

Marie Henriette Madsen og Ninna Meier

# Reorganisering og sygehusbyggeri

Erfaringer fra udviklingsarbejdet i de fem regioner



*Reorganisering og sygehusbyggeri – Erfaringer fra udviklingsarbejdet i de fem regioner*

Publikationen kan hentes på [www.kora.dk](http://www.kora.dk)

© KORA og forfatterne, 2017

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA  
ISBN: 978-87-7488-890-1  
Projekt: 11028

**KORA**  
**Det Nationale Institut for**  
**Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut  
for Kommuners og Regioners  
Analyse og Forskning

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Forord

Denne rapport handler om de reorganiseringer, der knytter sig til de mange nye sygehusbygninger, som er i gang i disse år. I rapporten er der fokus på forskellige typer af reorganiseringer, forskellige dele af udviklingsprocesserne samt de udfordringer og gode erfaringer, som ledere og medarbejdere på sygehusene har gjort sig i det store arbejde, der knytter sig til at gøre sygehusorganisation og arbejdsgange klar til indflytning og drift i nye fysiske rammer. Rapporten er rekvireret af Danske Regioner med henblik på at bidrage til gensidig inspiration sygehuse og regioner imellem.

Rapporten er struktureret i tre dele, der kan læses i sammenhæng eller selvstændigt: 1) en overordnet gennemgang af visioner, typer af reorganisering og udviklingsprocessernes del-elementer, 2) beskrivelser af udvalgte cases, som repræsenterer forskellige dele af udviklingsprocessen, og 3) en opsamling på de erfaringer og udfordringer, som går på tværs af de udvalgte cases.

Rapporten vil være relevant for sygehus- og afdelingsledere på landets sygehuse samt medarbejdere og ledere i de stabe, som medvirker til at understøtte det organisatoriske udviklingsarbejde relateret til sygehusbyggerierne.

KORA ønsker at rette en stor tak til de mange informanter i alle fem regioner, som har bidraget til undersøgelsen med deltagelse i interview og tilvejebringelse af materiale relateret til reorganiseringer på sygehusene.

Forfatterne  
Marts 2017

# Indhold

Resumé .....	5
1 Introduktion .....	8
1.1 Undersøgelsens formål og design .....	9
1.2 Læsevejledning .....	9
2 Visionerne, reorganiseringerne og processen .....	11
2.1 Visionerne bag sygehusbyggerierne .....	11
2.2 Fire kategorier af reorganisering .....	12
2.2.1 Fleksibel udnyttelse af plads og rum .....	13
2.2.2 Omstrukturering af sengekapaleteten .....	15
2.2.3 Etablering af fælles akutmodtagelser .....	16
2.2.4 Geografisk og organisatorisk samling af enheder .....	18
2.3 Udviklingsarbejdets faser og metoder .....	19
2.3.1 Udvikling af fysiske rammer .....	20
2.3.2 Udvikling af principper for arbejdsgange, samarbejde og organisering i nye sygehusbyggerier .....	20
2.3.3 Afprøvning og evaluering af nye arbejdsgange og organisationsformer .....	21
2.3.4 Afprøvning og udvikling af arbejdsgange i nye fysiske rammer .....	22
2.4 Opsamling på undersøgelsens første del .....	22
3 Fire casebeskrivelser .....	25
3.1 Klar til NAU .....	25
3.1.1 Udviklingsprocessen og relaterede udfordringer .....	27
3.2 Etablering af fælles Akutmodtagelse, Herlev Hospital .....	31
3.2.1 Udviklingsprocessen og relaterede udfordringer .....	31
3.3 Etablering af Akutafdelingen, Slagelse Sygehus .....	36
3.3.1 Udviklingsprocessen og relaterede udfordringer .....	36
3.4 Voksdugen: Opmærksomhed på arbejdsgange i nye fysiske rammer .....	39
3.4.1 Udviklingsprocessen og relaterede udfordringer .....	40
4 Erfaring og læring på tværs af cases .....	45
4.1 Organisering af udviklingsprocessen .....	45
4.1.1 Rammerne for nytænkning .....	45
4.1.2 Tydelige formål .....	45
4.1.3 Fokus på sammenhæng og overgange mellem udviklingsfaser .....	47
4.2 Samtidig drift og udvikling .....	48
4.2.1 Udvikling integreret i driften .....	48
4.2.2 Ledelsens fokus og prioritering .....	49
4.3 Forandringer i drift .....	50
4.3.1 Når arbejdsgange og nye fysiske rammer mødes .....	50
4.3.2 Samarbejde på tværs .....	51
5 Konklusion .....	53
Litteratur .....	57
Bilag 1 Metode .....	59

# Resumé

Mange sygehusbyggerier er i disse år under opførelse med målsætninger om effektivisering, mere sammenhængende patientforløb og højere kvalitet. Denne undersøgelse har til formål at identificere, hvilke typer af visioner og reorganiseringer, der knytter sig hertil. Derudover har undersøgelsen til formål at bidrage med en indsigt i de erfaringer og opmærksomhedspunkter, der knytter sig til sygehusbyggerierne ifølge de informanter, som har deltaget i undersøgelsen.

## **Visioner for sygehusbyggerierne og konkrete typer af reorganiseringer**

Sygehusbyggerierne tager udgangspunkt i en række politiske visioner og faglige anbefalinger, der bl.a. skal føre til øget kvalitet ved at samle behandlingerne på færre sygehuse og skabe mulighed for mere sammenhængende patientforløb. Disse visioner er oversat af hvert enkelt sygehus og fremgår af de enkelte sygehusbyggeriers konkurrence- og byggeprogrammer. Undersøgelsen finder på denne baggrund, at visionerne for sygehusbyggerierne sigter mod: a) høj kvalitet og sikkerhed i patientbehandlingen, b) organisering af patientforløb, der fremmer sammenhængende og effektive patientforløb og ønsket om at bringe patienten i centrum, samt c) bygninger & teknologi, som fx via logistiske løsninger, enestuer og samling af ambulatorier og sengeafsnit kan understøtte ovenstående.

Undersøgelsen identificerer også en række reorganiseringer, der særligt knytter sig til visionerne om sammenhængende og integrerede forløb samt til effektivitet i form af et fokus på flow og kapacitetsudnyttelse. De reorganiseringer, som er identificeret i undersøgelsen omfatter a) fleksibel udnyttelse og deling af faciliteter som ambulatorier, senge, venteværelser og kontorer, b) omstrukturering af sengekapacitet, som følge af reduceret sengekapacitet og flytning af sengepladser til fra specialafdelingerne til akutmodtagelserne, c) etablering af fælles akutmodtagelser og d) geografisk og organisatorisk samling af sygehusafdelinger, bl.a. som følge af etablering af akutmodtagelser og arbejdet med samarbejde om patientforløb.

## **Udviklingsarbejdet: Faser og metoder**

Arbejdet med at gøre sygehusene klar til indflytning i de nye fysiske rammer er et omfattende arbejde, der for det første kræver deltagelse af både ledelse og medarbejdere over en længerevarende periode, og for det andet kræver, at sygehusene kommer tidligt i gang. Sygehusene er ikke samme sted i det organisatoriske udviklingsarbejde, og udviklingsarbejdet varierer i omfang, afhængig af om der er tale om barmarksbyggerier eller udbygning med mere afgrænsede formål. Sygehusbyggerierne markerer imidlertid for alle en tydelig deadline for reorganiseringerne, hvor udsigten til ændrede fysiske rammer er en drivkraft i arbejdet med at udvikle, tilpasse og indarbejde nye arbejdsgange og organisationsstrukturer.

I undersøgelsen identificeres fire faser i udviklingsarbejdet:

1. Udvikling af fysiske rammer, hvor formålet er at bidrage med input til arkitekterne, som tegner sygehusbyggeriet, og sygehusets byggeorganisation, som skal drive byggeprocessen.
2. Udvikling af principper for arbejdsgange og organisationsstrukturer.
3. Afprøvning og evaluering af nye arbejdsgange og organisationsstrukturer. En fase, hvor sygehusene afprøver mere eller mindre afgrænsede organisatoriske tilpasninger eller ændringer inden for de eksisterende fysiske rammer.
4. Afprøvning og udvikling af arbejdsgange i nye rammer med det formål at sikre, at medarbejderne er klar til at arbejde i de nye fysiske rammer ved indflytning. En del af denne fase har karakter af orientering i de nye fysiske rammer og træning i at arbejde heri. Derudover er en væsentlig del af denne fase at fortsætte arbejdet med at udvikle og justere arbejdsgangene til de nye fysiske rammer.

I udviklingsarbejdet gør sygehusene brug af workshops, arbejdsgrupper, pilotafprøvninger og simuleringer. Det er desuden karakteristisk, at den gennemgående og typiske strategi for udviklingsarbejdet er at udvikle de konkrete, lokale reorganiseringer i iterative forløb med fokus på løbende afprøvning og justering.

### **Opmærksomhedspunkter i udviklingsarbejdet**

Rapporten bygger på empirisk materiale indsamlet i en afgrænset periode og udgør derfor et nedslag i en fortløbende udviklingsproces. Rapporten bidrager på denne baggrund med en række gode eksempler og læringspunkter, som kan bruges i det videre arbejde med reorganisering. Undersøgelsen peger på tre overordnede opmærksomhedspunkter, som kan tjene som inspiration for andre sygehuse i arbejdet med at tilpasse arbejdsgange og organisationsstrukturer til de nye fysiske rammer.

#### *Inddragelse af medarbejdere via strukturer for dialog om fælles formål*

Medarbejderinddragelse er væsentligt, fordi det er en måde at sikre medarbejdernes engagement og ejerskab til byggeriet og de tilknyttede udviklingsprocesser, håndtere medarbejdernes usikkerhed og sikre, at medarbejdernes viden og erfaringer som udførende part kommer i spil. Inddragelse handler imidlertid ikke bare om at lade repræsentanter for afdelinger og faggrupper indgå i arbejdsgrupper, pilotafprøvninger eller forskellige typer af simuleringer. Inddragelse handler også om at gøre formålet med forandringerne tydelig og skabe en struktur, der sikrer, at medarbejdere kan give udtryk for tvivl, usikkerhed og modstand, og at sygehus- og afdelingsledelsen kan bidrage med afklaring og konkretisering af formålet.

#### *Struktur i udviklingsarbejdet*

Det er karakteristisk, at udviklingsarbejdet er tilrettelagt, så ledelse og medarbejdere skal bidrage til at fylde indhold i de rammer, som visioner og principper for byggeriet udgør. Der er dog fortsat behov for en klar struktur for udviklingsarbejdet. I undersøgelsen identificeres tre forhold, som knytter sig hertil:

1. På den ene side er sygehusbyggerierne en anledning til at tænke helt nyt, men på den anden side er sygehusene underlagt nationale og regionale krav, fx om specialeplanlægning, effektiviseringskrav og tidsmæssige krav om ibrugtagning af de nye bygninger, som man er nødt til at tage højde for. Der er derfor brug for at sætte tydelige rammer for nytænkningen, herunder at kommunikere, hvad der er til debat, og dermed hvor inddragelse og deltagelse reelt er mulig.
2. Pauser i og løbende ændringer af udviklingsarbejdet betyder, at medarbejdere let mister overblikket over udviklingsprocessen. Der er derfor et behov for eksplicit at håndtere, at medarbejdere ikke er permanent involveret i udviklingsarbejdet, men at de typisk bliver inddraget i afgrænsede perioder og projekter. Medarbejderne skal have hjælp til at få og bevare et overblik over, hvilke beslutninger der allerede er truffet, og hvad deres rolle er i udviklingsprocessen.
3. Udviklingsarbejdet kommer let i konflikt med den daglige drift, fordi det kræver, at både medarbejderressourcer og fysiske rum bliver inddraget. Eksplicit forankring af udviklingsopgaven blandt sygehus- og afdelingsledere er en væsentlig og anvendt strategi, som har betydning for, at udviklingsarbejdet prioriteres sideløbende med driften af sygehuset, og at der prioriteres mellem flere forskellige udviklingsprojekter på forskellige tidspunkter.

#### *Fra udvikling af drift til drift i udvikling*

Der er behov for at fastholde fokus på de reorganiseringer, man ønsker, selv når sygehusene er i drift i de nye bygninger. Både ledere og medarbejdere skal derfor forholde sig til, at behovet for justeringer af arbejdsgange m.m. ikke stopper ved indflytning. Der kan derfor være gavn af at

bevare de arbejdsgrupper og mødefora, som blev etableret i afprøvningsfaserne forud for indflytning.

### **Undersøgelsens metode og empiriske grundlag**

Undersøgelsen er baseret på i alt 39 interview med ledere og medarbejdere fra 15 sygehusorganisationer samt læsning af skriftligt materiale knyttet til sygehusbyggerierne. Som en del af undersøgelsen er udvalgt en række cases, som repræsenterer forskellige regioner, typer af reorganiseringer og faser i udviklingsarbejdet. Undersøgelsen er rekvireret af Danske Regioner, og empiriindsamlingen er gennemført i efteråret 2015-foråret 2016.

# 1 Introduktion

Mange sygehuse er i disse år under opførelse og skal gradvist tages i brug. Sygehusbyggerierne sker med udgangspunkt i målsætninger om effektivisering, mere sammenhængende patientforløb og højere kvalitet. Til byggerierne knytter der sig således en række overordnede visioner, hvoraf flere direkte stiller krav til den måde, som sygehuse er organiseret på – både i relation til ledelses- og organisationsstrukturer og i relation til organiseringen af konkrete arbejdsgange på det udførende niveau (se tekstboksen nedenfor).

## Overordnede visioner for sygehusbyggerierne

### *Kvalitet*

Sygehusbyggerierne skal understøtte mål om øget kvalitet ved at samle behandlingerne på færre sygehuse og skabe mulighed for mere sammenhængende patientforløb.

### *Patienten i centrum*

Kvaliteten skal højnes ved at bygge patientsikkert, ved at bringe patienten i centrum og ved at indføre nye måder at organisere og tilrettelægge arbejdet på i de nye sygehuse.

### *Øget effektivitet*

Effektiviteten skal øges ved at styrke sammenhængen i patientforløbene, ved at nytænke organisering og arbejdsgange og ved rationel brug af ny teknologi.

### *Fleksible sygehuse*

De nye sygehuse skal bygges fleksibelt, så de forskellige rum og områder kan udvides eller konverteres til andre formål uden for store omkostninger.

Kilde: Se bl.a. (Danske Regioner 2013) og <http://www.godtsygehusbyggeri.dk/Maal%20og%20styring/Vision.aspx> (juli 2016).

De mange sygehusbyggerier er et resultat af konkret politisk prioritering, idet der i 2007 blev afsat i alt 41,4 mia. kr. til investeringer i nye sygehuse, heraf 25. mia. kr. via kvalitetsfonden og 16,4 mia. kr. fra regionerne. Desuden blev behovet for en modernisering af sygehusstrukturen, herunder de fysiske rammer, ny teknologi og apparatur, formuleret i økonomiaftalen fra 2008 mellem Danske Regioner og Regeringen (Regeringen, Danske Regioner 2008).

Dette var imidlertid ikke den eneste baggrund for at sætte de mange sygehusbyggerier i gang. Byggerierne tager også afsæt i Sundhedsstyrelsens notat fra 2007 om behovet for et styrket akutberedskab (Sundhedsstyrelsen 2007). Her anbefaler Sundhedsstyrelsen bl.a., at landets akutmodtagelser samles på færre enheder, at der er tilstedeværelse af flere specialer, og at der er adgang til diagnostiske faciliteter. Denne målsætning har også skabt et behov for at udvide eller nybygge fælles akutmodtagelser, som kan varetage et langt større patientgrundlag og med mulighed for at skabe både fysisk og organisatorisk sammenhæng mellem akutafdelinger og specialafdelinger. Endelig skal sygehusbyggerierne ses i sammenhæng med visionerne om mere sammenhængende patientforløb, øget patientinddragelse og øget patienttilfredshed.

Nye fysiske rammer og ny teknologi er imidlertid ikke nok til at indfri de ønskede målsætninger. Hvis de nye rammer skal udnyttes optimalt, er der samtidig behov for at ændre personalets arbejdsgange og nogle steder også den måde, som sygehuse er organiseret og ledet på. Derfor er alle de berørte sygehuse i fuld gang med at udvikle og implementere nye arbejdsgange og ledelses- og organisationsstrukturer, som kan understøtte de muligheder, som byggerierne lægger op til.



## 1.1 Undersøgelsens formål og design

Denne undersøgelse er finansieret af Danske Regioner som et bidrag til at skabe overblik over arbejdet med at udvikle og ændre arbejdsgange og organisationsstrukturer på sygehuse. Målgruppen for denne rapport er sygehus- og afdelingsledere på landets sygehuse samt medarbejdere og ledere i de stabsfunktioner, som medvirker til at understøtte det organisatoriske udviklingsarbejde relateret til sygehusbyggerierne.

Undersøgelsen har følgende formål:

1. At bidrage til et overblik over de centrale målsætninger og visioner, som regionerne vil opnå med den nye sygehusstruktur i sundhedsvæsenet.
2. At bidrage til et overblik over initiativer til reorganisering i forbindelse med de nye sygehusbyggerier, herunder:
  - a. Hvilke typer af reorganiseringer arbejder sygehuse med?
  - b. Hvilke metoder til udvikling, planlægning og eventuelt implementeringen heraf gør sygehuse brug af?
3. At give indblik i konkrete initiativer til reorganisering med henblik på at opnå en mere detaljeret indsigt i udvikling, planlægning og eventuelt implementering af disse reorganiseringer, herunder en afdækning af:
  - a. Forventede organisatoriske effekter af reorganiseringen.
  - b. Metoder til udvikling, planlægning og eventuelt implementering.
  - c. Udfordringer, der er opstået undervejs, og hvordan de er søgt løst.

Undersøgelsen bygger på kvalitative interviews med ledere og medarbejdere fra sygehuse, som er i gang med sygehusbyggerier og dertil knyttede reorganiseringer, samt læsning af skriftligt materiale, som beskriver visionerne knyttet til sygehusbyggerierne. Rapporten tager derfor primært udgangspunkt i de oplevelser, erfaringer og vurderinger, som de interviewede aktører udpeger, og præsenterer kondenserede, overbliksskabende beskrivelser heraf. Se i øvrigt Bilag 1 for en mere udførlig metodebeskrivelse.

## 1.2 Læsevejledning

Undersøgelsen er designet og tilrettelagt i to dele. *Første del* af undersøgelsen (kapitel 2) er baseret på interview med 20 repræsentanter for i alt 14 somatiske sygehuse samt læsning af skriftligt materiale (inkl. sygehuses hjemmesider) knyttet til sygehusbyggerierne. Første del har til formål at bidrage til et overblik, hvor visioner for byggeriet, forskellige typer af reorganiseringer og de metoder, som sygehuse og regionerne tager i brug i det organisatoriske udviklingsarbejde identificeres.

Undersøgelsens *anden del* bygger på udvalgte cases, hvor i alt 19 personer har deltaget i interviews og bidraget med deres oplevelser og erfaringer med konkrete reorganiseringer.

Af kapitel 3 fremgår beskrivelser af de fire<sup>1</sup> udvalgte cases, herunder erfaringerne med de udvalgte udviklingsprocesser og de relaterede udfordringer og læringspunkter. De udvalgte cases danner desuden baggrund for kapitel 4, hvor udfordringer identificeret på tværs af casene er

---

<sup>1</sup> Der var oprindelige udvalgt én case i hver af de fem regioner, men efterfølgende har Region Syddanmark trukket deres case tilbage. Casen, som omhandlede dannelsen af en centerstruktur i Sygehus Sønderjylland, blev trukket tilbage, da regionen i forbindelse med tiltrædelse af ny direktion ønskede at gennemføre deres egen tilbunds-gående opfølgning på bl.a. den nye centerstruktur. Casebeskrivelsen fremgår således ikke af afsnit 3, men indgår fortsat som baggrundsviden til den øvrige rapport's analyse og konklusioner. Tilbagetrækningen af denne ene case har derfor ikke givet anledning til ændringer i afsnit 4 og 5.

opsummeret. Kapitel 3 og 4 kan læses i sammenhæng eller individuelt, afhængig af om læseren er interesseret i erfaringer fra enkelte cases eller i en samlet syntese.

I kapitel 5 samles konklusionerne fra de to delundersøgelser.

Selvom størstedelen af de sygehusorganisationer, som er i gang med sygehusbyggerier, er repræsenteret i denne undersøgelse, så vil der være helt konkrete dele af udviklingsarbejdet, som ikke indgår i denne rapport. Desuden baserer rapporten sig på empiri indsamlet i en bestemt og afgrænset periode i en forløbende udviklingsproces. Rapporten skal derfor læses som et bidrag til et bredt indblik i samt konkrete eksempler på reorganiseringer og i måder at arbejde med udvikling, planlægning og implementering af disse på.

Endelig er det væsentligt at understrege, at denne undersøgelse ikke er en evaluering af, hvor langt de forskellige sygehuse er i forhold til at indfri visionerne for fremtidens sygehuse og implementere de endelige organisationsstrukturer og arbejdsgange, men fokuserer på det arbejde, som er i gang i forhold til at tilpasse sygehusorganisationerne til de nye fysiske rammer og politiske visioner. Hverken første eller anden del af undersøgelsen har til hensigt at sammenligne sygehuse med hinanden. Derimod er hensigten med undersøgelsen (jf. formålet) at bidrage med et indblik i det organisatoriske arbejde relateret til sygehusbyggerierne og at bidrage til gensidig inspiration regioner og sygehuse imellem. Undersøgelsen kan således læses som en forlængelse af de undersøgelser og øvrige inspirationsindlæg, som tidligere er skrevet om emnet *sygehusbyggeri* (se fx (se fx: Meier, Christensen & Louring Nielsen 2013, Møller Pedersen, Petersen 2014, Gaub, Villadsen 2012, Brorholt, Christensen 2015)).

## 2 Visionerne, reorganiseringerne og processen

I dette afsnit redegør vi for de visioner, som fremgår af sygehusenes skriftlige materiale, samt for typer af reorganiseringer identificeret i første interviewrunde. Desuden udpeges forskellige typer af reorganiseringer baseret på de konkrete eksempler, som informanterne udpegede i undersøgelsens første interviewrunde.

