grunde til, at visse behandlings- og plejeopgaver kun kan udføres bestemte steder. Men der synes også at være et vist omfang af "vi plejer altid..." og "den opgave er altid blevet løst af...", når der opstår modstand mod flytning af opgaver og/eller patienter. Dertil kommer, at personlige præferencer i form af muligheder for forskning i specifikke områder eller størrelsen og kompleksiteten af en given afdeling kan spille ind. Dermed kan der opstå barrierer for øget fleksibilitet både hos klinikerne og på afdelings- og hospitalsniveau.

Også i disse tilfælde vil der være stor gavn af både en tydelig struktur for, hvordan uenigheder løftes op i ledelseskæden, og en samtidig fuld transparens om betydningen af de kapacitetsmæssige beslutninger, der træffes på de enkelte niveauer. I nærværende sag kan det således overvejes, om man som region ville have prioriteret anderledes, hvis man havde haft mere detaljeret viden om de kapacitetsmæssige konsekvenser for resten af produktionen, når der siges ja til varetagelsen af visse højt specialiserede funktioner og behandlinger.

7.2 Nye måder at løse opgaver på og mindske kapacitetspresset

Der opleves en vis grad af organisatoriske modstand og faglig konservatisme, der skaber unødige barrierer for fleksible løsninger og større ændringer

Et af de virkemidler, som sundhedsvæsenet i stigende grad tager til sig for at dæmme op for kapacitetspresset, er en bredere anvendelse af flere forskellige faggrupper og en mere fleksibel opgaveløsning baseret på individuelle kompetencer og i mindre grad faggrupper.

Det er også tilfældet på MTK, men der peges på, at der er ret så betydelige forskelle både mellem de enkelte sengeafsnit og mellem de enkelte teams. Det afspejles både i åbenheden over for nye tilgange og kompetencer, men også i forståelsen og oplevelsen af behovet for helt særlige og specialiserede kompetencer. Det vanskeliggør samtidig mere fleksibel anvendelse af den samlede kapacitet. Det er indtrykket, at dette ikke kun er tilfældet på MTK, men også kan genfindes inden for andre specialer, på andre afdelinger og hospitaler i regionen.

Der synes ydermere at være en vis sammenhæng mellem den måde, sengeafsnittene fordeler opgaverne og anvender kompetencer på, og det enkelte afsnits oplevelse af

kapacitetspres og personaletilfredshed. Det understøttes både af de kvantitative data og af oplysningerne indsamlet gennem interviews. Der peges særligt på, at der på tværs af faggrupper er stor efterspørgsel efter hurtigere kompetenceopbygning og øget ansvar i opgaveløsningen. Sengeafsnit, der kan tilbyde det, oplever at have lettere ved at rekruttere og fastholde medarbejdere samtidig med, at der opnås en større kompetencebredde i medarbejdergruppen.

Her vil det være oplagt at arbejde mere struktureret med at finde inspiration og viden om, hvordan andre afsnit, afdelinger og hospitaler har løst lignende svære problemstillinger eller organiseret arbejdet mere hensigtsmæssigt. Derved kunne man forhåbentlig også få taget hånd om den nuværende oplevelse af store forskelle i (og uenigheder om), hvilke samarbejdsmuligheder man har, når det gælder en fleksibel udnyttelse af kapacitet og personalegrupper. (Det bemærkes, at der allerede igangsat en række initiativer på dette område på AUH, hvilket opfølgningen på denne afrapporterings fund naturligvis skal ses i lyset af.)

Det søges også at kapacitetsudjævne ved at gå på tværs af afdelinger og hospitaler. Når dette lykkes, er det dog i langt de fleste tilfælde, fordi patienten flytter afdeling – og ikke fordi personalet fleksibelt bringes i spil på andre sengeafsnit, afdelinger eller matrikler. Adspurgt om, hvorfor dette er tilfældet, bruges forskelle i fysisk indretning, fordeling og organisering af arbejdsopgaver, overenskomst-mæssige begrænsninger samt medarbejdertilfredshed typisk som argument for, at det ikke er muligt at arbejde på flere forskellige lokationer.

Interessant nok viser de gennemførte medarbejderinterviews i denne analyse, at der blandt de yngre læger er stor åbenhed overfor kortvarigt at skifte lokation, hvis det kan afhjælpe opståede flaskehalsproblemer. På sygeplejerskesiden har det også været forsøgt at indgå konkrete aftaler om betalt merarbejde for personale fra andre afdelinger for at øge medarbejderkapaciteten. Dette tiltag har dog mødt modstand fra de faglige organisationer – på trods af, at der var opnået enighed mellem medarbejdere og ledelse.