Med begrebet *reorganisering* refererer vi både til strukturelle forandringer (fx fusioner eller nye afdelings- og ledelsesstrukturer) og til forandringer i det kliniske arbejde, herunder arbejds-gange, samarbejdsrelationer og bemanning<sup>2</sup>. I interviewene er der lagt vægt på at afdække begge kategorier af potentielle reorganiseringer, og det er tydeligt, at sygehusene befinder sig i forskellige faser af udviklingsarbejdet (se kapitel 2.3), afhængig af tidsplanen for selve byggeprojektet. Derudover varierer udviklingsarbejdet i omfang, idet nogle sygehuse arbejder med at justere samarbejdsrelationer mellem eksisterende organisatoriske enheder, hvor overvejelser om reorganiseringer i andre sygehuse – fx barmarksprojekterne – også handler om gennemgribende ændringer i måden at organisere hele sygehuset på.

Endelig udpeger vi fire faser i det organisatoriske udviklingsarbejde samt de anvendte metoder i de fire faser.

### 2.1 Visionerne bag sygehusbyggerierne

Sygehusbyggerierne er – som beskrevet i rapportens indledning – rammesat af overordnede politiske visioner og faglige anbefalinger. Disse visioner er siden oversat og ekspliciteret af hvert enkelt sygehus og bl.a. formuleret i de enkelte sygehusbyggeriers konkurrence- og byggeprogrammer. På baggrund heraf har vi identificeret tre overordnede kategorier af visioner knyttet til sygehusbyggerierne: *behandlingskvalitet*, *organisering af patientforløb* samt *bygninger og teknologi* (se tekstboksen nedenfor).

---

<sup>2</sup> Reorganiseringer skal således forstås som en konkret forandring og dermed et slutprodukt. Det er dog én af rapportens pointer, at organisering i princippet er genstand for løbende udvikling og derfor aldrig finder en permanent, fast form (se kapitel 4). Når vi bruger begreberne 'udvikling', 'udviklingsproces' eller 'udviklingsarbejde' i rapporten, er det for at understrege, at vi her refererer til det arbejde, som fører til konkrete reorganiseringer.

## Tematisk opsummering af visionerne for de fremtidige sygehuse

### *Behandlingskvalitet*

- Høj kvalitet og sikkerhed i patientbehandlingen.

### *Organisering af patientforløb*

- Patienten i centrum, herunder at 'mest muligt foregår hos patienten'
- Sammenhængende/integrerede forløb, øget samarbejde mellem afdelinger
- Effektivitet, herunder kortere indlæggelser og bedre kapacitetsudnyttelse.

### *Bygninger og teknologi*

- Teknologiske muligheder, herunder logistiske løsninger og behandlingsteknologi
- Enestuer og samling af ambulatorier og sengeafsnit
- Flexibilitet, mulighed for løbende tilpasning af bygningerne til skriftende patientgrundlag og sygdomsmønstre
- Tilgængelighed, herunder way-finding og én indgang for patienterne.

Disse kategorier adskiller sig ikke fra de overordnede politiske visioner (se kapitel 1), men i relation til de enkelte sygehusbyggerier er der dog formuleret mere detaljerede ønsker både til fysisk udformning og organisering af sygehusene. I praksis er de tre kategorier desuden ikke uafhængige, idet fx visionen om, 'at mest muligt foregår hos patienten', forsøges understøttet af en bestemt fysisk ramme, nemlig enestuerne. På samme måde forventes visionen om høj kvalitet og sikre patientforløb at blive understøttet af organisering af mere sammenhængende forløb. Selvom reorganiseringer er genstandsfeltet i denne rapport, så indgår den tekniske og fysiske kontekst således som en vigtig komponent i arbejdet mod reorganiseringer på grund af dens forventede indflydelse på både arbejdsgange og ledelses- og organisationsstrukturer.

Sygehusbyggerierne og de tilknyttede overvejelser og konkrete udmøntning af reorganiseringer er ligeledes knyttet til den ændrede struktur på akutområdet, som blev introduceret med Sundhedsstyrelsens akutplan fra 2007 (Sundhedsstyrelsen 2007). De sygehuse, som har fået status af regionale akutsygehuse, nævner planerne om etableringen af en fælles akutmodtagelse som *den væsentligste* anledning til, at man på disse sygehuse har arbejdet med organisationsforandringer. Sagt på en anden måde, så er nogle af de identificerede reorganiseringer en direkte konsekvens af de ændrede fysiske rammer (fx færre kvadratmeter og krav om delte ressourcer), hvor andre (fx fælles akutmodtagelser og muligheden for fysisk samling af geografisk adskilte enheder i nye fysiske rammer) i højere grad handler om, at sygehusbyggerierne understøtter en udvikling, som allerede er i gang. Sygehusbyggerierne og de relaterede organisationsforandringer ses altså både som en *motor* for nye typer af reorganiseringer og en *accelerator* af en udvikling, der allerede er i gang med at nytænke den måde, som behandling og pleje udføres på i sygehusene.

## 2.2 Fire kategorier af reorganisering

På tværs af interviewene er det muligt at udpege en række forskellige reorganiseringer, der nedenfor er grupperet i fire kategorier.

## Typer af reorganiseringer identificeret i undersøgelsen

### *Fleksibel udnyttelse af plads og rum*

Sengeafsnit og ambulatorier skal organiseres på en måde, hvor afdelingerne tildeles plads og rum afhængig af behov, og hvor kapaciteten sikres udnyttes bedre.

### *Omstrukturering af sengekapaciteten*

Flytning af sengeafsnit fra specialafdelinger til fælles akutmodtagelser og etablering af intermedieære/semi-intensive sengeafsnit.

### *Etablering af fælles akutmodtagelser*

Etablering og fysisk samling af fælles akutmodtagelser og betydningen for organisering og ledelse i og på tværs af specialafdelingerne.

### *Geografisk og organisatorisk samling af organisatoriske enheder*

Muligheden for at samle organisatoriske enheder på forskellige matrikler og nødvendigheden etablere nye og/eller større enheder.

I dette afsnit sammenfattes informanternes beskrivelser af, hvad de fire typer af reorganiseringer indebærer. Undervejs i kapitlet er der indsat tekstboks, der opsummerer de overvejelser og spørgsmål, som rejstes i forhold til ledelse, bemanning, kompetencer og nye funktioner på tværs af de fire reorganiseringstyper – og dermed, hvad der, ifølge informanterne, skal gøres til genstand for en udviklingsproces for, at disse reorganiseringer kan blive en realitet.

### 2.2.1 Fleksibel udnyttelse af plads og rum

Kravet om effektivisering udmønter sig bl.a. i færre kvadratmeter på sygehusene<sup>3</sup>, som skal udnyttes fuldt ud. Flere informanter beskrev, hvordan analyser af udnyttelsesgraden både i sengeafsnit, operationsstuer og ambulatorier på deres respektive sygehuse har vist, at disse faciliteter i perioder står ubrugt hen. Analyser har også vist, at belægningen på forskellige sengeafsnit er meget uens, idet et sengeafsnit i perioder kan have overbelægning, samtidig med at et andet sengeafsnit har tomme senge. For at imødekomme disse to forhold – færre og ubrugte kvadratmeter – var 'brugsret frem for ejerskab' et væsentligt princip på flere sygehuse, hvor afdelingerne i højere grad skal se sygehusenes faciliteter som fælles ressourcer.

En forudsætning for dette princip er, at de faciliteter, der skal deles, er så ens som muligt. På flere sygehuse er det derfor et princip for de nye sygehusbyggerier, at sygehusets rum skal have flere funktioner, og at samme funktion har flere brugere. Det har bl.a. konsekvenser for den måde, som ambulatorier indrettes på, da de i princippet skal kunne bruges af personale og patienter tilknyttet flere specialer og afdelinger. Samme princip skal gøre sig gældende for sengepladserne, som ikke længere skal tilhøre afdelingerne, men være en fælles ressource, som afdelingerne kan gøre brug af afhængigt af det aktuelle antal indlagte patienter.

#### **Udnyttelse af sengekapaciteten**

Forudsætningen for den ønskede fleksibilitet i kapacitetsudnyttelse er, at sengeafsnittene ligger samlet frem for spredt over hele sygehuset. Arkitektonisk kommer dette til udtryk i etableringen

<sup>3</sup> Det skal naturligvis tages med forbehold, at nogle nye sygehuse bliver større end de gamle, idet de skal rumme fusionerede organisationer eller organisationer, der nu er spredt over flere matrikler. Det er dog gennemgående i interviewene, at de regner med at skulle udnytte de kvadratmeter, der er til rådighed, endnu bedre end de gør nu.

af standard sengestuer og indretning af sengeafsnit i mindre afsnit ved siden af hinanden, som afdelingerne kan deles om, i det omfang de har behov. Som en informant udtrykte det i relation til delingen af sengeafsnit:

*[Et] team med otte patienter udløser en sygeplejestation. Otte og otte er 16, det udløser et køkken eller et medicinrum, og 32 [patienter] udløser en velkomstskranke.*

Målet om fleksibel udnyttelse af sengekapaciteten skal altså opnås ved, at afdelingerne ikke nødvendigvis råder over et fuldt sengeafsnit, men bruger det antal senge, der svarer til det aktuelle behov. Flere informanter fortalte i den forbindelse, at de på sygehusene er i gang med overvejelser om forskellige metoder og strategier for det, de kalder 'bed-management'. Flere sygehuse har været involveret i konceptet 'Sikkert patient-flow', udviklet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed, der har fokus på udnyttelse af sygehusenes samlede kapacitet ved at indføre daglige kapacitetskonferencer, hvor alle afdelinger deltager, samt indføre flow-koordinatorer, som specifikt har ansvar for, at sygehusenes kapacitet udnyttes bedst muligt (se også afsnit 3.3 for et konkret eksempel herpå).

Nogle informanter fortalte desuden, at det er tanken, at afdelingerne kan deles om dækningen af aften- og nattevagter og dermed om plejen af fælles patienter. En del af denne fleksibilitet er løst ved den måde, som sengeafsnittene bliver placeret på i forhold til hinanden, så naboafdelinger relativt let kan varetage plejen af andre afdelingers patienter. Det er dog en forudsætning, at personalet har kompetencer til at passe patienter inden for flere specialer, og derfor er retningslinjer for, hvornår og hvordan de forskellige afdelinger får råderet over sengepladser, hvem der varetager plejen af sengeliggende patienter, og hvordan de ledes, endnu under udarbejdelse på mange af sygehusene.

### **Udnyttelse af ambulatoriekapaciteten**

Hvad angår ambulatorierne i de nye sygehusbyggerier er der på nogle sygehuse nedsat arbejdsgrupper, som er ved at skitsere nogle rammer for såkaldte fællesambulatorier. Også her er princippet, at afdelingerne ikke ejer bestemte rum, men deles om et sæt standardiserede rum i et fælles ambulatorie.

Som det er tilfældet i relation til sengeafsnittene, så er det springende punkt, at afdelingerne sammen sikrer, at rummene udnyttes fuldt ud og altså ikke står tomme i perioder i løbet af en dag. Derfor indgår udvidede åbningstider også som en del af planlægningen af ambulatoriedriften i de kommende sygehuse, samtidig med at nogle sygehuse arbejder med forskellige måder at sikre, at patienterne møder op til de tider, der er booket (herunder påmindelser pr. sms, og at patienterne selv booker kontroltider). Andre informanter beskrev, hvordan ledere og medarbejdere i de nuværende ambulatoriefunktioner var begyndt at eksperimentere med nye former for ambulatorieydelser, hvor patienter enten bliver tilset ved hjælp af telemedicinske løsninger og får prøvesvar via en telefonsamtale med en læge, og hvor de mindst syge patienter bliver tilset med længere mellemrum. Blandt andet i regioner med store geografiske afstande blev det beskrevet som en nødvendighed, idet omlægningen af ambulatorier er et led i en centralisering, hvor specialiserede funktioner bliver samlet på få, store sygehuse. Der er derfor et ønske om at sikre nærhed i borgerne behandlingsforløb, selvom størstedelen af den specialiserede behandling vil foregå via de store sygehuse. Derfor handler udviklingen af fremtidige ambulatoriefunktioner også om at udvikle måder at koble specialistfunktioner fra større sygehuse til de mindre, fx via telekonferencer eller virtuelle konsultationer.

## Kapacitetsudnyttelse og patient-flow

Visionen om større effektivitet, kombineret med færre sengepladser og færre kvadratmeter, medfører et behov for at fokusere på kapacitetsudnyttelse, og 'flow-management' er blevet et selvstændigt fokusområde. Særligt i akutafdelingerne er 'bed-management' og 'flow-management' blevet en selvstændig opgave og funktion, som bl.a. skal sikre, at sengekapaaciteten på sygehusene udnyttes bedst muligt.

I relation til ambulatorierne arbejdes der også med måder at sikre så høj kapacitetsudnyttelse som mulig. Herunder hører fx udvidede åbningstider og arbejdet på nogle sygehuse med at udvikle retningslinjer for telefonkonsultationer eller erstatte faste ambulante kontroller med kontroller efter behov. Kapacitetsudnyttelse er naturligvis ikke et nyt fænomen på sygehusene, men udsigten til færre kvadratmeter, færre sengepladser og de ændrede kriterier for brug af senge er en tydelig markering af behovet for at betragte det som en opgave, der både påkalder sig opmærksomhed og introducerer nye funktioner, som dedikerer bestemt personale til opgaven.

### 2.2.2 Omstrukturering af sengekapaaciteten

De nye sygehuse betyder også, at der samlet set bliver reduceret i sengekapaaciteten, og dermed er det nødvendigt med en omdefinering af den måde, sengekapaaciteten bruges på. Dette kalder på nye arbejdsgange i og omkring enestuerne (se fx (Brorholt, Christensen 2015) og afsnit 3.3), og derudover arbejder nogle sygehuse med helt nye typer af patientkategorier med betydning for brug af de senge, der er til rådighed.

Nogle sygehuse arbejder eksempelvis med at definere såkaldte intermediære eller semi-intensive senge. Intermediære/semi-intensive senge skal reserveres til patienter, der ikke er så syge, at de skal indlægges på en intensiv afdeling, men dog kræver skærpet opsyn og pleje. Det er en ny kategori af senge, og kriterierne for brugen af disse er endnu ikke er defineret. Det er dog hensigten, at sengene skal fungere som aflastning af de ordinære sengeafsnit. På nogle sygehuse er arbejdsgrupper ved at udarbejde forslag til kriterierne for brug af denne nye kategori af senge, eksempelvis som beskrevet i dette citat:

*Hvad er det for nogle patienter, der skal være i [intermediære] senge? Hvordan skal vi definere sådan en seng, hvem har ansvaret for patientforløbene i dem osv.? Det betyder nemlig noget for resten af huset, da vi må antage, at det aflaster sengeafsnitene for deres sygeste patienter, og at det derved vil være et andet patientklientel, der ligger i sengene på afdelingerne.*

Således vil afgrænsningen og kriterierne for disse intermediære/semi-intensive senge ændre på nogle afdelingers patientgrundlag. Samtidig kan denne nye kategori af senge potentielt også skabe en øget kompleksitet i patientforløbene, idet der indskydes et ekstra led i forløbet, som skal koordineres med patientforløbets øvrige dele.

Desuden spiller etableringen af akutmodtagelserne en væsentlig rolle. En vigtig målsætning knyttet til akutmodtagelserne er, at akutte patienter, som kan færdigbehandles inden for 48 timer, i videst muligt omfang håndteres i akutmodtagelserne frem for på specialafdelingernes sengeafsnit. Det kræver, at specialafdelingens korttidsafsnit flyttes. Som en informant udtrykte det, så rejser det spørgsmålet om, hvor meget kan man reducere en afdeling og fortsat bevare den som en selvstændig organisatorisk enhed:

*Det er noget omkring, hvor stor eller lille en afdeling kan være. Det er klart, at hvis vi fjerner 90 % af sengene fra en afdeling, så er det jo et godt spørgsmål, hvad vi skal stille op med de sidste 10 %. Er det så en afdeling? Et ambulanspecial? Og hvad skal vi gøre med sengene? Der er helt klart en masse, der rent organisatorisk er rigtig udfordrende, og som kræver nogle store beslutninger.*

Princippet om flere færdigbehandlede patienter i akutmodtagelserne flytter altså ikke bare en del af sengekapaciteten. Det kommer også til at udfordre eksisterende organisationsstrukturer.

### Hvilke aktører og hvilke kompetencer?

Afdelingernes fremtidige deling af fx sengeafsnit og ambulatorier rejser bl.a. spørgsmålet om, hvilke kompetencer der kræves af plejepersonalet, hvis de skal kunne varetage patienter knyttet til flere specialer. Spørgsmål om bemanning og kompetencer er desuden relateret til etableringen af fælles akutmodtagelser, som indebærer, at akutafdelingerne og de tilknyttede specialafdelinger i fællesskab skal organisere bemanningen i akutafdelingen på en måde, som sikrer, at alle patienter bliver tilset på højt fagligt niveau.

Som del af overvejelserne om aktører og kompetencer hører også spørgsmålet om tilknytningen af specialistfunktioner til de mindre sygehuse når afstandene mellem sygehuse bliver større som følge af de mange nye og større sygehuse. Her eksperimenterer nogle sygehuse med forskellige former for telemedicinske konsultationer, hvor en sygeplejerske sidder fysisk sammen med patienten, men med forbindelse til en læge placeret på en anden matrikel. En anden løsning er etablering af mindre klinikker, der bemannes af specialer fra et 'hovedsygehus'. Samlet set handler disse overvejelser om, hvilke aktører der skal varetage allerede kendte opgaver knyttet til diagnosticering, behandling og pleje af patienter, men i nye fysiske rammer og i nye organisatoriske strukturer.

### 2.2.3 Etablering af fælles akutmodtagelser

Et væsentligt tema og rettesnor for flere byggerier er målet om at etablere færre, men større og fælles akutmodtagelser. I mange byggeprojekter har de fælles akutmodtagelser fået en relativt stor rolle, fordi det bliver meget store enheder som kræver plads – en plads, som ikke er til rådighed i de eksisterende bygninger. Disse bygninger skal være en indgang for alle akutte patienter, og bygningerne skal skabe rum til, at speciallæger fra alle relevante specialer har mulighed for at være til stede og deltage i tidlig diagnostik og udarbejdelse af behandlingsplaner. Organisatorisk repræsenterer de fælles akutmodtagelser imidlertid også en forandring – ikke bare i relation til måden at organisere sygehusenes akutte beredskab på, men også i relation til de øvrige dele af sygehusorganisationerne. Dette ikke mindst i relation til spørgsmålet om speciallægedækning og ledelse på tværs af akutmodtagelserne og specialafdelingerne. Nogle informanter beskrev udviklingen af akutmodtagelserne som et eksempel på en organisationsforandring præget af mange konfliktende interesser. Akutmodtagelserne rejser nemlig spørgsmål om, hvem der skal varetage ledelsen af de ressourcer (primært speciallæger), som skal deles. Derudover rejser det økonomiske og budgetmæssige spørgsmål, da det er uklart, hvordan der skal honoreres for de forskellige dele af akutte forløb, hvor personale fra forskellige afdelinger arbejder i akutmodtagelserne.

Endelig påvirker de nye akutmodtagelser de konkrete arbejdsgange, ikke mindst for speciallægerne. Som en informant beskrev det, så skal 'pyramiden vende på hovedet' i akutmodtagelserne, da speciallæger skal mere i front og deltage i vagtdækningen med det formål at fremskynde diagnostik og udarbejdelse af behandlingsplaner. Det betyder, at speciallægerne skal



indgå i vagtdækningen, og det har på nogle sygehuse ført til modstand fra fx de medicinske specialer, som typisk er organiseret på en måde, hvor yngre læger dækker aften- og nattevagter.

Udfordringen i forbindelse med udviklingen af akutmodtagelserne er dog ikke bare relateret til specialerne og speciallægenes nye måder at organisere arbejdet på. Et væsentligt mål med akutmodtagelserne er, at patientforløbene skal tilrettelægges, så patienterne bliver tilset af en speciallæge tidligt i forløbet med henblik på at stille diagnose og beskrive behandlingsplanen. Der opstår med andre ord en form for matrixorganisation, hvor både akutmodtagelsen som organisatorisk enhed og specialafdelingen skal fungere side om side. Det rejser yderligere spørgsmål om ledelsesstrukturen:

*Skal man have vertikal ledelse, der både leder en sengeafdeling, et ambulatorium og noget i FAM? FAM skal jo også fungere horisontalt, og hvem leder der? Der skal jo også være nogle akutsygeplejersker, der er helt i front ved store traumer og ulykker. Lige nu udfordrer vi os selv rigtig meget på organiseringen af FAM, da det bliver maskinrummet i det nye hospital.*

Grundlæggende skal speciallæger – og i nogle tilfælde også specialsygeplejersker – have en mere eksplicit og fast tilknytning til akutmodtagelserne. Organisatorisk kræver det, at akutmodtagelser og specialafdelinger bliver enige om, hvordan det indbyrdes samarbejde imellem specialafdelingerne skal organiseres og ledes. Her beskrev informanterne forskellige mulige løsninger, herunder at ansætte specialiseret personale i akutmodtagelserne, eller at specialafdelingerne udlåner personale til vagtdækning i akutmodtagelserne som beskrevet i citatet nedenfor med udgangspunkt i stomi-patienter:

*Det er ikke alle akutsygeplejersker, der er trænet i at håndtere stomi-patienter, da der er relativt få stomi-patienter, men det kan sagtens være, at de [patienterne] kommer ind og skal have et kort forløb. Der arbejder de [ledelsen af akutmodtagelsen] nu med at have en aftale med gastroenhedens stomi-sygeplejersker om, at hvis der kommer en stomi-patient ned i akutmodtagelsen, så skal de plejes af [gastroenhedens] sygeplejersker. Så sender de en sygeplejerske ned, der så skal pleje patienten dernede. Jeg ved, at de er begyndt at snakke om at lave nogle rotationsordninger med personalet fra nogle af de andre specialer. Det er dels for at få nogle nødvendige kompetencer derned, men også for at få noget viden oppe i de stationære afdelinger omkring, hvad der foregår nede i akutmodtagelsen.*

Der er et behov for både at trække specialiseret personale ind som en del af akutmodtagelserne og for at sikre, at specialiseringsniveauet blandt denne medarbejdergruppe forbliver intakt. Denne balance skal konkret udmønte sig i en plan for, hvor mange henholdsvis speciallæger, specialuddannede sygeplejersker og akut- og traumesygeplejersker der skal bemande akutmodtagelserne for, at de kan varetage det brede spektrum af akutte patienter, som akutmodtagelserne skal varetage. Nogle af de sygehuse, som indgår i denne rapport, er allerede i drift med en model for bemanning og ledelse, hvor informanter, som repræsenterede andre sygehuse, beskrev en udviklingsfase, hvor forskellige modeller løbende testes og evalueres med henblik på at træffe den mest hensigtsmæssige løsning.

## Tværgående samarbejde i og omkring akutmodtagelserne

Samarbejde på tværs af organisatoriske enheder er en anden type opgave, der indgår i de interviewedes overvejelser om, hvad der skal til for at opnå de ønskede reorganiseringer. Igen er dette ikke et ukendt fokus på sygehuse (Brøcker, Ladegaard Bro 2013), men etableringen af de fælles akutmodtagelser samt deling af fysiske faciliteter stiller nye typer af krav til samarbejdet mellem sygehusafdelingerne. Det kræver eksempelvis stillingtagen til, hvordan de delte faciliteter ledes, og hvordan arbejdet organiseres på tværs af flere afdelinger, herunder hvem der varetager personaleledelse, og hvordan de enkelte afdelinger honoreres økonomisk. Derudover betyder nye funktioner og fokusområder (fx flowmaster-funktioner) samt nye måder at organisere og opdele patientforløb på (fx intermediære/semi-intensive senge), at der indskydes nye led i samarbejds-kæden, og disse skal håndteres.

I flere af interviewene omtalte man det skærpede fokus på samarbejde og sammenhæng som afhængig af en *kulturændring*<sup>4</sup>, og nogle sygehuse har derfor kultur som eksplicit opmærksomhedspunkt. De bruger bl.a. Jody Hoffer Gittell's teori om Relational Koordinering (Gittell 2012) som pejlemærke for, hvordan organisationen skal arbejde, og hvad der skal vægtes som værdifuldt i samarbejdet mellem de enkelte dele af organisationen. Social kapital er ligeledes et teoretisk pejlemærke på nogle sygehuse og organisationens (afdelingsledelse og medarbejdere) måde at tænke og agere i relation til løsning af fælles opgaver. Andre steder beskrev de interviewede desuden sygehusets visioner og strategi som fælles rettesnor i relation til at skabe enighed og tage fælles beslutninger om ændrede arbejdsgange, samarbejdsrelationer på tværs af afdelinger, deling af arbejdsopgaver m.m.

### 2.2.4 Geografisk og organisatorisk samling af enheder

I de foregående afsnit har det primært handlet om reorganiseringer, som påvirker arbejdsgange eller samarbejdsrelationer i en eksisterende afdelingsstruktur. Informanterne pegede dog også på, at ændrede ledelses- og organisationsstrukturer er en del af de reorganiseringer, som følger med sygehusbyggerierne. Det er karakteristisk, at reorganisering af ledelses- og organisationsstrukturer starter med de udviklingsprocesser, som er relateret til de fremtidige arbejdsgange og patientforløb. En informant beskrev eksempelvis, hvordan beslutningerne om bemanning og organisering af patientforløb i akutmodtagelserne har ført til overvejelser om ledelsesstrukturen i de øvrige afdelinger:

*Ved at få det [bemandingsbehovet] på plads og få beskrevet de patientforløb, der skal være [i akutmodtagelsen] for de store sygdomsgrupper, og vi får afprøvet, hvordan personalet skal organisere sig, hvor mange specialespecifikke sygeplejersker i forhold til akutsygeplejersker, der skal være der, så bliver det meget lettere at se ledelsesstrukturen oppe i sengeafdelingerne og ambulatorierne. Så det er en rigtig vigtig ting.*

Andre informanter forklarede på lignende vis, hvordan udviklingsarbejdet startede med en beskrivelse og test af arbejdsgange og patientforløb internt og på tværs af de eksisterende afdelinger, som sidenhen skal føre til beslutninger om ændrede ledelses- og organisationsstrukturer.

<sup>4</sup> Kulturændringer beskrives, bl.a. af Leavitt (Ry Nielsen, Ry 2014) som en betingelse for organisationsforandringer. Dog var der stor forskel på, i hvor høj grad informanterne fra de enkelte sygehuse eksplicit talte om kulturændringer som en del af organisationsudviklingen i relation til sygehusbyggerierne. Denne forskel kan hænge sammen med, at informanterne fra nogle hospitaler var i sygehusledelsen, hvor andre var ansat i sygehusenes byggeorganisationer og derfor kan repræsentere forskelligt fokus i organisationsprocesserne. Der var en tendens til, at det særligt var medlemmer af sygehusledelserne, som inkluderede *kultur* som et aspekt i den forandringsproces, de var i gang med.

Ikke bare akutmodtagelserne, men også visionerne om mere sammenhængende patientforløb, har givet anledning til at overveje, om sygehusene overordnede organisatoriske strukturer skal være genstand for forandring. Sygehusbyggerierne markerer altså en anledning til at nytænke den måde, som sygehusene er organiseret og ledet på. Mange års fusioner i alle regioner betyder eksempelvis, at centre og i nogle tilfælde også mindre organisatoriske enheder (afdelinger eller klinikker) er spredt over flere matrikler, og dér markerer muligheden for fysisk samling i sygehusbyggerierne det sidste skridt i fusionen. Samtidig er udsigten til en fysisk samling også medvirkende til at overveje, om ledelsesstrukturen skal ændres:

*Det, som det handler om (...), det er, at nogle af de afdelingsledelser, vi har, er vi i gang med at slå sammen. Før var det måske to, men nu skal der kun være én ledelse, det betyder også, at når vi slår sengeafsnit sammen, så sker det samme på [afdelingsledelsesniveau]. Hvor der før var to afdelingssygeplejersker, så skal der fremadrettet kun være en.*

Nogle informanter påpegede dog, at de endnu ikke er så langt, at de har defineret eksempelvis eksplicitte organisations- og ledelsesstrukturer.

## 2.3 Udviklingsarbejdets faser og metoder

Grundlæggende er alle de interviewede opmærksomme på, at det er en omfattende proces at gøre sygehusorganisationerne klar til at tage de nye sygehusbygninger i brug. Det er derfor vigtigt at komme i gang med udviklingsarbejdet i god tid. På baggrund af interviewmaterialet er det muligt at udpege fire faser i udviklingsarbejdet frem mod ibrugtagning af de mange nye sygehusbygninger, se boksen nedenfor.

### Fire faser i udviklingsarbejdet

#### *Fase 1: Udvikling af fysiske rammer*

Inddragelse af ledere, medarbejdere og patienter med henblik på at få input til sygehusbyggeriet, fx indretning og design.

#### *Fase 2: Udvikling af principper for arbejdsgange og organisationsstrukturer*

Udarbejdelse af principper for organisatoriske forhold, herunder retningslinjer for organisering af arbejdsgange, bemanning og ledelse af de enkelte funktioner på de fremtidige sygehuse.

#### *Fase 3: Afprøvning og evaluering af nye arbejdsgange og organisationsstrukturer*

Afprøvning af organisatoriske tilpasninger eller ændringer inden for de eksisterende fysiske rammer med henblik på at sikre, at de væsentligste reorganiseringer er afprøvet og indarbejdet inden indflytning i de nye sygehusbygninger.

#### *Fase 4: Afprøvning og udvikling af arbejdsgange i nye rammer*

Orientering og træning i at arbejde i nye fysiske rammer, samtidig med at arbejdsgange justeres og udvikles, så de passer til de nye fysiske rammer.

### 2.3.1 Udvikling af fysiske rammer

Første fase i arbejdet med reorganisering starter, allerede før de nye sygehusbygninger er tegnet. Mange informanter beskrev, hvordan ledelse og medarbejde bl.a. har været inddraget i udviklingen af de fysiske rammer. Her beskrevet af en sygehusleder:

*Det er jo næsten det, der ligger i at projekttere et sygehus, altså at finde ud af, hvordan vi får nogle gode arbejdsgange og nogle gode patientforløb ind i operationsgangene eller hvad det nu er. Så har vi alle de her brugerprocesser, vi kører sammen med klinikerne, hvor vi får deres input og går hjem og arbejder og tegner op og flytter rundt på rummene.*

Denne fase er typisk foregået med udgangspunkt i en række workshops på sygehusene og ned-sættelse af brugergrupper med deltagelse af fx personale og patienter. Her formuleret af en ledende overlæge:

*Vi var sat sammen i en brugergruppe, som skulle forestille sig en FAM, hvor patienter kommer igennem en dør og møder de rigtige mennesker på en hensigtsmæssig måde, uden det tager flere døgn. (...) Vi havde mange gode diskussioner af, hvordan det kunne gøres.*

Besøg på udenlandske eller danske sygehuse, hvor man har kunne lade sig inspirere af den måde, som ideer om fx patientforløb er tegnet ind i arkitekturen, er også en typisk aktivitet i denne fase. En vigtig del af denne fase har handlet om at bidrage med input til arkitekterne, som skal tegne sygehusbyggeriet, og sygehusets byggeorganisation, som skal drive byggeprocessen. Det har med andre ord været formålet, at brugergrupperne skulle bidrage med inspiration til udarbejdelsen af den endelige arkitektur og de teknologiske løsninger. En anden del af denne fase har handlet om at bidrage med forslag til justeringer af mere konkrete forslag til indretningen af det nye sygehus. Her er bidragene fra deltagerne i workshops eller brugergrupper i højere grad at pege på forhold, som kan være uhensigtsmæssige eller mangelfulde (fx mangel på toiletter i et venteværelse eller mangel på håndvaske på isolationsstuer).

#### Brugerinddragelse/workshops

Workshops har særligt været i brug i den første fase af udviklingsarbejdet, hvor det fysiske byggeri er blevet udviklet. Her har en bred skare af brugere: patienter, pårørende, ledere og medarbejdere, deltaget i processer designet til at inspirere arkitekter og byggeorganisationer til konkret udformning af de fysiske rammer og konkret indretning.

### 2.3.2 Udvikling af principper for arbejdsgange, samarbejde og organisering i nye sygehusbyggerier

Næste fase handler om at følge op på de principper for sygehusets drift, som ligger til grund for det fysiske byggeri. Mange informanter beskrev, hvordan de er i gang med at udvikle principper for, hvordan disse rammer skal tages i brug, herunder:

- Principper for deling af faciliteter såsom venterum, ambulatorier, sengeafsnit
- Principper for bemanning af delte afsnit
- Principper for, hvem der skal ligge i intermedieære/semi-intensive senge kontra intensivsenge

Disse principper udstikker nogle helt overordnede rammer for konkrete arbejdsgange (fx princippet om enestuer) samt for snitflader og samarbejde mellem sygehusets afdelinger. I modsætning til det forrige, der handler om at udvikle principper for de fysiske rammer, handler denne fase om at udvikle principper for, hvordan den fysiske ramme skal udfyldes, herunder organisering af arbejdet, bemanning og ledelse af de enkelte funktioner på de fremtidige sygehuse. I denne fase foregik en stor del af udviklingsarbejdet af drøftelser i nedsatte arbejdsgrupper. Disse arbejdsgrupper bestod typisk af afdelingsledere eller udvalgte medarbejdere – og altså en relativt mere snæver kreds af aktører end i forrige fase.

### Arbejdsgrupper

Arbejdsgrupperne har til opgave at udvikle konkrete koncepter for fx arbejdsgange og ledelse i akutmodtagelserne eller for deling af ressourcer såsom sengepladser og ambulatorier. Typisk afgrænsede problemstillinger og en snæver kreds af deltagere, fx afdelingsledere og udvalgte medarbejdere.

### 2.3.3 Afprøvning og evaluering af nye arbejdsgange og organisationsformer

Tredje fase handler om at afprøve og evaluere afgrænsede arbejdsgange og organisationsformer. På baggrund af interviewene er det muligt at udlede mindst to formål med denne fase. For det første handler det om at gøre den eksisterende organisation klar til drift i de nye rammer, så de tiltænkte effektiviseringspotentialer kan blive indfriet, og for det andet handler det om at inddrage ledere og medarbejdere på klinisk niveau i udviklingen af den organisation, de kommer til at arbejde i.

På mange sygehuse er ledere og medarbejdere derfor i gang med at pilotteste det nye organisatoriske setup i de eksisterende bygningsmæssige rammer. Det kan eksempelvis være afprøvningen af arbejdsgange i en fremtidig akutmodtagelse på udvalgte patientforløb med henblik på at gøre sig erfaringer med samarbejdet mellem personale fra specialafdelinger og personale fra akutafdelingen. Flere informanter beskrev afprøvninger af denne type som én i en længere række af afprøvninger, hvor arbejdsgange testes og justeres for en patientgruppe eller et speciale, hvorefter det afprøves og testes på andre patientgrupper eller specialer. I akutmodtagelserne vil speciallægerne formentlig komme til at fungere i både en specialafdeling og en akutmodtagelse, og eftersom akutmodtagelsen formentlig får sin egen ledelse, så er det også hensigten at teste forskellige modeller for håndteringen af snitflader mellem ledelsen af akutmodtagelsen og specialafdelingerne. Det er forhåbningen, at sygehuset på den måde nærmer sig en model for bemanning og ledelse af eksempelvis akutmodtagelsen eller på lignende vis for ledelse og bemanning af delte sengeafsnit.

### Pilotafprøvning af afgrænsede arbejdsgange

Afprøvning af afgrænsede arbejdsgange, fx i relation til en bestemt patientgruppe, for at teste de koncepter og mere konkrete aftaler om samarbejde, som bliver lavet mellem afdelingerne. Er typisk en del af en større afprøvningsstrategi, hvor vellykkede pilottests på afgrænsede dele af sygehusenes arbejdsgange forventes udbredt til andre specialer eller patientgrupper. Hertil knytter der sig et håb om, at pilottestene medvirker til udviklingen af nye ledelsesstrukturer.

### 2.3.4 Afprøvning og udvikling af arbejdsgange i nye fysiske rammer

Fjerde fase foregår i direkte relation til de nye sygehusbyggerier og har både karakter af *orientering* og *træning* samt udvikling, afprøvning og evaluering af arbejdsgange – dog nu i de nye fysiske rammer. Formålet er at gøre personalet bekendt med de fysiske rammer og træne dem i at udføre deres opgaver her, samtidig med at det også er en fase, hvor ledere og medarbejdere også bliver opmærksomme på arbejdsgange, som alligevel ikke fungerer i den konkrete fysiske kontekst. Derfor er det også en fase for justering og udvikling.

På nogle sygehuse bruger man *skattejagter* som en af metoderne, hvorpå personalet bliver forberedt til at tage de nye bygninger i brug. Skattejagterne bruges til at lære personalet at finde rundt på sygehuset og blive introduceret til placeringen af de faciliteter, som personalet skal bruge i det daglige arbejde<sup>5</sup>. Indgangen til rørpostsystemet, linnedepot og medicinrum blev fx nævnt som vigtige funktionaliteter, som personalet skal kende. Skattejagterne kan desuden tilrettelægges for hele personalet i afdelingen eller for en mindre gruppe af superbrugere, som kan stå til rådighed for det øvrige personale ved indflytning.

En anden måde at afprøve arbejdsgange i de nye rammer er at gøre brug af mock-ups. En mock-up kan eksempelvis være en færdig sengestue, som den vil stå i det nye byggeri. Formålet med en sådan er, at personale, patienter og andre brugere vil kunne afprøve rummet i praksis; gå rundt i rummet, træne forskellige typiske arbejdsgange, fx stuegang inde ved patienten eller at hjælpe en dårligt gående patient i bad. Derved kan personalet teste, hvordan de forskellige funktionaliteter i et givent rum fungerer, før selve byggeriet står klar. Endelig nævnte flere informanter på tværs af regionerne 'voksdugen'<sup>6</sup> som en anden mulighed for at simulere arbejdsgange forud for indflytningen i nye bygninger.

#### Træning og justering af arbejdsgange i faktiske eller simulerede fysiske rammer

Et led i at sikre, at medarbejderne kan tage de nye fysiske rammer i brug ved indflytning. Samtidig er det også her, at koncepter og de arbejdsgange, som er udviklet i tidligere faser, står deres prøve, og hvor det vil vise sig, om der er behov for yderligere udvikling og afprøvning. De anvendte metoder bidrager dog ikke bare til fysisk orientering og simulering. Det er en væsentlig pointe, at de også kan inspirere ledere og medarbejdere til videreudvikling, så arbejdspraksisser løbende tilpasses den nye fysiske kontekst.

## 2.4 Opsamling på undersøgelsens første del

Sygehusbyggerierne markerer en fremtidig fysisk ramme, hvortil der knytter sig ambitiøse visioner om højere kvalitet, mere sammenhængende forløb og øget effektivitet. I dette afsnit har vi redegjort for fire typer af reorganiseringer, som blev beskrevet i interviewene i tilknytning til de nye sygehuse. Disse reorganiseringer knytter sig bl.a. til visionerne om sammenhængende og integrerede forløb samt til øget effektivitet i form af flow og kapacitetsudnyttelse, samtidig med at de fysiske rammer giver nye betingelser for samarbejde i og omkring patientforløb og på tværs af organisatoriske enheder.

<sup>5</sup> Way-finding, som skattejagterne er et eksempel på, har været taget brug i indflytningsprocesser i andre lande (Meier, Christensen & Louring Nielsen 2013).

<sup>6</sup> Se: <http://www.rm.dk/om-os/organisation/koncern-hr/uddannelse-udvikling-og-arbejdsmiljo/udvikling/voksdug/> og afsnit 3.4 for yderligere beskrivelse af konceptet om voksdug.

På tværs af disse fire typer af reorganiseringer identificeret i denne del af undersøgelsen knytter der sig en række overvejelser omkring, hvad der skal til for at tage de fysiske rammer i brug og indfri visionerne – hvad er det i sygehusorganisationerne, der skal forandres? Ændrede samarbejdsrelationer og deling af funktioner rejser uundgåeligt spørgsmålet om en hensigtsmæssig fremtidig ledelsesstruktur. Opgaverne relateret til konkrete patientforløb er ikke nødvendigvis anderledes med de nye sygehuse, men sygehusbyggerierne er en anledning til at spørge, hvem der skal udføre allerede eksisterende opgaver, hvor og hvornår. Samtidig er etableringen af fælles akutmodtagelser og etablering af intermediære/semi-intensive senge eksempler på tiltag, som på nogle sygehuse giver anledning til at overveje, om de eksisterende afdelinger bliver så små, at det kan være svært at bevare dem som selvstændige organisatoriske enheder. Samtidig er den fysiske samling af geografisk adskilte enheder, som bliver mulige med de nye sygehusbyggerier, også en anledning til at overveje, om de eksisterende afdelingsstrukturer er bæredygtige. Fusioner samt ændrede ledelses- og organisationsstrukturer indgår derfor også som væsentligt tema i overvejelserne omkring, hvilke forandringer der er nødvendige forud for ibrugtagningen af de nye sygehuse.

Spørgsmål og overvejelser som disse er med andre ord genstanden for de udviklingsprocesser, som er igangsat på sygehusene med henblik på at gøre sygehusorganisationerne klar til indflytning i de nye sygehuse og til at omsætte visionerne til praksis. På mange sygehuse er arbejdet med reorganiseringer i en tidlig og definerende fase, hvor andre er i gang med at indarbejde nye rutiner og praksisser og forberede ibrugtagning af de nye bygninger. Gennemgående er arbejdet med organisationsudvikling og -tilpasning til de nye byggerier allerede startet i forbindelse med udarbejdelsen af konkurrence- og byggeprogrammerne ud fra en erkendelse af, at reorganiseringer tager tid at udvikle, implementere og tilpasse. Her har sygehusenes bygge- og/eller udviklingsorganisationer medvirket til formuleringen af det, som på nogle sygehuse bliver omtalt som 'koncepter'. I en relativt nær fremtid står nye sygehuse klar, og de er bygget til en anden måde at udføre arbejdet på end den nuværende. Derfor arbejder sygehusledelse, klinikledelse, klinisk personale og medarbejdere i bygge- og udviklingsenheder med større eller mindre udviklingsprocesser, som skal gøre organisationerne klar til at gå i drift i nye bygninger.

På tværs af både faser i udviklingsarbejdet og de tilknyttede metoder er det gennemgående, at det afspejler et ønske om og prioritering af at inddrage ledere og medarbejdere på alle niveauer i sygehusorganisationer i såvel definition, afprøvning og justering af nye arbejdsgange, bemanding samt organisations- og ledelsesstrukturer. Flere informanter understregede, at sundhedspersonalet generelt er vant til, at rammerne for deres arbejde ændrer sig løbende og går relativt åbent ind i det nuværende arbejde med at gøre organisationen klar til indflytning i de fremtidige sygehuse. Som nævnt (fx i afsnit 2.2.3), så er reorganiseringens arbejde imidlertid også et møde for konfliktende interesser. Derfor er det en væsentlig opgave at sikre engagementet og inddragelsen af aktører på alle niveauer i sygehusorganisationerne, herunder blandt mellemledere og medarbejdere.