Fra patientperspektivet kan der være efterspørgsel på mere kontinuitet i kontakten med de sundhedsfaglige medarbejdere. Her kan der dog tages udgangspunkt i den aktuelle situation, hvor dette kan være vanskeligt at levere taget den pressede situation, sundhedsvæsenet står i, i betragtning. Derfor indikerer de få patienter, der er interviewet i denne sammenhæng, at der er meget begrænset kontinuitet i kontakten med de sundhedsfaglige medarbejdere. Der vil derfor formentlig være relativt begrænsede udfordringer i den relation for at bringe et større antal forskellige medarbejdere fleksibelt i spil.

Der synes således at være et uforløst potentiale i at se nærmere på, om og hvordan der kan arbejdes mere fleksibelt med frivillig personaleudveksling/-udlån på tværs af lokationer og afdelinger. Den modstand, der opleves fra faglige organisationer, bør søges afklaret, så der kan findes konstruktive løsninger for de medarbejdere, der udtrykker interesse i at arbejde fleksibelt på flere afdelinger og matrikler.

Det vil derudover være fremmende med en vis standardisering af arbejdsgange og udvalgte processer på tværs af afdelingerne på regionens hospitaler, men det må forventes, at de medarbejdere, der ønsker at bidrage til løsningen af opgaver på forskellige afdelinger og matrikler relativt hurtigt vil opnå tilstrækkelig rutine og erfaring til at kunne udføre deres opgaver flere forskellige steder. Sidstnævnte ikke mindst i sammenligning med eksterne vikarer, som må anses for at være det mulige alternativ.

7.3 Tilgang til kapacitetsplanlægning og -justering

Den komplekse kapacitetsplanlægningsopgave kan have gavn af et fagligt og kompetencemæssigt løft og understøttelse

Etablering af et driftsmæssigt overblik over den eksisterende kapacitet og planlægning af aktiviteten i forhold til kapaciteten løses vidt forskelligt på tværs af organisationen. Det er dog typisk en eller flere kliniske medarbejdere, som med afsæt i egne erfaringer har ansvaret, og der er generelt lav interesse for at løse denne opgave. Komplexiteten er stor, fx med meget varierende patienttyngde både i forhold til behandling og pleje, og der opleves begrænset støtte fra de regionale stabsfunktioner og stabene på hospitalerne til både den praktiske udførelse og kompetenceopbygning.

På AUH anvendes kapacitetskoordinatorer, der forsøger at håndholde overblikket over den samlede kapacitet – og deltager i kapacitetskonferencer på tværs af hospitalet for at fordele patienter. Det opleves dog som svært at lykkes med denne opgave i praksis. Også lokalt prøver man at skabe fora, hvor nødvendige dag-til-dag kapacitetsjusteringer kan drøftes. På MTK har man således forsøgt sig med et funktionsledermøde, men er blevet udfordret af, at ikke alle teams har ønsket at deltage. Dette har muligvis været medvirkende til nogle medarbejders oplevelse af asymmetri informationsgrundlaget og derfor manglende viden om behov for og aftaler om interne justeringer.

Data og prognoser anvendes relativt begrænset i planlægningen, og omfanget synes at være person-/afdelingsafhængigt. Løbende justeringer sker i vid udstrækning ad hoc på klinikerniveau. Mange respondenter peger på, at der er en ledelsesmæssig forventning om, at kapacitetsudfordringer løses på hhv. afdelings- og teamniveau, hvilket efterlader de sværeste beslutninger og prioriteringer til de direkte involverede fagpersoner – som samtidig varetager den individuelle patientkontakt. Der opleves desuden beskeden hjælp til afdelingsledelserne i forhold til deres reelle mulighed for at være proaktive i kapacitetsplanlægning, da der ikke produceres og leveres målrettet ledelsesinformation om udvikling i kapacitet og produktion samt behov, jf. afsnit 6.3.