Endelig tyder gennemgangen af udviklingsarbejdets faser på, at der sker et skift i fokus i udviklingsarbejdet imellem anden og tredje fase. Udviklingsarbejdet handler indledningsvis (i fase 1-2) om at definere nogle mere eller mindre overordnede rammer og mål, som beskriver, hvilke overordnede rammer for de reorganiseringer man ønsker. Herefter (i fase 3-4) skifter udviklingsarbejdet karakter, idet der her er tale om mere iterative processer, hvor afprøvning og justering er nøgleord. Der sker med andre ord et skift i både i fokus og metoder, idet udviklingsprocessen knyttes mere direkte til den daglige drift. Samtidig sker der en oversættelse fra overordnede til sygehusspecifikke visioner og principper for drift, men med et fortsat behov for at udfylde disse rammer med konkrete strukturer for ledelse, samarbejde og arbejdsgange. Her er deltagelse fra de aktører, som skal arbejde og fungere i de nye sygehusbygninger og -organisationer, en væsentlig prioritet og strategi i udviklingsarbejdet.

I det følgende vil vi med udgangspunkt i de fem cases udfolde konkrete erfaringer fra udviklingsarbejdet frem mod ibrugtagning af nye sygehusbygninger samt konkrete opmærksomhedspunkter og løsningstiltag.



## 3 Fire casebeskrivelser

I dette kapitel skabes indblik i fire initiativer til reorganisering med henblik på at opnå en mere detaljeret indsigt i udvikling, planlægning og eventuelt implementering af disse reorganiseringer.

Af dette kapitel fremgår kondenserede beskrivelser af de fire cases. Disse beskrivelser er baseret på de interviews, der er gennemført i undersøgelsens anden del og følger en struktur, hvor casen indledningsvis beskrives kort, og herefter følger en gennemgang af udviklingsprocessen og de tilhørende udfordringer, som blev beskrevet i interviewene. Til sidst opsamles erfaring og læring fra den pågældende case i en tekstboks. Casebeskrivelserne kan læses selvstændigt som et eksempel på en bestemt type udvikling eller beskrivelse af en bestemt fase i udviklingsprocessen frem mod ibrugtagning af de nye sygehusbygninger. Derudover er de udgangspunkt for de opmærksomhedspunkter, som bliver præsenteret i kapitel 4 og samler op på de udfordringer og erfaringer, der går på tværs af de casene.

Casene er udpeget med henblik på at repræsentere regionerne og forskellige faser i udviklingsarbejdet. I tekstboksen ses en kort introduktion til de fire cases, som beskrives i det følgende.

### De fire cases

*Klar til NAU* er betegnelsen for den projektorganisation og udviklingsproces, som skal gøre Aalborg Universitetshospital klar til indflytning i Nyt Aalborg Universitetshospital. Denne case belyser det indledende arbejde med at definere principper for organisationen i de fremtidige fysiske rammer. Derudover er NAU et eksempel på et barmarksprojekt, hvor hele organisationen i nær fremtid skal arbejde under nye rammer.

*Akutmodtagelsen på Herlev Hospital* belyser udviklingen af en fælles akutmodtagelse, hvor forskellige arbejdsgange bliver afprøvet og justeret som pilotprojekter eller implementeret i den eksisterende fysiske ramme og organisation.

*Akutfdelingen på Slagelse Sygehus* har fokus på etableringen af akutmodtagelsen som organisatorisk enhed på sygehuset. Denne case er også et eksempel på organisationsforandringer i drift i en afgrænset enhed på sygehuset.

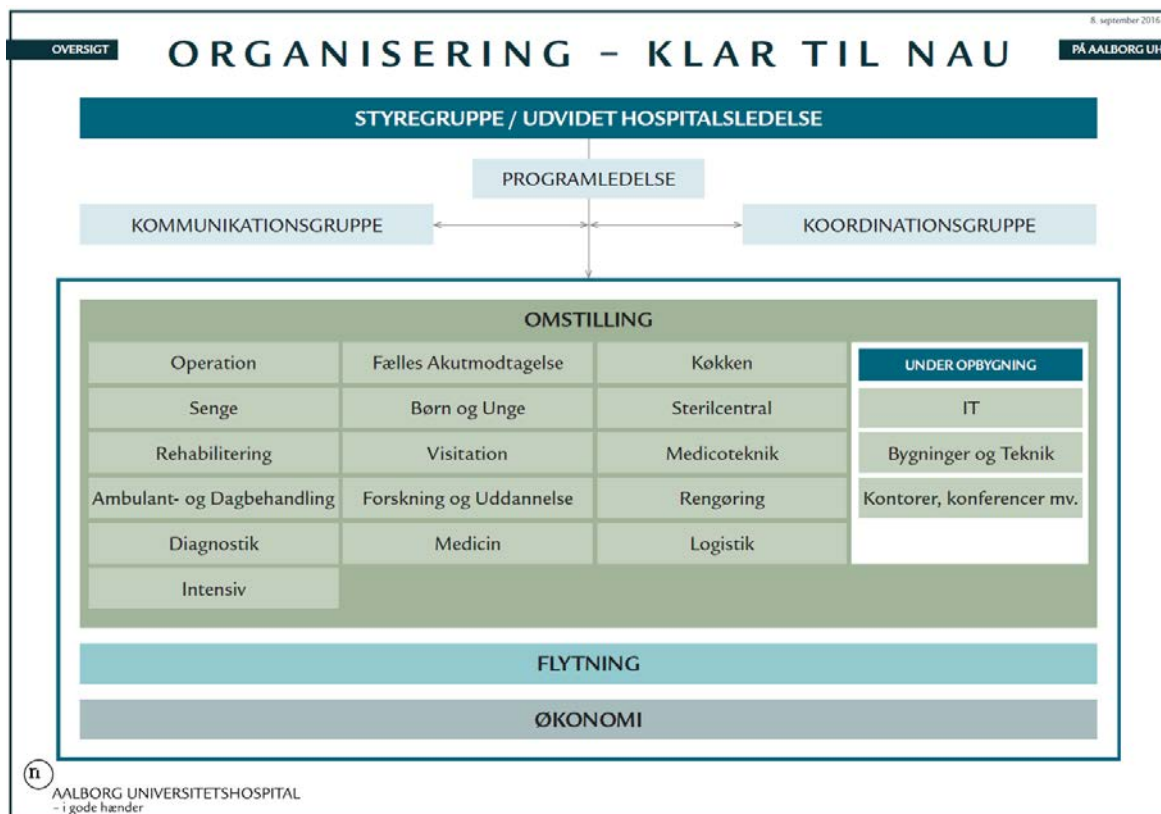
*Voksdugen* udviklet i Region Midtjylland belyser den fase, hvor sygehusene arbejder med indflytningen i de nye fysiske rammer, dvs. i en fase, hvor den forestående indflytning kræver træning, simulering og videreudvikling af arbejdsgangene i de nye fysiske rammer.

### 3.1 Klar til NAU

Nyt Aalborg Universitetshospital (NAU) er et barmarksbyggeri, som skal samle det nuværende Aalborg Universitetshospital på én matrikel. Byggeriet skal stå klar til ibrugtagning i 2020, og med denne milepæl i sigte har sygehuset formuleret en programplan kaldet 'Klar til NAU'. Programplanen beskriver både udviklingsprocessens faser og de aktører og arbejdsgrupper, som skal arbejde med at udvikle forskellige dele af hospitalets fremtidige drift, herunder udvikling af arbejdsgange og samarbejdsflader mellem afdelinger og funktioner. Dette arbejde befinder sig aktuelt i den fase, der i programplanen betegnes 'Driftsomstillinger'. I denne fase skal arbejdsgrupper arbejde med at identificere og udvikle standardkoncepter for den måde, som arbejdet skal organiseres og gennemføres på i de nye sygehusbygninger inden for de fysiske rammer, som allerede er defineret. Denne case er altså et eksempel på udviklingsarbejdet i en relativt tidlig fase.

Målet med 'Klar til NAU' er at gøre Aalborg Universitetshospital klar til at flytte og tage det nye sygehusbyggeri i brug til tiden og desuden at honorere det effektivitetskrav, som er en del af kvalitetsfondsbevillingen. Derfor etablerede man i løbet af foråret 2015 et omstillingsprogram, der er struktureret som en projektorganisation med flere arbejdsgrupper og en projektledelse. Arbejdsgrupperne (se Figur 3.1), som alle har tilknyttet en formand (primært klinikchef), er organiseret i et flyttespor, et økonomispor og et omstillingsspor. Derudover er der etableret en koordinerende gruppe, der har ansvaret for at sikre sammenhængen mellem arbejdsgruppernes arbejde inden for de enkelte spor. Der er i denne afrapportering udelukkende fokus på det kliniske spor.

**Figur 3.1** 'Klar til NAU': Projektorganisation, oktober 2015



Kilde: Figur udleveret ved interview (Aalborg Universitetshospital, figur udarbejdet til internt brug).

Det kliniske spor består af følgende arbejdsgrupper (hvor de kursiverede er de arbejdsgrupper, som indgår i denne undersøgelse via interview med arbejdsgruppernes formænd):

- *Operationsfunktion*
- *Sengeafsnit*
- Rehabilitering
- Ambulant- og dagfunktion
- Diagnostik
- *Intensiv*
- Fælles akutmodtagelse
- Børn og unge
- Visitation

- Forskning og uddannelse
- Medicin.

Ud over arbejdsgrupperne arbejder man også med såkaldte *NAU-fellows*. NAU-fellows består af fem yngre læger i hoveduddannelsesforløb, som er blevet frikøbt til et uddannelsesforløb. Projektet er initieret af regionens sundhedsdirektør, og de fem fellows er udpeget af deres respektive afdelingsledere. Formålet er at uddanne dem til 'forandringsagenter' med indgående kendskab til det nye byggeri og metoder til forandringsledelse. Det er hensigten af uddanne fem NAU-fellows hvert år, og der vil således være i alt 25 fellows ved udflytningen til det nye hospital. De vil formentlig være overlæger til den tid og vil derfor få en naturlig rolle i det videre udviklingsarbejde i det fremtidige sygehus. Det er planen, at de nuværende fem NAU-fellows tilknyttes arbejdsgruppen 'Sengeafsnit', hvor de indgår som en slags følgegruppe for arbejdsgruppeformanden. De har alle stuegang som fokusområde, men har hver deres projekt, som de arbejder på i deres egen afdeling, og de skal på den baggrund byde ind med kritiske spørgsmål og gode ideer til fremtidige arbejds gange relateret hertil. Samtidig opnår de erfaring med, hvad der kræves for at skabe forandringer.

### 3.1.1 Udviklingsprocessen og relaterede udfordringer

I 'Klar til NAU' har der fra start været meget få bindinger på arbejdsgruppernes opgaver. Det har dog været et væsentligt krav, at arbejdsgrupperne skal undlade at arbejde med selve organiseringen af det fremtidige hospital, herunder fysisk placering af de enkelte afdelinger og klinikker i det fremtidige sygehus. Tesen er, at hvis visionerne for det fremtidige hospital skal indfries, så skal man arbejde og organisere sig på en anden måde end nu. Derfor er arbejdsgrupperne defineret med udgangspunkt i funktioner frem for fx specialer netop for at understøtte nytænkning og undgå, at arbejdsgrupperne tager udgangspunkt i den organisering, der er i dag. Inden for disse funktioner skal arbejdsgrupperne arbejde med delprojekter, på hospitalets vegne og patienternes vegne frem for på specialernes vegne.

#### **Udvælgelse og definition af delprojekter**

Det har ikke på forhånd været defineret, hvad arbejdsgrupperne skal gå i gang med, og det har været en stor opgave for arbejdsgrupperne at definere konkrete delprojekter. En væsentlig del af processen i den første del af 'Klar til NAU' har været at skabe klarhed omkring de konkrete projekter, som arbejdsgrupperne skal starte med, og definere indbyrdes afhængigheder mellem arbejdsgruppernes opgaver. Eksempler på de delopgaver, som arbejdsgrupperne er gået i gang med, er:

- Intensiv: Definition af intermediære senge, herunder definition af, hvilke patientkategorier der skal ligge i disse senge. Arbejdsgruppens formand havde igangsat en spørgeskemaundersøgelse, hvor alle sygehusets klinikker skulle tilkendegive, hvilke og hvor mange af deres patienter der ville have gavn af en intermediær seng.
- Operationsfunktion: Definition og senere afprøvning af standardiserede operationspakker, som består af instrumenter og udstyr, som skal bruges ved bestemte kirurgiske indgreb. Konkret har man taget fat i rygoperationer og er begyndt at diskutere, hvad der er nødvendigt for at gennemføre operationer, som lever op til 'best practice'.

#### **Efterspørgslen på information og vidensdeling**

Som nævnt er der tænkt over, hvordan programplanen og definitionen af arbejdsgruppens opgaver bedst kan understøtte visionær tænkning, vilde ideer og ideer for en virkelighed, der ligger langt ude i fremtiden. Dette har imidlertid vidst sig at være sværere, end sygehusadministrationen havde forventet.

*Metodefriheden kan lige pludselig blive for stor, hvor man måske skal stille nogle flere spørgsmål. Stille nogle konkrete spørgsmål og sige, at så skal I tage stilling til det.*  
(Formand for arbejdsgruppe)

En forudsætning for tilsagnet til Kvalitetsfondsprojektet er, at den nyeste bygning på den eksisterende hospitalsmatrikel (Medicinerhuset) skal anvendes i en årrække efter ibrugtagningen af NAU. Tilsagnet forudsætter, at bygningen anvendes til ambulante "stand alone" funktioner. Siden tilsagnet blev givet er der sket en udvikling inden for forskellige områder, som gør at den oprindelige beslutning bliver udfordret og dette opleves for nogle som en usikkerhed omkring den endelige anvendelse af Medicinerhuset.

Denne oplevede manglende beslutning bliver blandt flere af de interviewede arbejdsgruppeformænd fremhævet som en hindring i deres arbejde, fordi de oplever det som en vigtig del af rammen for udviklingsarbejdet. Her formuleret af den ene formand:

*De [de ledende overlæger] kommer med rigtig mange gode ideer og tanker, men (...) så længe man ikke ved, hvad der skal ske med medicinerhuset for eksempel, så kan jeg ikke rigtig komme videre. (...) På en eller anden måde bliver det nødt til at være lidt konkret, hvad det egentlig er, vi snakker om.* (Formand for arbejdsgruppe)

Interviewene pegede dog på, at der var stigende erkendelse af et behov for at etablere en systematik i den måde, som informationer relateret til byggeriet og det fremtidige hospital bliver videregivet på.

Formænd og administrative medarbejdere i de enkelte arbejdsgrupper var blevet inviteret til statusmøder i to runder med deltagelse fra henholdsvis Hospitalsledelsen og den koordinerende gruppe for det kliniske spor, hvor retningen på arbejdsgruppernes delprojekter blev diskuteret. Særligt mødet, hvor Hospitalsledelsen deltog, blev et forum for at stille de mange spørgsmål, som var opstået i arbejdsgrupperne. Der var dog flere spørgsmål, som arbejdsgruppeformændene fortsat oplevede som værende ubesvarede og som det i denne tidlige fase ikke var muligt at afklare.

### **Diskussionen om specialers rolle i udviklingsarbejdet**

En anden udfordring er relateret til kravet om, at arbejdsgruppernes ikke skal diskutere organisering forstået som nye afdelingskonstellationer, hvilke afdelinger der skal dele funktioner som fx sengeafsnit, og hvor de enkelte afdelinger fysisk skal placeres i det nye sygehus. Dette krav er som nævnt fastlagt med henblik på at undgå, at udviklingsarbejdet udvikler sig til et strategisk spil om fx sengekapacitet. I stedet skal arbejdsgrupper fokusere på at udvikle principper for, hvordan afdelinger kunne dele et såkaldt 'sengekryds'<sup>7</sup>: Behøver der fx være en faglig ledelse? Og kan man organisere sig med delt plejepersonale? Flere af de interviewede arbejdsgruppeformænd var dog nervøse over, at specialerne først var tænkt ind i en senere fase. Som én af arbejdsgruppeformændene pegede på, så var der en potentiel kilde til modstand mod at deltage i udviklingsarbejdet blandt det kliniske personale, hvis de ikke kan få lov at arbejde med udviklingsopgaver inden for nogle rammer, som er til at forstå og giver faglig mening:

*Det er ikke for at være konservativ i den der tankegang. Jeg tror tværtimod, at hvis nogen kan se sig selv i et fællesskab med nogle andre, så kan de begynde at udvikle noget. Men ikke hvis de starter med modstand. For eksempel: Sæt fødegangen sammen med neurokirurgerne (...), fordi det passer ind i et eller andet.* (Formand for arbejdsgruppe)

---

<sup>7</sup> Et sengekryds henviser til den fysiske udformning af et sengeafsnittene i NAU. Her bliver sengeafsnittenes udformning fire gange samlet i et kryds.

Denne og andre formænd foreslog derfor, at der i højere grad blev lagt op til, at relaterede specialer kunne arbejde sammen om at udpege fordele og ulemper for organisationen, personale og for patienter ved at knytte dem tættere sammen i det fremtidige hospital, fx via deling af fysiske rammer. Argumentet er, at det ikke behøver at handle om at fastfryse en bestemt organisering, men om at afprøve forskellige muligheder for samarbejde. Planafdelingens generelle bekymring var, at det vil medføre en risiko for fastlåsning af bestemte organisatoriske strukturer og stå i vejen for nytænkning.

Dog var der også en erkendelse af, at arbejdsgruppernes opgave ikke har været konkret nok, hvilket også var baggrunden for at bede arbejdsgrupperne udvælge et delprojekt, f.eks. som ovennævnte projekt, som de kunne starte med. Samtidig blev der i interviewet med den koordinerende gruppe og med personalet i Plan og Kvalitet udtrykt en bekymring for, om man når at teste de koncepter, som arbejdsgrupperne definerer, inden hospitalet flytter ud i de nye bygninger. Det første år med programplanen er gået hurtigt, og der er derfor behov for at komme så langt med delprojekterne, at koncepterne kan afprøves og justeres i de nuværende rammer.

### **Skiftet mellem udviklingsarbejdets faser**

En tredje udfordring, som særligt en arbejdsgruppeformand gav udtryk for, er oplevelsen af, at afdelingsledelsen, som skal inddrages i arbejdsgruppen, har mistet interessen for det nye byggeri. Da byggeriet skulle tegnes og indrettes, dvs. da de bygningsmæssige koncepter skulle defineres, der var mange ledere og medarbejdere inddraget i en udviklingsproces. Siden har de ikke været involveret. Desuden er der i den mellemliggende periode indført en ny organisationsstruktur på hospitalet, som har taget opmærksomhed fra byggeriet. Nu skal især afdelingslederne involveres i arbejdsgrupperne, men den pågældende arbejdsgruppeformand gav udtryk for en oplevelse af, at de havde mistet ejerskabet til hospitalsbyggeriet som udviklingsprojekt. Denne formand beskrev derfor, hvordan det var en vigtig del af formandsarbejdet at genintroducere hospitalsbyggeriet som en spændende mulighed for nytænkning og udvikling.

*Nu kan de få lov til at lægge nogle specialer [sammen], det har de drømt om i flere år - for eksempel lungekirurgi, lungemedicin, gastromedicinsk og kirurgisk gastroenterologi. Altså at få lov til at tænke de tanker, der ikke har været mulige i så mange år. Det er jo den vej, vi ligesom skal ind på. (Formand for arbejdsgruppe)*

Oplevelsen for denne arbejdsgruppeformand var, at de visionære og nytænkende ideer var til stede blandt såvel yngre læger som afdelingsledere, men at der var en vigtig indledende opgave i at sikre deres interesse i det arbejde, som arbejdsgrupperne i 'Klar til NAU' har fået til at opgave at gennemføre.

### **Ressourcer til samtidig drift og udvikling**

Endelig beskrev informanterne til denne case, at det er en væsentlig udfordring, at der ikke er muligt at afsætte ekstra ressourcer til udviklingsarbejdet, som derfor skal klares inden for driftsbudgettet. Ressourcer til ledelse og personales deltagelse i både arbejdsgrupper og gennemførelse af forskellige pilotafprøvninger bliver taget direkte ud af driften. Der er en klar forventning om, at personalet skal inddrages, men samtidig er afdelingsledelserne forpligtet på at drive en effektiv og sikker organisation, som det fx blev formuleret af en arbejdsgruppeformand.

*Det kan nogle gange være et problem at sige, nu bruger jeg en halv dag og arbejder med det her, hvor du samtidig har en hel bunke papir og 20 mails, der venter på dig. Det der med at sige, hvad er det du skal prioritere. Skal du prioritere at få det kort-sigtede fra døren, men så når du ikke at få lavet det langsigtede, men det er jo en grundlæggende præmis. (Formand for arbejdsgruppe)*

Tid er en væsentlig faktor, fordi udviklingsprocessen skal gå relativt hurtigt for at nå både udvikling af organisatoriske principper og afprøvning heraf, men det kan nemt drukne i en travl hverdag. Samme udfordring er opstået i relation til NAU-fellows, som udelukkende er frikøbt til undervisningsforløbet, men ikke til at gennemføre egentlige udviklingsprojekter i deres respektive afdelinger. Styregruppen for 'Klar til NAU' bestod i starten af Hospitalsledelsen og en snæver udvalgt kreds, men er sidenhen blevet ændret til også at inkludere hospitalets klinikchefer. Formålet hermed er at binde klinikcheferne tættere til 'Klar til NAU' og på den måde tydeliggøre behovet for at prioritere tid og ressourcer til udviklingsarbejdet. Håbet er, at klinikchefernes deltagelse i beslutningerne om 'Klar til NAU' vil sikre deres støtte – også når der skal afsættes medarbejderressourcer til at afprøve og udvikle konkrete arbejdsgange, som skal indgå i det fremtidige hospital.

### Erfaringer og læring fra 'Klar til NAU'

#### *Tværgående temaer som udgangspunkt for arbejdsgruppernes arbejde*

- Selve opbygningen af arbejdsgrupperne og de temaer, som de dækker, har ifølge nogen medvirket til, at der ikke er så meget fokus på specialer og klinikker, men mere på sygehuset som helhed.
- Omvendt siger andre, at det er en illusion at tro, at tænkningen i specialer og nuværende organisatoriske strukturer helt kan elimineres, fordi afdelingsledelse og personale allerede gør sig tanker om, hvilken synergi der kan opstå, hvis man slår specialer sammen eller lader dem dele ressourcer i fremtiden.

#### *Frie rammer i arbejdsgrupperne*

- De meget frie rammer har måske været medvirkende til, at tilløbet til at komme i gang har været langt. Som en formand formulerede det: "*Det er bagsiden ved at have frie rammer, det er svært at definere opgaven konkret*".
- Omvendt har de frie rammer også betydet, at meget få har oplevet at blive presset til at påtage sig arbejdsopgaver, som man finder irrelevante. Der har været stor mulighed for selv at definere opgaven.
- Styregruppen og programledelsen har haft nogle forhåbninger og forventninger til arbejdsgruppernes mulighed for at tænke visionært med fokus på nye arbejdsgange, der understøtter gode og effektive patientforløb. I praksis har det dog vist sig, at det var sværere end forventet, og derfor har meget af arbejdet i det første år handlet om at forventningsafstemme og 'koge opgaverne ned' til noget mere håndgribeligt.

#### *Beslutninger og information*

- Der bliver formuleret et behov for, at der bliver truffet beslutninger undervejs, så man kan komme videre med en lang række af beslutningspunkter.
- Heri ligger også en oplevelse fra arbejdsgruppeformændene om, at der er beslutninger, som er afgørende at træffe, fordi de skal blive afsat for de næste faser i arbejdsgruppernes arbejde.
- Der er opstået mange spørgsmål fra arbejdsgrupperne undervejs, og der er en erkendelse af, at viden og information skal systematiseres mere.

#### *Konkurrencen mellem udviklingsprocesser*

- Byggeriet og den fremtidige udflytning hertil har været glemt og skubbet i baggrunden til fordel for andre udviklingsprojekter, fx en ny organisationsstruktur, og der har manglet en erkendelse af, at begejstringen for og ejerskabet til byggeriet skal genetableres.

## 3.2 Etablering af fælles Akutmodtagelse, Herlev Hospital

På Herlev Hospital består en væsentlig del af sygehusbyggeriet af en ny akutmodtagelse og en børnemodtagelse. Den nye akutmodtagelse består af et stueplan, hvor patienter modtages og afklares, og tre sengeetager udformet som ringe ovenpå modtagelsen. Disse såkaldte sengeringe vil blive brugt til korttidssengeafsnit og varetaget af specialafdelingerne enten alene eller i samarbejde med personale i akutmodtagelsen.

På Herlev Hospital er børnemodtagelsen fysisk adskilt fra den øvrige akutmodtagelse. Det nye akuthus vil også rumme en børnemodtagelse, men med egen indgang, så børnene skærmes fra unødigt voldsomme indtryk, og der skal være fokus på at skabe børnevenlige omgivelser. I børnemodtagelsen modtages børn under 18 år (på nær børn med ortopædkirurgiske skader), og denne børnemodtagelse fungerer som en parallel til 'voksen'-modtagelsen, men i mindre skala og er bemandede af pædiatrisk personale.

### 3.2.1 Udviklingsprocessen og relaterede udfordringer

Den nuværende Akutmodtagelse har allerede udviklet sig fra at være en traditionel skadestue og Akut Medicinsk Afdeling (AMA) til at være en integreret enhed, der modtager patienter fra både medicinske og kirurgiske specialer. Plejen af patienterne varetages af Akutmodtagelsens medarbejdere, mens behandlingsansvaret ligger i specialafdelingerne og varetages af speciallæger. Speciallægerne har deres daglige gang i Akutmodtagelsen i skemalagte vagter og bemander den såkaldte flow-master-funktion inden for de tre områder skader, medicin og kirurgi. En akutgruppe, som består af Akutmodtagelsens afdelingsledelse, afdelingsledelserne fra de øvrige tilknyttede afdelinger og sygehusdirektionen, har det overordnede ansvar for at sikre optimering af patientforløbene – herunder både de forløb, der afsluttes fra Akutmodtagelsen og de forløb, hvor patienter indlægges i specialafdelingerne.

#### **Fokus på samarbejde på tværs af afdelinger**

Afdelingsledelsen i Akutmodtagelsen beskrev, hvordan der har været fokuseret meget på samarbejde og arbejdsgange horisontalt i afdelingen, dvs. samarbejde på tværs af faggrupper og specialer med det formål at sikre et godt fundament for patientforløbene. Mange arbejdsgange er derfor allerede indarbejdet, hvilket bl.a. kan lade sig gøre, fordi speciallægerne kontinuerligt er til stede i den nuværende akutmodtagelse. Speciallægernes kontinuerlige tilstedeværelse er ikke ny på Herlev Hospital, men det blev i interviewene fremhævet som et væsentligt bidrag til etableringen af det gode samarbejde på tværs af specialer og organisatoriske skel. Muligheden for at konferere om en konkret patient med en kollega fra et andet speciale er nemmere ved den fysiske nærhed. For de yngre læger er det også en fordel, da adgangen til sparring og supervision fra speciallæger er mere tilgængelig.

Derudover var flow-master-funktionerne startet som et forsøg på det medicinske område og er sidenhen kopieret og tilpasset på det kirurgiske område. Akutmodtagelsens nuværende fysiske rammer sætter naturligvis grænser for, hvilke arbejdsgange der kan indarbejdes inden indflytning. Eksempelvis er det ikke på nuværende tidspunkt muligt at øve tilsyn og pleje af patienter i senge-ringene eller at øve de arbejdsgange, der knytter sig til brug af scannere, som i de nye bygninger bliver fysisk placeret i Akutmodtagelsen. Målet er dog at indarbejde så mange arbejdsgange som muligt inden indflytning.

Det organisatoriske arbejde omkring den vertikale sammenhæng, dvs. samarbejdet omkring patientforløbene, der fortsætter i specialafdelingerne, er ligeledes en integreret del af udviklingsarbejdet. Det har dog været nødvendigt at sætte en del af dette arbejde på standby, dels på grund af fusionen mellem Gentofte Hospital og Herlev Hospital, dels på grund af arbejdet med implementeringen af sundhedsplatformen.

*Vi havde arbejdsgrupper i forhold til 'bed management' og fælles ambulatorier, men det blev sat på standby, da vi fusionerede for et år siden. Det gav ikke mening, og man kan heller ikke være det bekendt, når man skal fusionere med en anden organisation. Og så har vi sundhedsplanformen. Vi har en klar forventning om, at vi tager det op igen. (Afdelingsledelse, Akutmodtagelsen)*

Arbejdet med at øge sikkerheden og kvaliteten i patientforløbene i overgangene mellem Akutmodtagelsen og de stationære afsnit forløber derfor uændret som en del af den sædvanlige drift og udvikling og efter de nuværende retningslinjer.

### **Inddragelse på flere organisatoriske niveauer**

Fra Herlev Hospital deltog også en gruppe overlæger, som havde været en del af en brugergruppe i en tidlig fase, hvor det konkrete byggeri skulle tage form. Disse overlæger pegede på vigtigheden af ikke kun at engagere afdelingsledelsen i de arbejdsgrupper, som træffer beslutninger om Akutmodtagelsens drift nu og i fremtiden. Mange arbejds gange bliver prøvet af i den nuværende Akutmodtagelse, men de havde også ideer til andre typer af arbejds gange, som kunne blive afprøvet. Samtidig havde de, med deres indsigt i en klinisk hverdag, vigtig viden at byde ind med:

*Jeg har tænkt meget på, at nu er vi [brugergruppen] på standby, og så bliver vi vækket til live og skal arbejde videre. Hvad pågår der, mens vi er væk, og hvilke beslutninger bliver truffet? Jeg forstår godt, at ledelsen af den nuværende Akutmodtagelse vil have indflydelse, men de har ikke hånden nede i suppedasen, og der går viden tabt. Det er noget andet at stå dernede [i Akutmodtagelsen] med yngre læger og patienter overalt. (Overlæge, deltager i brugergruppe)*

I dette citat nævnes ledelsen af Akutmodtagelsen eksplicit, men i andre sammenhænge nævnte medlemmer af brugergruppen, at afstanden til den kliniske dagligdag også gjaldt for deres egen afdelingsledelse. De efterspurgte med andre ord, at flere mellemledere blev inddraget i beslutningerne om Akutmodtagelsens drift, ledelse og samarbejde med stamafdelingerne. Eksempelvis i relation til de patienter, som er uafklarede og risikerer at 'falde imellem' specialernes ansvarsområder. Det er dog også væsentligt at nævne, at andre af de interviewede overlæger fremhævede, at de *ikke* oplevede denne afstand til afdelingsledelsen.

Afdelingsledelserne understregede, at det er afgørende, at de er enige om, hvordan Akutmodtagelsen skal drives, og at det er et argument for at fastholde, at beslutninger træffes på afdelingsledelsesniveau:

*Vi siger jo, at vi laver eksperimenter her, og det gør vi jo ledelsesmæssigt og patientforløbsmæssigt. (...). Der har vi valgt at sige, at hvis det overhovedet skal have gang på jord at lave denne her forandring, så skal det være tungt ledelsesforankret. Vi har et ledelsesråd [i relation til Akutmodtagelsen], og der er vi nået dertil, at vi laver fælles driftsmålsstyring, og at vi diskuterer patientforløb for lukkede døre. Vi lader os ikke begrænse af, om vi når vores DRG fx (...). Og det har været et vigtigt skridt at tage. Vi har brugt meget tid på at arbejde med sammenhængskraft afdelingsledelserne imellem (Afdelingsledelse, Akutmodtagelsen)*

Ud over akutgruppen er der dog etableret mødefora, hvor Akutmodtagelsen og de enkelte specialafdelinger mødes og drøfter patientforløb samt driftsmål inden for det enkelte speciale og med deltagelse fra mellemledere og yngre læger. Overlægerne i brugergruppen foreslog imidlertid, at der blev nedsat en yderligere tværfaglig gruppe, som sammen kunne arbejde med procedurer for patient-flow i Akutmodtagelsen. Den uafklarede patient – dvs. en patient, hvor man ikke



umiddelbart kan stille en diagnose og dermed definere, hvilket speciale patienten hører til – blev flere gange nævnt som en patientkategori, som det er mest oplagt at tage udgangspunkt i:

*Gråzonepatienter, hvordan lander de i den rigtige zone? Der er jo mange arbejdsgange i den nye fælles akutmodtagelse, som vi ikke har talt om? Og vi kan jo ligeså godt prøve dem af nu. Arbejde med en fælles gråzone. (Overlæge, brugergruppe)*

Målet om hurtig afklaring, og hvem der skal have ansvaret for patientens videre behandling, er særligt udfordrende i relation til denne patientkategori. Der er derfor behov for eksplicitte procedurer for, hvornår og hvordan ansvaret tildeles og eventuelt overdrages til andre. Afdelingsledelserne fra specialafdelingerne bekræftede, at dette er et vigtigt fokusområde.

Følgende *forslag* med relation til patient-flow og tværfagligt samarbejde, som kunne testes forud for indflytningen i det nye byggeri, blev desuden nævnt i interviewene:

- Personale i delte stillinger mellem specialafdelinger og akutmodtagelsen med det formål at bygge bro mellem afdelingerne og være med til at udvikle samarbejdet.
- 'Rum' for de uafklarede patienter, dvs. et fysisk rum, hvor man kan afprøve og udvikle arbejdsgange og modeller for tildeling af ansvar imellem de involverede specialer.
- Akutambulatorier, hvor de sub-akutte patienter kan blive tilset af en speciallæge og få foretaget de nødvendige diagnostiske test og umiddelbart herefter blive sendt hjem. Dette kan fx være patienter, som har ringet 1813 i løbet af aftenen eller natten, eller patienter, som bliver henvist af deres praktiserende læge.

### **Samarbejde om og overblik over udviklingsprocessen**

De interviewede afdelingsledelser beskrev samarbejdet på ledelsesniveauet som velfungerende og uproblematisk. Der er skabt en fælles forståelse af, at kerneopgaven (patientforløb for den akutte patient) var det væsentligste, men en fælles akutmodtagelse er fortsat udfordret af at være et fælles ledelsesrum – ikke mindst i den konstruktion, som er valgt på Herlev Hospital, hvor speciallægerne ikke er ansat i akutmodtagelsen. Det kræver, ifølge alle de interviewede afdelingsledere, meget klare aftaler om, hvem der har ansvaret og hvornår. Allerede nu er det besluttet, at flow-masteren har ret til at beslutte, om patienter skal flyttes til specialafdelingerne, og de sygeplejersker, som visiterer patienterne ved ankomst til akutmodtagelsen, har ret til at afgøre, hvilke specialer der skal forestå førstetilsyn. Omvendt rummer akutmodtagelsen mange typer af patientforløb (traumer, medicinske, kirurgiske, uafklarede, sub-akutte patienter m.m.), og hver enkelt afdelingsledelse har potentielt en mening om, hvor ansvaret bedst er placeret. Her spiller afdelingsledelserne en stor rolle, fordi de sammen kan påvirke betingelserne for det gode samarbejde:

*Vores opgave som ledelse og ledelsesforum er at gøre det nemt [at samarbejde og overdrage patientforløb]. (Afdelingsledelse, Akutmodtagelsen).*

Der er eksempelvis lavet fælles procedurer for krav til dokumentation, når specialafdelingernes læger overdrager patienter, som de vurderer, har brug for behandling i et andet speciale. Eksempelvis er det nok at angive, at man har foretaget et tilsyn, og at patienten er overdraget til en anden afdeling, og man skal derfor ikke vente på, at der bliver skrevet fuld journal, før patienten kan overgå til anden afdeling. Organiseringen af akutmodtagelsen er som nævnt under udvikling, og principperne for fordeling af ledelsesansvaret er altså en af flere kritiske beslutninger, som skal træffes og justeres med tiden.

Dog problematiserede en afdelingsleder, at hver afdeling i større eller mindre skala arbejder med deres egne udviklingsprojekter. De eksperimenterende tilgange foregår ikke bare i Akutmodta-

gelsen, men også i de øvrige afdelinger, hvor indkøb af teknologisk udstyr og udvikling af personalets kompetenceprofiler foregår. På Radiologisk Afdeling arbejder de eksempelvis med at opbygge et akut-radiologisk lægehold med, hvad de betegner som 'akut-generalist kompetencer', som skal sikre, at der er personale til at bemande Akutmodtagelsen. Dette hold skal bestå af speciallæger i radiologi, som har lyst og kompetencer til at være i Akutmodtagelsen i en væsentlig del af deres vagter. Derudover arbejder afdelingen med at udarbejde protokoller og procedurer for CT-scanninger tilpasset den nyeste teknologi. Alle har på den måde en fælles akutmodtagelse for øje, men de valgte processer tager udgangspunkt i hver enkelt afdelings skøn over, hvordan de forestiller sig samarbejdet og organiseringen i den fremtidige akutmodtagelse. Alt sammen sker efter aftale og dialog med sygehusdirektionen og med udgangspunkt i det arbejde, som foregår i akutgruppen, men stadig med mulighed for, at afdelingerne styrer mod forskellige pejlemærker, fx relateret til ledelse og organisering af akutmodtagelsen i fremtiden. Derfor understregede de interviewede afdelingsledelser, at det er vigtigt at fastholde det nuværende fokus på godt samarbejde på ledelsesniveau og på de arbejds gange, som allerede nu kræver et velfungerende samarbejde på tværs af afdelinger.

Samtidig var der en erkendelse af, at mange ting kommer til at ændre sig inden 2018, hvor det nye byggeri står klar, og at der er mange beslutninger, det ikke kan betale sig at træffe, fordi de formentlig ikke vil passe til den virkelighed, de til den tid skal udspille sig i.

## Erfaringer og læring fra etableringen af Akutmodtagelsen, Herlev Hospital

I Akutmodtagelsen, Herlev Hospital, er arbejdet med at etablere en fælles akutmodtagelse i fuld gang, på trods af at det nye akuthus først står klar i 2018. Mange, men ikke alle, arbejdsgange er indarbejdet og viser allerede nu et udbytte:

- *Fysisk, kontinuerlig tilstedeværelse af speciallæger.* Den fysiske tilstedeværelse fra mange specialer giver lettere tilgængelighed og hurtigere mulighed for tværfaglige vurderinger af patienter, ad hoc-afklaring og supervision af yngre læger.
- *Fælles vejledninger for dokumentation af tilsyn.* Akutmodtagelsen har i samarbejde med de tilknyttede specialafdelinger udarbejdet fælles retningslinjer for, hvordan tilsyn af patienter skal dokumenteres. Det åbner mulighed for hurtigere overdragelse imellem specialer.
- *Flow-master-funktioner.* Varetages af speciallæger, som får et særligt løntillæg og har ansvaret for, at patienterne bliver placeret 'i de rette senge'. Der er tre teams i Akutmodtagelsen med hver deres flow-master: et skadeteam, et medicinsk team og et kirurgisk team. Desuden er der en pædiatrisk flow-master-funktion i børnemodtagelsen.

Herudover fremhæver interviewpersonerne følgende tiltag, som er væsentlige for processen med at etablere en fælles akutmodtagelse:

- *Samarbejdet mellem afdelingsledelser:* Der er etableret et godt samarbejde på afdelingsledelsesniveau, herunder etableringen af en akutgruppe, fælles driftsmålstyring og udarbejdelse af fælles retningslinjer.
- *Økonomisk fordelingsnøgle:* Akutmodtagelsen og de tilknyttede specialafdelinger belønnes efter en økonomisk fordelingsnøgle for akutte patientforløb. Det har haft den betydning, at økonomi fylder meget lidt i diskussionen af, hvordan samarbejdet skal foregå imellem Akutmodtagelsen og de øvrige afdelinger.
- *Løbende forsøg med organiseringen:* Afdelingsledelsen i Akutmodtagelsen betegner udviklingsprocessen som et eksperimentarium, hvor patientforløb, arbejdsgange og ansvarsfordeling bliver afprøvet. Der skal være en åbenhed for, at man ikke altid rammer plet i første omgang, og at løbende justeringer også er en del af denne proces.
- *Sygehusets organisering i relativt store enheder.* Det er vurderingen, at det er en fordel, at sygehuset allerede nu er organiseret i relativt store enheder, herunder fx Medicinsk Afdeling, der samlet inkluderer de fleste medicinske specialer. Vurderingen er, at jo flere organisatoriske enheder, der skal samarbejde i Akutmodtagelsen, jo sværere er det, da der kan være en tendens til, at specialerne lukker sig om sig selv. Specialerne skal dog kunne trække på hinanden og være i tæt kontakt, og det er nemmere, hvis der står den samme afdelingsledelse bag.

Omvendt påpegede nogle overlæger, at afstanden fra afdelingsledelsen til den kliniske hverdag er relativt stor. Derfor er det væsentligt at inddrage medarbejdere og mellemledere i udviklingsarbejdet og de beslutninger, som træffes i relation til Akutmodtagelsen.

- *Opdelingen af børn og voksne:* Fordelen ved denne opdeling er som nævnt, at børnene skærmes fra nogle af de mere voldsomme oplevelser, der kan være i Akutmodtagelsen. Desuden er personale med særlig ekspertise i børn og børnesygdomme samlet ét sted. Det er vurderingen, at det giver gode patientforløb. Samtidig er det lykkedes at videreføre det gode samarbejde med andre afdelinger, som også gør sig gældende i akutmodtagelsen.

### 3.3 Etablering af Akutafdelingen, Slagelse Sygehus

Akuthuset stod færdig i november 2013 og samlede på det tidspunkt de akutte funktioner på sygehuset, herunder skadestue, to traumestuer, isolationsstuer og enestuer i underetagen og korttidssengeafsnit på første sal. Hermed markerede ibrugtagningen af akuthuset både en fusionsproces, en proces hvor arbejdet, har ændret karakter, og en proces, hvor arbejdet skal udføres i nye rammer.

Akutafdelingen blev etableret som en del af Region Sjællands Sygehusplan 2010, hvor Slagelse Sygehus skal blive et af regionens akutsygehuse.

#### 3.3.1 Udviklingsprocessen og relaterede udfordringer

Akutafdelingen har gennemgået forskellige processer i forløbet både før og efter indflytning. I månederne op til indflytning arbejdede en arbejdsgruppe med sengestuernes indretning, herunder helt konkrete beslutninger om, at alle stuer skal være ens indrettet, og hvad der skal være i skabene. I den nye bygning er depoterne placeret i hver sin ende af Akutafdelingen, og det er derfor vigtigt, at de nødvendige remedier er tilgængelige på stuen. Samtidig vil mange forskellige medarbejdere (herunder speciallæger fra andre afdelinger) skulle arbejde i Akutmodtagelsen, og derfor vurderede man også, at det var vigtigt, at stuernes og skabenes indretning er den samme, så det er let at finde rundt for alle.

Et andet vigtigt tema i udviklingen af Akutafdelingen har været ansættelse af flere speciallæger. I starten var der kun få læger ansat i afdelingen, og de kunne ikke vagtdække hele døgnet. Derfor var plejegruppen i afdelingen afhængige af de beslutninger, som lægerne fra de øvrige afdelinger traf om patienters videre behandlingsforløb. Fuld lægedækning hele døgnet har, ifølge afdelings- sygeplejersken, skabt et mere ligeværdigt samspil med de andre afdelinger.

Akutafdelingen har også arbejdet systematisk med patient-flow inden for rammerne af 'Sikkert patient-flow'<sup>8</sup>. Der er ansat seks flow-koordinatorer i afdelingen, som har ansvaret for at have et overblik over, hvor der er ledige pladser på sygehuset, hvor mange patienter, der forventeligt skal udskrives, og hvilke patienter der skal overflyttes til hvilke afdelinger m.m. Samtidig er der indført daglige kapacitetskonferencer, hvor repræsentanter fra alle afdelinger på sygehuset mødes med henblik på også at sikre et fælles overblik over kapaciteten.

Ud over disse daglige kapacitetskonferencer er der også indført månedlige møder mellem Akutmodtagelsens afdelingsledelse og afdelingsledelser fra de øvrige afdelinger. Formålet med disse møder er at tage hånd om de løbende udfordringer, der opstår i samarbejdet omkring patienter i Akutafdelingen. Dette mødefora blev etableret ved Akutmodtagelsens start, men er blevet bevaret som en fast rutine for fortsat at sikre, at der bliver taget hånd om de udfordringer, der opstår løbende.