Også på de store linjer fordeles den fysiske kapacitet til specialer og teams baseret på en lineær historik fremfor en databaseret prognostisering. Som det fremgik af afsnit 4.2, er der fx store udsving i efterspørgslen (når henvisninger anvendes som en indikator) både fra dag til dag og over måneder, hvilket ikke umiddelbart matcher en fast kapacitet over hele året. Sammenholdt med den stadigt stigende subspecialisering betyder dette, at de reelle muligheder for justeringer og tilpasninger bliver betydeligt mindre. Trods anvendelse af prioriteringsalgoritmen for operationsforløb bliver det sværere og svære at prioritere på tværs af specialer og områder, da kapaciteten kun kan anvendes til meget specifikke patientgrupper. For MTKs vedkommende vil det sige de sengeafsnit, operationslejer, lægeteams mv., som har tilstrækkelige kompetencer til at håndtere en given patient. Den fortsatte subspecialisering synes således at skærpe behovet for transparens og monitorering på fælles, regionalt niveau for at kunne klarlægge, hvor de væsentligste flaskehalse befinder sig, og hvordan det skal påvirke den samlede fordeling af kapaciteten på både kortere og længere sigt.

Erfaringer fra andre steder viser, at det er muligt at lykkedes med at lave prioriteringer i operationskapaciteten uden det giver anledning til diskussioner. Men dette kræver viden om den løbende udvikling i på den ene side efterspørgslen og på den anden side kapaciteten (både personale og fysisk kapacitet) – indenfor specialet, regionen samt tværregionalt. Der kunne således med fordel arbejdes på en egentlig systemunderstøttelse af planlægningsopgaven, hvor det helt ned til afdelings- og afsnitsniveau er muligt at forecaste og/eller simulere effekten af ændringer i patientmix, personalekapacitet, fysisk kapacitet mv.

8 Vejen videre

Implement Healthcare giver i dette afsnit vores bud på, hvad der på baggrund af det indblik i Region Midtjylland, vi har fået igennem forløbet, vil være hensigtsmæssig at prioritere at arbejde videre med. De nævnte initiativer hænger naturligvis sammen og understøtter hinanden gensidigt. Dette er vigtigt at holde sig for øje i planlægning og prioritering.

De udfordringer, som sundhedsvæsenet til sammen og sygehusvæsenet specifik står med, er naturligvis ikke isoleret til Region Midtjylland. Det betyder også, at der kan være læring fra forløbet vedr. overskridelser af de maksimale ventetider på MTK på AUH, som har bredere national interesse og relevans. Med nærværende afrapportering er det forhåbningen, at den eventuelle relevante læring for andre dele af sundhedsvæsenet og sygehusvæsenet vil blive uddraget og anvendt bredt, ligesom de følgende initiativer kan være til bredere inspiration og refleksion.

Målet med indsatserne er enkelt: *At understøtte, at udfordringer uden uhensigtsmæssige forsinkelser trygt og tillidsfuldt kan eskaleres vertikalt i ledelseskæderne og gribes effektivt, når der er behov for det. Samtidig skal det understøtte, at det samlede sygehusssystem er mest muligt responsivt for de nødvendige forandringer, der følger heraf.*

1. Koncern- og regionsfællesskab, forstået som ét integreret og fælles sygehusssystem med samme mål, sikrer bedst mulig udnyttelse af de samlede ressourcer og kapacitet samt skaber et bedre grundlag for fleksible løsninger med færre forsinkelser i samarbejdet mv. Et centralt element i dette initiativ er at tydeliggøre lederens ansvar for sammen at "lede i mellemrummene" – både vertikalt og horisontalt. Det omfatter også en afklaring af, hvordan de sundhedsfaglige og økonomiske samarbejdspræmisser skal se ud for bedst at understøtte dette. Initiativet vil desuden være et vigtigt grundlag for hurtig implementering af nødvendige regionfælles løsninger. Initiativet har sammenhæng til syvpunktsplanens punkt 4: *Forstærket ledelseskommunikation om håndtering af udfordringer af betydning for patientsikkerhed iværksættes* samt punkt 5: *Forbedret kommunikation til og dialog med regionsrådet* samt punkt 7: *En stærkere kvalitetskultur i Region Midtjylland: Nye tiltag om dialog, åbenhed, læring og forbedringer.*
2. Tydelig og fælles forventningsafstemning mellem politisk niveau, koncerndirektion og koncerndirektion om samspil, øget gensidig forståelse osv. som fremmede for et effektivt, tillidsfuldt og konstruktivt samspil i hele organisationen.
3. Udvikling og afklaring af samlet strategi for stabsfunktionernes roller og samspil med de kliniske afdelinger – med afsæt i en regionfælles strategi eller målsætning, og med implementering af justeret praksis og arbejdsdeling samt gensidige kompetence- og kapabilitetsforudsætninger samt gensidig forståelse, respekt og åbenhed for at skabe et tillidsfuldt samarbejde. Initiativet bør også omfatte økonomisk og sundhedsfaglig "omkostnings- og gevinstvurdering" af funktioner og opgavefordelingen.
4. Etablering af transparens både horisontalt og vertikalt i organisationen og fælles billede af udviklingen af hhv. behov og leveranceevne (og herunder kapacitet), som grundlag for tidligere og mere proaktivitet i indsatser, samt prioriteringsdiskussioner på både politisk og øverste ledelsesmæssige niveau i regionen. Dette vil også være understøttende for mere koncernfællesskab og optimering af den samlede kapacitets- og ressourceudnyttelse. Det er selvsagt også et stærkt grundlag for nøgternt at kunne konstatere, når/hvis behovene