#### **Medarbejdernes reaktioner på fusioner og nye arbejdsopgaver**

I Akutafdelingen i Slagelse har en væsentlig udfordring været at håndtere medarbejdernes reaktioner i forhold til at skulle arbejde på en ny måde og med en ny patientgruppe. For personalet, som arbejder i Akutafdelingen, har omdannelsen af den gamle skadestue til en akutmodtagelse betydet nye arbejdsopgaver. I den gamle skadestue var personalet opdelt, så nogen primært varetog de dårligste patienter, hvor andre varetog patienter, som var mere sub-akutte eller havde mindre skader. Ved etableringen af Akutmodtagelsen og indflytningen i de nye bygninger skal personalet arbejde på enestuer uden umiddelbar adgang til kolleger, og derfor besluttede ledelsen, at alle medarbejdere skulle være i stand til at håndtere alle typer af patienter i indlæggelsesdelen. Samtidig er det implicit i etableringen af en akutafdeling, at nogle patienter skal være

---

<sup>8</sup> <http://www.sikkertpatientflow.dk/>.

indlagt i en kortere periode i akutafdelingen, og at personalet derfor også skal kunne varetage de indlagte patienter. Endelige betød de fysiske rammer, at personalet i højere grad skulle arbejde selvstændigt, da arbejdet på enestuerne betyder, at der er større afstande mellem personalet. I den gamle afdeling kunne man kalde på en kollega ude på gangen, hvor man nu har indført mobiltelefoner til alle i vagt, så man kan ringe efter en kollega, hvis man har brug for hjælp.

Kerneopgaven er altså ny, men det var også en ny identitet for de sygeplejersker, der anså sig selv som skadestuesygeplejersker og nu skal arbejde i en akutmodtagelse, hvor mange specialer skulle fungere og arbejde.

*... der hang noget i væggene i vores gamle afdeling, for der havde man jo en akutafdeling, hvor man trak alle specialer ind i en skadestue, der havde fungeret rigtig godt, når de selv skulle sige det. Og det havde det jo også, for det var den kerneopgave de havde dengang. Men de [personalet] havde jo valgt at være i en skadestue og ikke i en akutafdeling og særligt ikke i sådan en stor afdeling som denne, hvor vi er 75 ansatte i plejegruppen. (Afdelingssygeplejerske)*

Det var bl.a. forbundet med utryghed for noget personale, at skulle til at være i vagt med kolleger, man ikke kendte. Derfor har afdelingen arbejdet med at formulere Akutafdelingens kerneopgave på en række temadage. Afdelingen søgte og fik penge fra en arbejdsmiljøpulje, hvor en erhvervspsykolog hjalp dem med denne proces. Udbyttet var dels, at medarbejderne lærte hinanden at kende, dels at de fik formuleret en kerneopgave, som gav dem en fælles forståelse af den opgave, som Akutafdelingen er sat i verden for at løse – og at det er den samme opgave, uanset om man er på vagt med en kollega, man har kendt i 20 år, eller en man kun lige har lært at kende. Endelig har man i Akutafdelingen organiseret de enkelte vagter i mindre teams, som knytter sig til særlige sengestuer. Fordelen er, at de enkelte medarbejdere ved, hvilke kolleger de kan spare med, og at afstanden til nærmeste kollega bliver mindre, fordi de befinder sig inden for et relativt begrænset område i Akutafdelingen. En del af denne organisering inkluderer også en definition af, hvem der tager sig af traumepatienterne, og det giver, ifølge afdelingssygeplejersken, en tryghed for alle, fordi det på forhånd er defineret, hvem der har den opgave.

### **Nye opgaver og nye måder at samarbejde på**

Formulering af kerneopgaven har også banet vejen for dialogen med andre afdelinger, fordi særligt afdelingsledelsen bedre kan argumentere for og være skarpe på, hvorfor Akutafdelingen lægger pres på at få patienterne vurderet hurtigt og enten sendt hjem eller videre til en anden afdeling:

*... i Akutafdelingen har vi et mål om, at patienter skal have en behandlingsplan med en adresse [hjem, indlagt i Akutafdelingen eller ud i specialafdeling] inden for fire timer, og det kan nogle gange godt knibe. At have forståelse fra de andre specialer for, at nu skal vi altså videre. Vi skal have tømt sengen, der kommer nogen om lidt, der skal ind i den anden ende. Der synes de, at vi forhaster os, og at flowet har større betydning end kvaliteten: "I vil jo bare have dem [patienterne] videre" [afdelingssygeplejerske citerer de andre afdelinger]. "Ja, fordi det er vores kerneopgave. Jeres er at gøre dem færdige". (Afdelingssygeplejerske)*

Ifølge afdelingssygeplejersken gav de andre afdelinger i starten udtryk for, at de ikke syntes, at Akutafdelingen var en god idé, og at afdelingen ikke gjorde deres arbejde godt nok. Der var på det tidspunkt kun få læger ansat i Akutafdelingen, og de var kun tilstede i dagvagt. Herefter tog de øvrige afdelingers speciallæger over og afgjorde, om patienterne skulle blive i Akutafdelingen eller flyttes ud i specialafdelingerne – et forhold, som gjorde det svært at agere som sygeplejerske, ikke mindst for de koordinerende sygeplejersker, som skal have overblikket over kapaciteten og fordelingen af patienter på sygehuset:

*... det blev sådan et cowboyland – dem, der talte højest, fik deres vilje, og det syntes de koordinerende sygeplejersker var rigtig svært (...). Nu har vi vores egne speciallæger hele tiden, som de kan læne sig op af, og som kan tage diskussionen med deres kolleger. (Afdelingssygeplejerske)*

Det var på det tidspunkt også en ny måde at arbejde på for specialafdelingerne, som også skulle arbejde med en ny og tungere patientgruppe, idet de letteste patienter nu bliver indlagt i Akutafdelingen. Desuden skal speciallægerne vagtdække i Akutafdelingen. Det var altså også for dem en ny måde at arbejde på, og derfor etablerede afdelingsledelserne månedlige samarbejds møder, hvor problemer, som var opstået, og arbejdsgange, som skulle justeres, kunne blive taget op. Disse møder har man holdt fast i ud fra en vurdering af, at det er vigtigt at tage hurtigt hånd om de problemer, der er.

### **Fusioner som et 'forstyrrende' element**

En tredje type udfordring gik på at håndtere de fusioner, som sker løbende. På interviewtidspunktet stod akuthuset over for at skulle overtage personale og akutte patientindlæggelser fra Næstved Sygehus, som ikke længere varetager akutte medicinske patienter. Endnu engang skal afdelingen derfor håndtere en gruppe medarbejdere, som ikke selv har valgt at være i afdelingen, og som afdelingen ikke selv har valgt at ansætte.

Med fusionen er der altså en helt aktuel udfordring med at håndtere medarbejdere, som er bekymrede for at skulle arbejde i nye organisatoriske og fysiske rammer, og som er vant til og har valgt at arbejde et helt andet sted og under andre forhold. Derudover har der været truffet en beslutning om at ansætte personale, som primært brænder for det akutte speciale, og som kan trives ved at varetage patienter i en akut fase og sørge for, at de bliver sendt godt videre til andre afdelinger:

*Vi har besluttet for to år siden, at når vi ansætter nogen, så ansætter vi efter mindset. Vi vil gerne have nogen, der har lyst til at tage sig af de her akutte patienter. (Afdelingssygeplejerske)*

På den måde forstyrrer fusionen den rekrutteringsstrategi, der er lagt. Omvendt beskrev afdelingssygeplejersken, at de medarbejdere, som havde valgt at blive i forbindelse med første fusion (da akutmodtagelsen blev etableret), nu var meget positive over forandringen og den patientbehandling, som er mulig i det nye hus.

## Erfaringer og læring fra Akutafdelingen, Slagelse Sygehus

I Akutafdelingen på Slagelse Sygehus fremhæver man, at de nye rammer overordnet set er velfungerende, herunder eksempelvis traumestuerne, som giver mulighed for at modtage, stabilisere og foretage væsentlige diagnostiske undersøgelser (fx scanninger) på stuen og enestuerne, der skaber ro omkring den enkelte patient. Samtidig har de nye rammer også været en omvæltning for medarbejderne og medført et behov for at lave om på organiseringen af det daglige arbejde og samarbejdet med de øvrige afdelinger på sygehuset.

Følgende bliver fremhævet som noget af det, der er lykket godt i relation til etablering af Akutmodtagelsen og indflytning i nye rammer:

- *Tidlig nedsættelse af arbejdsgrupper*, som i dette tilfælde var med til at beslutte, hvordan sengestuer og skabe skulle indrettes. Dette har vist sig at have den praktiske betydning, at det er nemt for alle, inkl. de speciallæger, som arbejder i afdelingen, at finde de ting, de skal bruge ved undersøgelserne inde hos patienterne. Det havde dog også den betydning, at nogen blev ambassadører for de nye fysiske rammer og allerede inden indflytning kunne medvirke til at forberede deres kolleger på, hvilke rammer de i fremtiden skulle agere i.
- *Samarbejds møder* mellem afdelingsledelsen fra Akutmodtagelsen og de øvrige afdelinger. Et forum, som blev etableret i opstartsfasen, hvor der løbende opstod problemer i relation til samarbejdsrelationen, men har vist sig nyttig at bevare, fordi der fortsat opstår situationer, der kræver hurtig afklaring på afdelingsledelsesniveau.
- *Daglige kapacitetskonferencer*, som blev etableret som led i 'Sikkert patient-flow' og fortsat er fast rutine. Disse konferencer giver en fælles opmærksomhed på den samlede kapacitet på sygehuset, og hvordan afdelingerne sammen kan undgå, at patienter kommer til at ligge på gangene eller staser op i Akutmodtagelsen. Konferencerne er også med til at understøtte Akutmodtagelsens mål om, at beslutninger om patientens videre behandling skal træffes hurtigt.
- *En tilpasning af plejegruppens organisering*, så de arbejder i mindre teams i vagten, og at der er udpeget personale, som tager sig af traumepatienterne. Det giver ro og overblik for den enkelte over, 'hvad er min primære opgave i dag', og 'hvem er mine nærmeste kollegaer i dag'.

### 3.4 Voksdugen: Opmærksomhed på arbejdsgange i nye fysiske rammer

Voksdugskonceptet er udviklet i tæt samarbejde mellem Region Midtjyllands Koncern HR, Udvikling, byggeorganisationen for Det Nye Universitetshospital i Aarhus (DNU) samt klinikere og HR Udvikling fra Aarhus Universitetshospital. Det er en metode, som er udviklet med henblik på at hjælpe sygehusafdelingerne med at få en fornemmelse af de fremtidige fysiske rammer. Desuden er det formålet at hjælpe ledere og medarbejdere på hospitalsafdelingerne i gang med at justere praksis og udvikle arbejdsgange, så de er tilpasset de nye fysiske rammer.

Selve processen er inddelt i tre faser. I første fase bliver deltagerne forberedt på de nye fysiske rammer og den nye teknologi igennem video og 3D-animationer. I anden fase foregår selve voksdugsseancen med udvalgte medarbejdere og ledere i afdelingen. Seancen faciliteres af konsulenter fra Region Midtjylland, Koncern HR, Udvikling, og tager udgangspunkt i en fysisk voksdug

med plantegninger af afdelingens nye lokaler. Denne voksdug bliver udgangspunkt for en gennemspilning af nogle typiske situationer (fx arbejdsgange i en del af et bestemt patientforløb) ved hjælp af LEGO-mænd og -klodser, der gør det ud for patienter, medarbejdere, senge osv. Gennemspilningen af situationerne (fx 'modtagelse og indlæggelse af patient') tager dermed deltagerne gennem forskellige arbejdsgange og situationer og lader dem simulere den konkrete arbejdsgang. Undervejs noterer deltagerne læringspointer og de udfordringer, som de møder og kan tage med hjem og arbejde videre med i fællesskab. Den tredje og sidste fase skal foregå hjemme i afdelingen, idet deltagerne får en pakke med hjem, som bl.a. indeholder voksdugen i et mindre format. De kan dermed gentage voksdugsseancen med de kolleger, som ikke har deltaget, dog uden deltagelse af regionens konsulenter. Forud for voksdugsprocessen afholder regionens konsulenter desuden formøde og opfølgingsmøde med afdelingsledelsen. Formødet bruges til at forberede ledelsen til seancen, og opfølgingsmødet har til formål at støtte og sparre med ledelsen i forhold til forankringsprocessen.

Formålet med voksdugen er overordnet set at skabe en platform for at lave forandringsprocesser med specifikt fokus på, at organisationen skal flytte over i og fungere i de nye bygninger. Formålet med den specifikke voksdugsproces besluttet imidlertid fra gang til gang, afhængig af den enkelte afdelings behov. Formålet kan derfor være af meget praktisk art, fx at forberede en afdeling på at arbejde i nye bygninger i forbindelse med en konkret flytning – eller af mere formidlende art, fx ledelsens formidling af en radikalt anderledes organisering i afdelingen. Voksdugen skal derfor betragtes som et værktøj, der udstikker en ramme for en forandringsproces, mens det konkrete formål sættes fra gang til gang afhængig af afdelingens behov og ønsker. Samtidig er voksdugen også udviklet ud fra en forventning om, at det potentielle for at øge fx kvalitet og patientsikkerhed i de nye sygehusbygninger ikke indfries blot ved at flytte eksisterende arbejdsgange ud i nye bygninger. Kun ved at arbejde med arbejdsgange, organisering mv. før og i forbindelse med ibrugtagning af nye fysiske rammer kan de nye fysiske rammer udnyttes til at skabe de ønskede og forventede effekter. Voksdugen er med andre ord udviklet med det formål at anlægge en proaktiv tilgang til indflytningen i de nye bygninger og de tilhørende justeringer i organisering og arbejdsgange.

I første omgang er der lagt op til, at det er de kliniske afdelinger, der skal gennemgå seancen, men spørgsmålet er, om og hvornår de resterende afdelinger skal inddrages. Det er et åbent og endnu uafklaret spørgsmål. Den oprindelige voksdug er udviklet til at gennemgå et standard sengeafsnit, men der opstod hurtigt en erkendelse af, at der også var behov for at udvikle voksdug, som gav mulighed for at gennemgå ambulatorier, en akutafdeling eller en operationsgang. Her vil der formentlig i højere grad komme fokus på korte, gentagne kontakter, og hvad det betyder at passe en funktion, hvor patienter kommer igennem én efter én frem for at følge et patientforløb, når man simulerer arbejdsgange eller samarbejde.

### 3.4.1 Udviklingsprocessen og relaterede udfordringer

På AUH er voksdugen integreret som en fast del af flytteprocessen, og hospitalsledelsen har valgt at finansiere en voksdugsseance pr. afsnit på relevante afdelinger. Anbefalingen er, at det skal ske ca. 1 år før udflytning. Udfordringen i praksis er i den forbindelse at få lavet den overordnede planlægning, bl.a. fordi datoen for udflytning flytter sig løbende.

#### **Fra standardmetode til afdelingsspecifik tilpasning**

Voksdugen blev fra start udviklet som en standard metode, der meget præcist beskrev, hvor mange personer, møder og konsulentressourcer der var brug for og indeholdt desuden standardbeskrivelser af, hvilket materiale og information der skulle rundsendes til deltagerne forud for en voksdugworkshop. Disse standardbeskrivelser var vigtige i starten for at formidle de operationelle niveaus praktiske behov til de strategiske beslutningstagere. Det har sidenhen vist sig, at



standarddrammen bliver brudt hver eneste gang, fordi det giver mere mening at lave en lokal tilpasning:

*Når der viser sig en lokal ressource, der kan frisættes fra afdelingen til at være samarbejdspartner i at få lavet voksdug[seancen] (...), så er der jo ingen grund til, at jeg kommer med standardcases, hvis der er en lokal, som kan lave noget, der rammer spot-on lige præcis de patienter, de har. (Organisationskonsulent)*

Grundmodellen eksisterer dog fortsat, så det er muligt også at arbejde med voksdugen for afdelinger, der ikke kan afsætte egne ressourcer til lokal tilpasning. Erfaringen er imidlertid, at der altid bliver tilføjet større eller mindre ændringer til standardpakken. På den måde er vurderingen også, at det at have en standardpakke har vist sig at være værdifuldt, fordi det giver en konkret forståelse af, hvad voksdugen indebærer og er en baggrund for at tilføje relevante lokale tilpasninger. Omvendt er der stort fokus på at inddrage lokale nøglepersoner fra afdelingerne i at lave disse lokale tilpasninger, fordi det er erfaringen, at processen med voksdugen fungerer bedst og har størst værdi for afdelingerne, hvis den er tilpasset de patientgrupper, som afdelingen har og de udfordringer, de aktuelt står over for. Det lokale engagement i konkrete lokale tilpasninger er desuden vigtigt, når afdelingen sidenhen skal forankre de organisationstilpasninger, som har vist sig nødvendige i voksdugsseancen. Erfaringen er derfor, at de involverede konsulenter helst skal træde så meget i baggrunden som muligt for at sikre aktiv deltagelse fra lokale ressourcepersoner.

Voksdugen kan bruges til at gennemspille forskellige dele af arbejdsgangene på et sygehus. Patientforløb er én måde, som indtil videre har været den hyppigst anvendte, men der kan også være fokus på den enkelte faggruppes opgave i de nye rammer. Der har derfor været afprøvet forløb, hvor der ikke har været krav om at bruge LEGO-mænd – de har blot været en tilgængelig ressource – og der har også været forløb, hvor deltagerne eksplicit blev bedt om at bruge LEGO-mænd som repræsentanter for forskellige medarbejdere, patienter og pårørende. Den første løsning har vist sig god, hvis deltagerne ikke kender hinanden særligt godt. Det kan dermed være en måde at etablere nogle nye relationer og skabe en grundlæggende forståelse af, hvordan hver især bidrager til et samlet forløb – og ikke mindst hvad dette forløb består af. Den sidste løsning inkorporerer lidt mere kompleksitet og kan med fordel bruges, hvis deltagerne i forvejen kender hinanden godt og har en god forståelse af den fælles opgave. Her kan man i højere grad gå i dybden med detaljerne i dele af patientforløbene, fx 'hvordan sikrer vi os, at patienten går den rigtige vej, eller at vi bliver opmærksomme på, at en patient er ankommet til undersøgelse?'. Afhængig af hvilken erkendelse afdelingerne ønsker, kan man stille nogle lidt forskellige opgaver til deltagerne. For de konsulenter, som arbejder med at facilitere voksdugsseancerne, har en del af udviklingsarbejdet således handlet om at blive klar over, hvordan forskellig rammesætning giver forskellige resultater.

### **Ressourceforbrug: drift versus udvikling**

En væsentlig overvejelse relateret til udviklingen og implementeringen af voksdugen er, at denne konkrete udviklingsproces skal balanceres mod behovet for at opretholde den sædvanlige drift, og at afdelingerne også er belastet af at skulle flytte til nye fysiske rammer. Flytningen er altså i forvejen ressourcekrævende, og det er vigtigt, at voksdugsseancerne ikke opleves som noget, der kræver alle tilgængelige personaleresourcer i afdelingerne. Det var og er derfor tanken, at voksdugsseancerne skal gennemføres med ca. en fjerdedel eller en femtedel af medarbejderne. Disse medarbejderne kan så gå tilbage med voksdugen i egen afdeling og arbejde med den sammen med resten af deres kolleger. Tendensen er imidlertid, at afdelingsledelserne gerne vil prioritere, at så mange af deres medarbejdere som muligt deltager. I så fald er det et aktivt tilvalg og en prioritering fra afdelingsledelsens side. Voksdugen er designet til at kunne skaleres til mange eller relativt få deltagere og giver dermed mulighed for forskellig prioritering afhængig af den enkelte afdelings muligheder og behov.

## **Inddragelse og aktivering af ledere og medarbejdere**

En erfaring fra arbejdet med voksdugen er, at den bliver en platform for involvering af afdelingernes medarbejdere. Voksdugen har vist sig at have et potentiale for at få personalet engageret i den forandringsproces, som de står over for. Med voksdugen er det muligt at formidle, hvordan de nye rammer påvirker afdelingen både organisatorisk og fysisk, samt at tydeliggøre, hvor der fortsat er mulighed til at bidrage til at forme indflytning og udvikling. Det er desuden en måde at aktivere personalet og få dem til at forholde sig helt konkret til de nye bygninger og skulle arbejde i dem. Det er erfaringen fra AUH, at indflytning i det nye sygehus er lidt en parentes for mange klinikere i forhold til det nærværende, daglige kliniske arbejde med patienterne. Indflytningsdatoen bliver skudt løbende, og det kan være svært at forholde sig til det nye, når man stadig arbejder i de gamle bygninger, holder møder i de gamle bygninger og i det hele taget orienterer sig i de fysiske rammer, man har i dag. Samtidig er det primære fokus selvfølgelig driften, som er den vigtigste opgave, og det er den, der foregår lige her og nu – hver dag – med patienterne.

Voksdugen har vist sig at være en måde at hjælpe personalet til at forholde sig til det nye, fordi de bliver bedt om at gennemgå dele af patientforløb, hvor rammen er voksdugen og de LEGO-mænd, som repræsenterer dem selv, deres kolleger og en patient. I sammenhæng hermed er det desuden erfaringen, at afdelinger, der skal fusionere eller flytte sammen fra forskellige matrikler, også kan bruge voksdugen til for alvor at komme i gang med at diskutere de arbejdsgange, som de i fremtiden skal være en del af sammen, på et helt konkret og patientnært plan. Casenes forankring i situationer fra den kliniske hverdag giver mulighed for, at man som deltager i en voksdugsseance kan få snakket om og afprøvet vigtige dele af patientforløbet. Helt konkret kan man fx få afklaret, hvor man som sekretær henter labels i printerens, hvilken afstand der er mellem venteværelse, sengestuer og elevator, eller man får gennemspillet, hvad det kræver at modtage en patient i en traumestue.