og forventningerne mere generelt overstiger det, der kan leveres inden for de tilgængelige ressourcer og kapacitet. Initiativet har sammenhæng til syvpunktplanens punkt 1: *Kræftområdet: Håndtering af aktuelle udfordringer og forbedret ledelsesinformation* og kan derfor med fordel koordineres hermed, ligesom initiativer vil understøtte arbejdet med punkt 2 i planen: *Afdækning af områder med alvorlige kapacitetsudfordringer*.

5. Afklaring og specificering af forventningerne til afdelingsledelsernes opgaver, ansvar og handlerum – samt etablering af de nødvendige understøttende kapabiliteter, udviklings- og støtteindsatser – fælles i regionen. Et særligt kritisk udviklingsområde er forudsætninger for at lede det kliniske arbejde i et felt, hvor den fortsatte subspecialisering stiller nye krav. Herunder ligger også en beslutning om placeringen og håndteringen af de svære, men nødvendige personalemæssige beslutninger, der må tages af hensyn til den samlede afdelings bæredygtighed og leveranceevne, men som eventuelt kan have konsekvenser for evnen til at fastholde højtspecialiserede funktioner på enten landsdels- eller landsniveau. Initiativet vil spille sammen med syvpunktplanens senere tilkomne punkt 8: *Opgave- og rollefordeling mellem ledelseslag*.
6. Udvikling eller fastlæggelse samt bred implementering af fælles model for det kontinuerlige (patientnære) forbedringsarbejde, så der er bred tillid til, at optimering, udvikling og nytænkning, (og herunder ibrugtagning af teknologiske løsninger, der kan bidrage til at lukke gabet mellem behovet for og udbuddet af medarbejdere) generelt set og kontinuerligt er udnyttet og genbesøgt. Initiativet vil være en væsentlig løftestang for syvpunktplanens punkt 7: *En stærkere kvalitetskultur i Region Midtjylland: Nye tiltag om dialog, åbenhed, læring og forbedringer*.

Det er Implements vurdering, at ovenstående tiltag er de mest virkningsfulde og vigtigste at igangsætte. Ses disse i sammenhæng med de øvrige tiltag, der allerede er i gang eller undervejs, er det dog tvivlsomt, om organisationen kan og bør arbejde med dem alle samtidig. Et eksempel på et af disse igangværende tiltag er AUHs arbejde med at sikre, at hospitalsledelsen har mulighed for at være nærværende og understøttende for de relativt mange afdelingsledelser.

Det er derfor nødvendigt, at der foretages en samlet prioritering, og at der udarbejdes en større programplan for indsatserne, der strækker sig over de kommende 24 til 36 måneder. Denne planlægningsopgave kan med fordel omfatte en lokal vurdering af relevansen af de øvrige læringsaspekter, som nærværende analyseforløb har tilvejebragt.

Set fra Implements perspektiv kan den samlede regionale og lokale udviklingsportefølje med tilhørende ressourcetræk – som aktuelt primært drives fra de regionale stabe, fra hospitalsledelserne og til en vis grad hospitalsstabene – med fordel genbesøges, og der bør foretages en revurdering heraf op mod de aktuelle behov, udfordringer osv. Det vil samtidig være et stærkt signal at sikre, at samtlige udviklingsinitiativer tydeligt og forståeligt understøtter kerneopgaven, der fortsat må være at tilbyde patienterne hurtig, korrekt og effektiv udredning og behandling (understøttet af uddannelse, udvikling og forskning).

Implement Consulting Group

IM Healthcare

Strandvejen 54

2900 Hellerup, Denmark

implementconsultinggroup.dk

Phone: +45 4586 7900

Email: info@implement.dk

CVR: 32767788

BANK: Danske Bank