Udbyttet af medarbejderinddragelse er desuden, at medarbejderne, når de bliver involveret, kan pege på afdelingens specifikke behov for udvikling:

*Så begynder de at få ideer og sige: "Så er der da også brug for sådan og sådan". En konkret historie fra i forgårs, hvor en sygeplejerske fra [en afdeling] siger: "Vi står her og snakker om, at vi har en fornemmelse af, at det bliver mere flydende, hvad for en slags patienter, der vil komme ind over det, som er 'vores' senge. For grænsen mellem vores senge og de andres bliver også mere flydende, kan jeg se. Gad vide, om vi kan det, vi skal kunne sådan rent fagligt. (Organisationskonsulent)*

I dette konkrete eksempel bliver ejerskabet over senge anderledes, og den enkelte afdeling kan ikke bare koncentrere sig om egne senge, men må indgå i en fælles opmærksomhed på patientflow på tværs af afdelinger. Denne sygeplejerske ser altså et helt konkret behov for at kunne triagere, så patienter kan blive sendt videre til de rigtige senge, undersøgelser og behandlinger. Sådanne erkendelser giver dermed anledning til at formulere et behov for at gennemtænke fx afdelingens kompetenceprofil. Vurderingen er, at voksdugen gør medarbejderne "i stand til at se", idet de får en fornemmelse for, hvordan deres faglighed skal udspille sig i de nye fysiske rammer og under andre vilkår for samarbejde med andre faggrupper. Informanterne betegnede derfor voksdugsseancen som en metode til at 'vække' en ressource, nemlig medarbejdernes viden og input til justering og udvikling af den eksisterende organisering og af konkrete arbejdsgange.

## **Indsigt i nye samarbejdsrelationer**

Sammenlignet med andre simuleringsværktøjer som fx mock-ups og skattejagter, så har voksdugen en anden fysisk dimensionering, idet deltagerne ikke selv bevæger sig rundt i de (tilnærmede) fysiske rammer. Voksdugen giver dog anledning til, at ledere og medarbejdere kan stille sig selv og hinanden en masse spørgsmål relateret til de konkrete fysiske rammer, fx hvor er

depotrummet, hvor langt er der til elevatoren, hvor går jeg hen, hvis jeg skal tisse? Desuden giver voksdugen anledning til sætte fokus på bestemte samarbejdsprocesser. Selvom forskellen er relativt arbitrær, så kan voksdugen altså karakteriseres som læring på individniveau, men måske særligt på gruppeniveau. Erfaringen er, at voksdugen er særligt god til at lade deltagerne få en fornemmelse af flow, fordi det at flytte på en LEGO-mand i en plantegning giver mulighed for hurtigt at nå en hel proces (fx et indlæggelsesforløb) igennem. Indsigten i dette flow giver deltagerne en erkendelse af de fysiske rammer, men giver *også* deltagerne en fornemmelse af, hvordan deres arbejde hænger sammen – også med andres, dvs. hvordan arbejdet med patientforløbene kommer til at involvere andre afdelinger og faggrupper. Et eksempel kan være en indsigt i, hvad det kommer til at betyde, at medicinrum skal deles på tværs af afdelinger. Det er en anden erkendelse end blot at vide, *hvor* medicinrummet skal ligge, *hvor* elevatorerne kommer til at være i bygningen, eller *hvordan* venteværelserne er placeret i forhold til undersøgelsesrummene. Det er en erkendelse af, at nye fysiske rum får betydning for den måde, der skal arbejdes og samarbejdes på. Derfor er indsigten i de nye fysiske rammer vigtig for at komme i gang med at tænke på den måde, som arbejdet skal organiseres på:

*[Fra en konkret seance]: Så stod de med hovedet helt nede ved dugen for at se, om man fra det sted, hvor LEGO-manden, der var personalet, stod – om man kunne se patienten, som var trådt ind ved skranken. Det kan man åbenbart i den nuværende bygning. Men i den nye bygning er det bygget sådan, at der ikke er synlighed direkte på tværs, så der skulle blive en eller anden form for arbejdsgang til omkring modtagelse af en patient. (Organisationskonsulent)*

På den måde bidrager voksdugen til at skabe et fælles blik for, hvad de nye fysiske rammer betyder for afdelingens eller afsnittets overordnede opgave, for organiseringen af arbejds gange og samarbejde, og for den daglige varetagelse af de forskellige, gensidigt afhængige opgaver med patienterne.

### **Forløbet efter voksdugsseancerne**

I forhold til den videre udvikling af voksdugsforløbet er det også en overvejelse fra AUH's side, hvordan man får støttet op om efterforløbet. Undervejs i voksdugsseancen opfordres medarbejderne til at skrive spørgsmål, observationer og opmærksomhedspunkter ned, hvis de har noget, de er bekymrede for eller ikke forstår. Nogle af de spørgsmål eller bekymringer er der måske allerede både taget stilling til eller besvaret i en anden sammenhæng. Voksdugsseancen har dog vist sig at være en unik mulighed for at opdage den tvivl og usikkerhed, der stadig kan være og få taget hånd om den:

*Ja, for der er truffet mange beslutninger, som folk faktisk har glemt, sådan at man genoptager diskussioner og prøver at genopfinde nogle svar, fordi det er så lang en proces, vi har gang i. (Leder, Udvikling og Innovation)*

Desuden peger personalet undervejs i voksdugsseancerne på spørgsmål eller detaljer, som mangler at blive håndteret, og som ledelsen måske ikke har set eller været opmærksomme på endnu. Det er dog endnu ikke stor erfaring med, hvordan dette videre forløb kan eller skal forløbe, og det er derfor et yderligere opmærksomhedspunkt for sygehuset.

## Erfaringer og læring fra brug og udvikling af voksdugskonceptet i Region Midtjylland

Voksdugen virker appellerende på det kliniske personale. De kan se, at det er meningsfuldt at arbejde med patientnære aspekter af flytningen. Voksdugen er på mange måder stadig i en udviklingsfase, og der vil fortsat være mange erfaringer, som ikke er høstet endnu. Informanterne i denne case peger på en række punkter, som de vurderer, er vigtige for at skabe et godt udgangspunkt for voksdugsseancerne:

- Det er væsentligt, at der skal være en relativt stabil ramme at arbejde inden for i voksdugsseancerne. Derfor skal afdelingsledelserne være bevidste om at formidle beslutninger, som allerede er truffet, fx hvis personalet skal arbejde i teams i fremtiden. Ledelsen skal altså være på forkant med at udstikke en retning, og der kan voksdugen også være et værktøj til at kommunikere denne retning.
- Voksdugen inspirerer medarbejderne til at stille en masse spørgsmål undervejs, og det er en vigtig ledelsesopgave at få samlet op på, systematiseret og besvaret de mange spørgsmål. Det er en anledning til at få indblik i, hvilke dele af projekt 'sygehusbyggeri', som ikke er blevet kommunikeret godt nok eller mangler at blive kommunikeret.
- Desuden inspirerer voksdugen til, at medarbejdere kan stille konkrete forslag til justering af afdelingernes organisering og arbejdsgange, og det kræver ligeledes et ledelsesmæssigt fokus på efterbearbejdning, så de mange forslag og indsigter ikke bliver glemt.

## 4 Erfaring og læring på tværs af cases

I dette kapitel gennemgår vi den erfaring og læring, som fremgår på tværs af de udvalgte cases. Denne opsamling er grupperet i tre temaer, som knytter sig til: a) at udviklingsarbejdet er et stykke arbejde, der skal organiseres og rammesættes, b) at udviklingsarbejdet i nogle faser skal ske samtidig med sygehusenes sædvanlige drift, og c) at udviklingsarbejdet fortsætter, selv når de nye sygehusbygninger er taget i brug.

### 4.1 Organisering af udviklingsprocessen

Det er en væsentlig pointe på tværs af begge delundersøgelser, at informanterne understreger, at arbejdsgange, samarbejdsrelationer og organisationsstrukturer skal være på plads i god tid inden indflytning. Det er en forudsætning for at nå at øve sig og justere de arbejdsgange, som man har udviklet inden indflytning. Tidligere undersøgelser af organisationsforandringer knyttet til sygehusbyggerier underbygger, at denne proces – særligt i relation til *indflytning* i nye fysiske rammer – både består af forberedelse og træning af denne omstrukturering på forhånd og et behov for at løbende justering efter indflytningen (Meier, Christensen & Lourcing Nielsen 2013). Det understøtter således også informanternes egen fornemmelse af, at det er en proces, der tager tid og kræver koordinering og involvering fra både ledere og medarbejdere på alle organisatoriske niveauer.

Casene peger ydermere på, at udviklingsprocessen kalder på relativt tydelige rammer samt en sikring af det samlede overblik over udviklingsprocessen og de enkelte dele heraf.

#### 4.1.1 Rammerne for nytænkning

Det er karakteristisk for de faser, hvor formålet er nytænkning og innovation (dvs. fase 1 og 2, jf. afsnit 2.3), at der stilles krav til, at de involverede skal bidrage med nytænkning, så visioner om effektivisering og bedre patientforløb skal indfries. Det er imidlertid en udfordrende opgave at være innovativ, og flere informanter formulerede et behov for fastere rammer for udviklingsarbejdet knyttet til disse faser.

Desuden er det karakteristisk, at manglende ledelsesmæssige eller politiske beslutninger bliver opfattet som en barriere for at tænke nyt, fordi ubesvarede spørgsmål tager fokus i diskussionerne af nye måder at organisere sig på. I tråd hermed beskrev informanter, at det er nødvendigt, at sygehusledelsen og projektorganisationer markerer, inden for hvilke rammer der kan nytænkes. Der er eksempelvis behov for, at ledelsen lukker diskussionerne om, hvordan akutmodtagelserne skal ledes – ikke mindst i relation til det specialiserede personale og fordelingen af sengekapaaciteten. Så længe denne 'kamp' om magt og ressourcefordeling er åben, så er det vanskeligt at komme videre med de konkrete forslag til organisering af arbejdsgange og patientforløb. Der er desuden ikke ubegrænset råderum for nytænkning, bl.a. fordi sygehusbyggerierne er så tæt relateret til nationale og regionale strategier for sygehusene, og fordi de nye sygehusbyggerier trods alt udgør en endelig fysisk ramme, som organisation og arbejdsgange skal fungere i. Det er en udfordring for mange af de aktører, som man ønsker at inddrage i udviklingsarbejdet, både at overskue og gennemskue disse eksterne og fysiske rammer for udvikling, og tydeliggørelsen heraf udgør en særskilt opgave for sygehusledelse og udviklingsmedarbejdere.

#### 4.1.2 Tydelige formål

I casene beskrives flere formål med inddragelse af medarbejdere. For det første har medarbejderinddragelse det formål at sikre, at den indsigt, som medarbejderne har i det kliniske arbejde, også bliver en del af baggrunden for at udvikle fysiske rammer såvel som arbejdsgange. For det

andet er det medarbejderne, som i sidste ende skal gennemføre den ønskede forandring, hvorfor det er afgørende, at medarbejdernes engagement i udviklingsarbejdet bliver fastholdt. Ledere fra flere af casene beskriver imidlertid, hvordan medarbejderne mister engagementet og følelsen af ejerskab til de nye sygehusbyggerier og de organisatoriske forandringer, der knytter sig hertil. Dette gælder særligt i perioder, hvor der er gået noget tid, siden de sidst var inddraget. For det andet er medarbejdernes usikkerhed omkring det nye – fx hvad det indebærer for den enkelte medarbejder og for afdelingen som helhed i form af nye arbejdsopgaver, nye kolleger og nye samarbejdsrelationer – også et forhold, som i flere af casene har vist sig at overskygge de fordele, der måtte være ved det nye sygehusbyggeri. Medarbejdernes engagement i forandringsprocesser kan altså ikke tages for givet, og derfor er det en særlig opgave i udviklingsarbejdet at opdyrke og fastholde medarbejdernes engagement og ejerskab.

Studier af innovationsprocesser i sundhedsvæsenet har bl.a. vidst, at den mening, som medarbejdere tilskriver den ønskede forandring (hvorfor er forandring nødvendigt?), er vigtig for deres engagement og involvering i at deltage i udviklingsarbejdet og gennemføre den ønskede forandring. Medarbejdere vil med andre ord gerne deltage i forandringsprocesser, hvis de kan se en mening med det (Reff Pedersen 2015b, Reff Pedersen 2015a). Ledelsens eller udviklingsmedarbejdernes strategiske fortællinger om, hvorfor den ønskede ændring er nødvendig og ønskværdig, har derfor vist sig at være en væsentlig del det arbejde, som knytter sig til at implementere forandringer i en konkret lokal kontekst (Reff Pedersen, Johansen 2012). I flere af casene, fx Akutafdelingen på Slagelse Sygehus, er erfaringen på lignende vis, at en eksplicit definition af kerneydelsen har bidraget til en forståelse – blandt både medarbejdere og samarbejdspartnere – for, hvilken opgave Akutafdelingen skal gennemføre sammenlignet med tidligere og ikke mindst med hvilket formål. Samtidig viser denne case, at de medarbejdere, som blev inddraget i tidlige udviklingsopgaver (indretning af afdelingens enestuer), fik en rolle som talspersoner for det nye byggeri og de potentielt bedre arbejdsgange, der ligger heri. Derved bidrog de også med en afklaring af, hvad den kommende forandring bestod i, og hvad fordelene var – i dette tilfælde større diskretion og ro omkring den enkelte patient.

Casene peger imidlertid også på, at det er nødvendigt at skabe mulighed for, at medarbejderne kan udtrykke deres usikkerhed, tvivl og manglende overblik, og samtidig at ledelse, udviklingsmedarbejdere eller talspersoner får mulighed for at bidrage med konkrete afklaringer og meningsskabende fortællinger og forklaringer<sup>9</sup>. Her er voksdugen et eksempel på en metode designet til at kunne opsamle spørgsmål og opmærksomhedspunkter til brug for den videre udvikling. Samtidig peger voksdugscasen også på, at den meget konkrete inddragelse af medarbejdere i fasen lige før indflytning i det nye byggeri åbner op for værdifulde diskussioner og vurderinger. Der er en erkendelse af, at disse input muligvis kunne være aktiveret tidligere. Det er naturligvis en afvejning, hvornår man inddrager medarbejderne, fordi man tager ressourcer ud af driften. Oplevelsen af, at det er nødvendigt at skabe mulighed for, at medarbejdere får lejlighed til at udtrykke deres tvivl og stille spørgsmål, går dog igen i både voksdugscasen og i de øvrige cases. I forbindelse med 'Klar til NAU' overvejede man en ny struktur for at sikre den nødvendige overbliksskabende information fra projektorganisationen til medarbejdere. Denne undersøgelse peger også på, at der kan være et behov for at sikre en struktur for dialog om sygehusbyggerierne og de ønskede reorganiseringer, hvor medarbejdere har lejlighed til at lufte eventuelle bekymringer, tvivl og modstand mod de forandringer, de skal være en del af.

---

<sup>9</sup> Dette fund er i tråd med andre studier af forandringsprocesser i sundhedsvæsenet, som peger på, at denne dialog er nødvendig, hvis forandringsprojektet ikke skal leve sit eget liv, dekket fra dem, som skal gennemføre det (Reff Pedersen, Johansen 2012, Reff Pedersen 2015a, se fx: Seeman et al. 2015).

### 4.1.3 Fokus på sammenhæng og overgange mellem udviklingsfaser

Sygehusene er som nævnt ikke lige langt i arbejdet med reorganiseringerne. Nogle sygehuse har allerede taget de nye bygninger i brug, hvor andre sygehuse er i en proces, hvor de skal konkretisere retningslinjer for arbejdsgange internt i afdelingerne og for samarbejdet på de områder, hvor afdelingerne får nye samarbejdsflader. De faser, som er skitseret i kapitel 2.3, har særskilte formål og involverer forskellige udvalgte aktører i og omkring sygehusene. Mange medarbejdere og ledere har været involveret i processen med at udarbejde forslag til selve byggeriet og til de koncepter, som byggeriet er tegnet efter. Undersøgelsen peger ligeledes på, at inddragelse af ledelse og personale i de efterfølgende faser mod indflytning er højt prioriteret. Nogle faser er dog adskilt af lange pauser, og casene peger på, at der er behov for eksplicit at håndtere skiftet mellem faserne.

#### **Flere samtidige udviklingsprocesser**

På de enkelte sygehuse og i regionerne foregår der flere sideløbende udviklings- og implementeringsprocesser. Sygehusledelse i relation til nye sygehusbyggerier er tidligere blevet kaldt 'ledelse i det tomme rum', fordi alt i princippet er muligt, og ingen ved, hvad fremtiden bringer (Gaub, Villadsen 2012). Baseret på interviewene foretaget i denne undersøgelse er ledelsen af de mere organisatoriske forandringsprocesser nærmere karakteriseret ved at være 'ledelse i et (over)fyldt rum'. Ledelse og personale på alle niveauer deltager i en systematisk afprøvnings- og evalueringsproces, og foranderlighed er altså en præmis for alle involverede. De reorganiseringer, som knytter sig til sygehusbyggerierne, kan imidlertid ikke anskues som isolerede processer, men foregår nærmere samtidig med og i tæt relation til andre typer af udviklingskrav. De politiske visioner, som sygehusene aktuelt arbejder henimod, og som bl.a. handler om at styrke samarbejdet på tværs af afdelinger og specialer, skal altså afstemmes, fx med den løbende justering af specialeplanlægning, ændrede optageområder, fusioner og implementering af ny teknologi, som eksempelvis Sundhedsplatformen. Fusioner er et eksempel på samtidige udviklingsprojekter, som blev nævnt i relation til casene på både Slagelse Sygehus og Herlev Hospital, som i perioder tager fokus væk fra det udviklingsarbejde, der knytter sig til de nye sygehuse. Dette arbejde er i et vist omfang nødt til at starte forfra, fordi organisationen nu inkluderer nye afdelinger. Der tegner sig altså et billede af en udviklingsproces med en masse ubekendte og med nogle rammer, som ændrer sig løbende: 'et eksperimentelt vindue', som en informant omtalte det, hvor organisationsstrukturer, bemanning og arbejdets organisering i princippet kan laves om hele tiden.

Mellemledere og medarbejdere kan i sådanne tilfælde opleve, at arbejdet med at gøre organisationerne klar til de nye sygehusbyggerier står stille eller foregår, uden at de blev inddraget. Informanter beskrev eksempelvis, hvordan sygehusbyggeriet og de tilknyttede organisatoriske udviklingsprojekter blev glemt af medarbejdere og mellemledere, som primært fokuserer på sygehusets aktuelle drift og ikke har overblikket over processen frem mod indflytning i de nye bygninger.

#### **Skiftende faser med skiftende deltagelse**

Skiftende deltagere i udviklingsprocessens forskellige faser er også med til at udfordre det samlede overblik over de samlede indsatser for at gøre sygehusene klar til at tage de nye fysiske rammer i brug. Casene Akutmodtagelsen, Herlev Hospital og 'Klar til NAU' peger eksempelvis på, at involvering har fyldt meget i første fase, hvor de næste faser opleves som mere skjulte og svære at få et overblik over. I disse faser er processen mere iterativ, og arbejdsgange udvikles løbende og som led i driften i de nuværende fysiske rammer. Det, der af medarbejderne opleves som løbende udvikling af nuværende drift, kan derfor sagtens være et led i en overordnet strategi mod udviklingen af det fremtidige sygehus eller en bevidst tilpasning til udefrakommende krav. Det er der dog kun få på sygehuset (direktion, afdelingsledelse, administration og projektorganisation), der har overblikket over. Det er allerede beskrevet, hvordan manglende information

eller usikkerhed omkring rammen for udvikling bliver beskrevet som en barriere i udviklingsprocesserne. Nogle af disse usikkerheder opstår, fordi der er information, der ikke når frem til medarbejderne eller bliver glemt i overgangen mellem de forskellige trin i udviklingsprocessen. Ifølge nogle informanter efterlod manglende information desuden medarbejdere med en oplevelse af, at processen med det nye sygehus havde kørt videre uden dem, og at de nu blev bedt om at springe på toget uden egentlig at vide, hvor det kørte hen, og hvad deres rolle var.

På mange sygehuse har man desuden etableret særskilte byggeorganisationer, hvor medarbejdere udelukkende arbejder med sygehusbyggerierne, og store dele af sygehusadministrationen er ligeledes engageret i byggeprocesserne. For dem er oplevelsen af faseopdelingen formentlig anderledes end hos de klinikere, som går til og fra sygehusbyggerierne, og som har klinisk arbejde og ikke udviklingsarbejde som primær opgave. De kliniske medarbejders engagement i sygehusbyggeriet og de processer, der knytter sig hertil, skal derfor vedligeholdes, og formålene med sygehusbyggeriet såvel som de organisatoriske udviklingsprocesser gentages og viderekommunikeres på ny. Informanterne til denne undersøgelse befandt sig alle på et niveau i sygehusorganisationen, hvorfra de havde et relativt stort overblik over den samlede udviklingsportefølje. Desuden gav flere af informanterne også udtryk for en personlig og faglig motivation ved at være en del af det massive udviklingsarbejde, som pågår på sygehuse lige nu. Dette overblik og engagement er imidlertid ikke givet alle steder i organisationen, og det er en særlig opgave for ledelsen:

- At formidle formålet med udviklingsarbejdet for at fastholde medarbejdernes engagementet i relation til den omfattende udviklingsproces.
- At formidle status på udviklingsarbejdet: Hvad er i gang lige nu, hvad er på pause, og hvad er næste skridt? Formålet er her at sikre at få videregivet relevant viden og overblik over status for de enkelte delprocesser og det videre forløb.

## 4.2 Samtidig drift og udvikling

Udviklingsopgaven, der i alle cases har karakter af et relativt stort projekt, skal drives samtidig med den sædvanlige drift, og det er en udfordring at sikre en prioritering af udviklingsprocessen, når driften samtidig skal vedligeholdes. Desuden er der tale om et behov for at sikre en balance mellem drift og *forskellige* udviklingsprojekter. I udviklingsarbejdets sidste faser bliver adskillelsen mellem udvikling og drift, som nævnt i afsnit 2.4, imidlertid mindre tydelig, idet metoderne her er løbende simulering, afprøvning og justering i driftslignende situationer. Casene giver dog alligevel anledning til at fremhæve en række overvejelser om og erfaringer med, hvordan samtidig udvikling og drift bliver sikret.

### 4.2.1 Udvikling integreret i driften

Det er flere steder nævnt, hvordan sygehusbyggerierne markerer en tydelig deadline for udviklingsprocesserne, hvorfor de ønskede reorganiseringer i princippet skal være på plads inden ibrugtagning. Gennemgribende forandringsprocesser sker sjældent med et trylleslag og mødes ofte også af modstand i form af fx uenighed om, hvad der er vigtigt og nødvendigt, men i høj grad også af allerede eksisterende rutiner og organisering af det arbejde, som sikrer den daglige drift (Seeman et al. 2015, Borum 2014).

Interviewene peger på, at der er stor opmærksomhed på, at forandring tager tid, men muligheden for at afprøve nye arbejdsgange eller samarbejdsrelationer i de fremtidige fysiske rammer er i sagens natur sjældent mulig før indflytning. Erfaringen fra Akutmodtagelsen på Herlev Hospital er dog, at der er et stort udbytte ved at afprøve de nye arbejdsgange i eksisterende fysiske rammer. Her har afdelingslæger fra forskellige specialer mulighed for at sidde fysisk ved siden af hinanden og indøve procedurer for fælles tilsyn af patienter med endnu ukendte diagnoser. Det



kan lade sig gøre, fordi de nuværende fysiske rammer tillader, at mange af de arbejdsgange, man ønsker i de nye bygninger, allerede kan blive prøvet af. Ifølge ledelsen af Akutmodtagelsen på Herlev Hospital handler det dog også om, at de er eksplicitte omkring behovet for nytænkning og afprøvning af eksisterende arbejdsgange i en iterativ proces, hvor der løbende laves om eller justeres. Der er naturligvis et træningselement heri, men det giver også mulighed for at indhente vurderinger af fordele og ulemper fra de medarbejdere, som skal gennemføre de ønskede arbejdsgange.

I Akutafdelingen i Slagelse, hvor de nye bygninger er i brug, har udviklingsopgaven mere karakter af løbende justeringer. Der er dog fortsat fokus på behovet for udvikling, og derfor er der etableret faste møder mellem Akutafdelingens ledelse og ledelsen fra de øvrige afdelinger, som Akutafdelingen samarbejder med. Formålet er at fastholde fokus på det samarbejde, der er etableret, og som bl.a. har patient-flow som vigtigt omdrejningspunkt. I denne case fremhævede informanterne dog, at udviklingsarbejdet fortsætter, selv når man er i drift i nye bygninger, og at det, der synes løst på klinik- eller afdelingsledelsesniveau, skal stå sin prøve i en klinisk hverdag. Det er derfor væsentligt at bevare de fora (dvs. den struktur, der blev etableret i forbindelse med udviklingsarbejdet), hvor ledere og medarbejdere fra de involverede afdelinger kan drøfte de udfordringer og problemer, som skal løses undervejs.

#### 4.2.2 Ledelsens fokus og prioritering

For et barmarksbyggeri som NAU, der tilbyder radikalt anderledes fysiske rammer end de nuværende og forhåbninger om helt nye måder at arbejde på, er udviklingsopgaven både større og vanskeligere at drive som integreret del af driften. Prioritering af udviklingsopgaven er også på dagsordenen her, bl.a. i form af overvejelser omkring, hvordan man sikrer, at der bliver afsat ressourcer til udvikling. På interviewtidspunktet var NAU i en fase for konceptudvikling, men næste skridt er pilotafprøvning af nogle af de mange ideer til kommende arbejdsgange og samarbejdsformer. Her er det afgørende, at ledelsen på alle niveauer i organisationen er villige til at afsætte ressourcer til pilotprojekterne, og derfor har man valgt at tilknytte klinikledelserne i 'Klar til NAU' i styregruppen for den projektorganisation. Dette for at sikre klinikledelsernes deltagelse i og ejerskab over processen og sikre, at de konkrete, udvalgte udviklingsprojekter reelt bliver gennemført. På interviewtidspunktet var beslutningen om at inddrage klinikledelserne i styregruppen så ny, at det ikke er muligt at uddrage erfaringer hermed, men det er et eksempel på, hvordan man eksplicit har forsøgt at håndtere spørgsmålet om at knytte drift og udvikling sammen.

Det er ikke i sig selv nyt, at udviklingsprojekter skal balanceres mod den primære kerneopgave: behandling og pleje af patienter. Undersøgelser har bl.a. vist, at er helt afgørende, at udviklingsarbejdet tilpasses, så det bringer værdi til og er meningsfuldt for det kliniske arbejde, samtidig med at der skal afsættes ressourcer fra det kliniske arbejde til udviklingsarbejdet. Håndteringen af denne indbyrdes afhængighed er en opgave i sig selv, som kræver stor indsigt i krav til og rammerne for udviklingsarbejdet i den kliniske hverdag, og i hvad der er meningsfuldt for det personale, der arbejder i denne hverdag (Ernst, Chrobot-Mason 2011, Madsen 2015). Inddragelse af medarbejdere er et greb, der sikrer den nødvendige indsigt i klinisk praksis, hvor den del, der vedrører krav til og rammer for udviklingsarbejdet, håndteres ved at sikre forankring af udviklingsopgaven på ledelsesniveau.

Derudover sikres overblikket over den samlede proces med at reorganisere enten hele sygehuset eller en afdeling bl.a. via faste mødefora mellem relevante afdelingsledere og i nogle tilfælde også sygehusledelsen. De enkelte organisatoriske enheder arbejder hver især med at udvikle deres arbejde med de nye sygehusbyggerier, men overblikket og den fælles retning i disse projekter sikres i samarbejde. Casene peger på, at fordelene ved denne model er følgende:

- Prioritering af ressourcer til udvikling kan træffes i fællesskab.

- Muligheden for at sikre sammenhæng i udviklingsarbejdet via fælles retningslinjer for de områder, hvor der er samarbejdsflader.
- Sikring af overblikket over sideløbende behov for udvikling.

I denne undersøgelse er det kendetegnende, at interviewene overvejende er foretaget med personer enten på sygehus- eller afdelingsledelsesniveau. De udfordringer og løsningstiltag, som er nævnt i dette kapitel, vedrører derfor i mindre grad arbejdet med og udfordringerne ved at udvikle og implementere nye arbejdsgange på et udførende niveau. En væsentlig pointe fra flere interview er en erkendelse af, at de rammer for fx samarbejde, som blev etableret på ledelsesniveau, fortsat blev udfordret i det daglige kliniske arbejde. Nogle informanter gav eksempler på arbejdsgange, der fortsatte uændret på trods af fx fusioner og fysiske sammenlægninger, og andre beskrev konkrete situationer, hvor det i praksis blev uklart, hvilke medarbejdere der skulle tage ansvar for forskellige dele af en fælles opgave. Det er bl.a. i sådanne situationer, at behovet for ledelsestygde blev fremhævet, herunder at det er væsentligt, at afdelingsledelserne er enige og udstikker fælles retningslinjer. Det er omvendt også i sådanne situationer, at medarbejdere og mellemedere giver udtryk for, at der er langt fra de beslutninger, der bliver truffet, til det udførende niveau. Casene peger således også på, at den tunge ledelsesforankring potentielt skaber en afstand mellem udviklingsarbejdet og den kliniske hverdag. Der er derfor et behov for at inddrage mellemedere og medarbejdere ikke bare i afprøvningen af konkrete arbejdsgange, men også i udviklingen og evalueringen af dem, fordi de har vigtig viden om hverdagen, og hvad der skal til for at skabe nogle af de ønskede forandringer.

## 4.3 Forandringer i drift

Mange sygehuse er endnu ikke i drift i nye bygninger, men sygehusbyggeriet sætter dog allerede – i forskellig grad – præg både på samarbejdsrelationer og arbejdsgange samt introducerer nye opgaver på sygehuse. Det er en væsentlig pointe i dette afsnit, at løbende justering af arbejdsgange, samarbejdsrelationer, bemanning m.m. er nødvendig selv efter indflytning.

### 4.3.1 Når arbejdsgange og nye fysiske rammer mødes

De nye sygehusbyggerier er designet med bestemte formål for øje, men i praksis kan der være udfordringer ved at tage de fysiske rammer i brug, som måske først erfares ved indflytning. Eksempelvis var oplevelsen fra Akutafdelingen i Slagelse, at enestuerne skaber gode betingelser for diskretion og for at lave god patientbehandling, men de efterlader også den enkelte sygeplejerske i en situation, hvor de i højere grad skal arbejde alene. En situation, som både har krævet justeringer i kompetence-mixet i afdelingen og i procedurer, der sikrer, at personalet kan komme i kontakt med hinanden, hvis de har behov for assistance. De nye bygninger giver altså nye muligheder, men skaber også behov for nye kompetencer, rutiner for arbejde og for samarbejde.

Samtidig er det ikke alle dele af byggerierne, som er klar helt fra start. I casene bliver der både givet eksempler på, hvordan visse delelementer ikke fungerer som tiltænkt, og teknologiske løsninger, som ikke er fuldt implementeret og fører til midlertidige løsninger og arbejdsgange. Disse midlertidige løsninger bliver ifølge informanterne meget let til rutiner i hverdagen, men da de ikke lever op til eller måske endda modarbejder visionerne for patientbehandling- og pleje, samarbejde, logistiske procedurer m.m., så forestår der en opgave med at aflære disse rutiner i takt med, at byggeriet og teknologien er færdig.

Endelig understreger casene, at indflytningen i de nye byggerier er sket samtidig med andre og store organisatoriske forandringer, herunder fusioner. Medarbejdere er tilbøjelige til at fastholde velkendte arbejdsgange i den usikkerhed, som de oplever i overgange til nye organisatoriske rammer. Udviklingsopgaven er derfor ikke nødvendigvis anderledes på de afdelinger, som er i drift i nye bygninger, end i de afdelinger, hvor man udvikler og afprøver arbejdsgange tilpasset

et nyt byggeri, men i eksisterende fysiske rammer. Begge steder er det et væsentligt opmærksomhedspunkt for ledere på klinisk niveau at fastholde opmærksomheden på de mål og visioner, som det konkrete sygehusbyggeri repræsenterer, men ikke indfrier alene.

#### 4.3.2 Samarbejde på tværs

Samarbejde på tværs af faggrupper og organisatoriske enheder fremstår som et generelt opmærksomhedspunkt i alle de sygehusorganisationer, som er repræsenteret i denne undersøgelse. Det er ikke nyt, at tværfagligt samarbejde er udfordrende. Sygehusbyggerierne understreger dog denne komponent via akutmodtagelserne, den reducerede sengekapacitet og overordnede mål om effektivitet som noget, sygehusledelse og afdelingsledere er forpligtet på. Herunder træder patient-flow frem som en ny type opgave, der får meget opmærksomhed. Desuden fremstår økonomi- og budgetstyring som en rammemæssig betingelse, der udfordrer det tværfaglige samarbejde.

##### **Patient-flow som fælles opgave**

Patient-flow som en fælles tværfaglig og tværorganisatorisk opgave handler om sygehusets *samlede* indsats for, at den *samlede* population af indlagte patienter bliver 'lagt i den rigtige seng', hvor de kan blive tilset, behandlet og plejet af personale med de rette kompetencer. Casene i denne undersøgelse peger på, at det ikke bare er de overordnede aftaler eller organisationsstrukturer, der har været afgørende for, at de fx på Akutafdelingen, Slagelse Sygehus, nu omtaler arbejdet med patient-flow som en succes. Etableringen af daglige mødefora, hvor det ansvarlige personale fra alle afdelinger sammen ser på den samlede kapacitet på sygehuset, har også været afgørende for en forståelse af, at lige netop patient-flowet er en fælles opgave. Opgaven 'patient-flow' varetages således på flere niveauer:

- På *afdelingsledelsesniveau* i form af udarbejdelse af retningslinjer og procedurer, der udgør et fælles sæt af rammer for patient-flow (fx procedurer for overdragelse og dokumentation af tilsyn), etablering af funktioner med eksplicit fokus på flow (flow-master funktioner e.l.) og aftaler om den økonomiske håndtering af det delte ansvar for patient-flow.
- På *afdelingsniveau*, hvor relevante afdelinger 1) dagligt opgør og giver udmeldinger om kapacitet og 2) deltager i flow- eller kapacitetskonferencer, hvor det afgøres, hvilke patienter der skal videre ud i afdelinger, hvem der skal blive i korttidssengeafsnit, og hvem der skal udskrives.

Nyere litteratur om ledelse på tværs af organisatoriske og faglige skel peger på, at netop det relationelle og kendskabet til og en fælles forståelse for fælles opgaver såvel som de opgaver, som parterne løser individuelt, samt gensidig respekt og fælles mål har betydning for, om tværfaglig ledelse lykkes (se fx (Gittell 2012, Østergaard, Meier 2016, Brøcker, Ladegaard Bro 2013, Ernst, Chrobot-Mason 2011)). Selvom patient-flow som opgave er forankret og anerkendt på sygehus- og afdelingsledelsesniveau og understøttet af aftaler og retningslinjer, så er det fortsat på det operationelle niveau – i afdelingerne – at opgaven skal løses. Hvis der skal skabes ledig sengekapacitet i akutmodtagelserne, så skal nogle patienter udskrives, og andre skal videre til andre afdelinger. Det er en opgave som flow-mastere og akutmodtagelsernes ledelse ikke kan løse alene. Medarbejdere og ledelse i andre afdelinger skal også vide det, acceptere denne prioritering og handle på det. I casene lader det til, at det gensidige møde og deling af viden om i dette tilfælde kapacitet og flow, har etableret en forståelse af patient-flow som en fælles opgave og en forståelse af, hvordan de involverede aktører hver især kan byde ind med løsninger.

I de udvalgte cases lader det desuden til, at en eksplicit definition af kerneopgaven er et af de greb, som har bidraget positivt til samarbejdet med andre afdelinger og integrationen af nye medarbejdere i afdelingen ved fusioner. Det fokus på patient-flow, som eksempelvis ses i Akutafdelingen, Slagelse Sygehus, er potentielt i konflikt med specialafdelingernes faglige fokus på

og ansvar for individuelle patientforløb. Definitionen af patient-flow som en særskilt kerneopgave knyttet til akutafdelingen har bidraget til en tydeliggørelse af, hvad opgaven går ud på. Patient-flow handler ikke om at overtage en faglig og professionel beslutningskompetence fra specialafdelingerne, men om at sikre et flow i, hvilke patienter der skal indlægges og derfor overflyttes til operations- eller sengeafsnit, og hvilke der skal udskrives direkte fra afdelingen. At definere patient-flow som en kerneopgave har altså *både* været et spørgsmål om at skille opgaven ud fra andre kerneopgaver *og* tydeliggøre, hvordan akutafdelingen og de øvrige afdelinger bidrager til patient-flow.

### **Økonomi og budgetstyring**

I tilknytning til etableringen af nye former for arbejde og ikke mindst samarbejde på tværs af afdelinger knytter sig spørgsmål om økonomi og budgetstyring. Det er indtrykket fra casene, at der er stor tilslutning til de aftaler, der bliver lavet på tværs af organisatoriske enheder. Det er dog også erfaringen, fx fra Akutmodtagelsen på Herlev Hospital, at det er nødvendigt at være eksplicit omkring den måde, som afdelingerne belønnes på – også i en udviklingsfase, da uhen-sigtsmæssige økonomiske belønningssystemer er et potentielt bispænd for udviklingen af det tværfaglige samarbejde. Eksempelvis er det kontraproduktivt, når afdelingerne kommer til at hæfte individuelt for budgetoverskridelser, fordi man bidrager med ressourcer til et patientforløb, som formelt hører til i en anden afdeling. Udvikling og afprøvning af nye former for økonomistyring, som eksempelvis fokuserer på patientnære mål frem for at styre efter DRG-takster (se eksempelvis (Rud Pedersen, KORA 2015)<sup>10</sup>), forløber sideløbende med sygehusbyggerierne og de organisatoriske tilpasninger. Ingen af de udvalgte cases er direkte involveret i projekter om nye økonomiske styringsmodeller, og det er derfor ikke muligt at udlede gode eksempler på løsninger herpå. Det er dog heller ikke tilfældet, at afdelingerne i de udvalgte cases undlader at gå ind i udviklingsarbejdet omkring nye typer af samarbejde, fordi de eksisterende måder at honorere afdelinger og sygehuse på ikke tager højde for netop dette. Det er dog kendetegnende, at de økonomiske spørgsmål bliver håndteret i samarbejde mellem sygehus- og afdelingsledelserne, som udarbejder indbyrdes aftaler om økonomiske fordelingsnøgler.

---

<sup>10</sup> I dette notat nævnes 'Ny styring i et patientperspektiv' fra Region Midtjylland og 'Værdi for borgeren' i Region Sjælland, som eksempler på styring efter patientnære outcome.

## 5 Konklusion

I denne undersøgelse har vi undersøgt, hvilke reorganiseringer sygehusene arbejder med at udvikle, planlægge og implementere i forbindelse med sygehusbyggeri, og hvordan de griber denne udviklingsopgave an. Undersøgelsen viser et bredt spektrum af reorganiseringer fra organiseringen af delte funktioner, håndtering af ændret sengekapacitet, ledelse og bemanning i FAM og til gennemgribende ændringer af organisations- og ledelsesstrukturer.

### **Sammenhængen mellem visioner og reorganiseringer**

Sygehusbyggerierne tager udgangspunkt i et sæt af politiske visioner, der sidenhen er blevet oversat af de enkelte sygehusorganisationer. De reorganiseringer, som er identificeret i denne undersøgelse, knytter sig særligt til visionerne om sammenhængende og integrerede patientforløb samt øget effektivitet i form af fokus på flow og kapacitetsudnyttelse. Desuden har helt konkrete fysiske ændringer, såsom enestuer, fået betydning for arbejdsgangene i de afdelinger, der allerede har taget nye sygehusbygninger i brug. Enestuerne knytter sig til visionerne om sammenhængende i patientforløb samt forløb, hvor patienten bringes i centrum, og på den måde er visionerne også indirekte rammesættende for arbejdet med reorganiseringer via den måde, de nye sygehuse er designet. Det samme gør sig gældende for visionen om effektivitet, der bl.a. kommer til udtryk i form af færre samlede kvadratmeter og senge.

Selvom der til sygehusbyggerierne er formuleret særskilte visioner, så tager disse også afsæt i og understøtter visioner og planer i sygehussektoren, som allerede er i gang og foregår sideløbende med etableringen af en ny sygehusstruktur. Etableringen af fælles akutmodtagelser et eksempel herpå, og det samme gælder interessen for kapacitetsudnyttelse, som heller ikke er unik for det arbejde, som knytter sig specifikt til sygehusbyggerierne. Denne undersøgelse viser imidlertid, at der er en drivkraft i bevidstheden om, a) at de fysiske rammer ændrer sig, fx i form af mindre plads, færre senge, fysisk samlede akutmodtagelser osv., og b) at etableringen af det fysiske hus markerer en deadline, hvor arbejdsgange og organisationsstrukturer skal være færdigudviklet og indarbejdet. Derfor er der blandt sygehusledelse, afdelingsledelse og udviklingsmedarbejdere fokus på, at udvikling, afprøvning og justering af arbejdsgange og organisations- og ledelsesstrukturer skal sættes i gang i god tid.

### **Iterative og lokale udviklingsprocesser**

Undersøgelsen er foretaget i en periode, hvor mange sygehuse endnu eksperimenterer med nye arbejdsgange og organisationsformer i de eksisterende fysiske rammer. Mange af reorganiseringerprojekter, som er præsenteret i rapporten, er i en udviklingsfase, og selv efter ibrugtagning af de nye bygninger er der behov for at foretage justeringer. Det er derfor ikke muligt at afgøre, om nogle typer af reorganiseringer har særlig betydning for sygehusenes efterlevelse af visionerne. Det er desuden værd at bemærke, at sygehusene arbejder med at udarbejde lokale løsninger på mange af de samme udfordringer, herunder eksempelvis bemanning og ledelse af fælles akutmodtagelser og samarbejde omkring tværgående forløb. Der tegner sig derfor et billede af et bredt spektrum af reorganiseringerprojekter. Visionerne udgør en overordnet ramme og mål for udviklingsprojekterne, men den gennemgående strategi for udviklingsarbejdet på tværs af sygehusene er at udvikle de lokale løsninger i iterative forløb, hvor afprøvning og justering foregår løbende.

### **Tre opmærksomhedspunkter i udviklingsarbejdet**

Endelig er de mange sygehusbyggerier en anledning til, på tværs af sygehusorganisationer og forskellige typer af udviklingsprojekter, at undersøge, hvilke udfordringer der opstår undervejs i

disse, og hvordan de er søgt løst. Her peger denne undersøgelse på tre overordnede opmærksomhedspunkter, der kan tjene som inspiration for andre sygehuse i arbejdet med at tilpasse arbejds gange og organisationsstrukturer til de nye fysiske rammer.

#### *Inddragelse af medarbejdere via strukturer for dialog om fælles formål*

Medarbejderinddragelser er væsentligt, fordi det er en måde, hvorpå man kan: 1) sikre medarbejdernes engagement og ejerskab til byggeriet og de tilknyttede udviklingsprocesser, 2) håndtere medarbejdernes eventuelle oplevelse af at gå en usikker tid i møde (nye fysiske rammer, arbejds gange og kolleger) og 3) sikre, at medarbejdernes viden og erfaringer som udførende part kommer i spil. Inddragelse handler imidlertid ikke bare om at lade repræsentanter for afdelinger og faggrupper indgå i arbejdsgrupper, pilotafprøvninger eller forskellige typer af simuleringer. Inddragelse handler også om, at gøre formålet med forandringerne tydelig og skabe en struktur, der sikrer, at medarbejdere kan give udtryk for tvivl, usikkerhed og modstand, og for at sygehus- og afdelingsledelsen kan bidrage med afklaring og konkretisering af formålet, herunder at sygehusbyggeri er en unik mulighed for og anledning til at bidrage til potentielle forbedringer.

Det er en vigtig opgave at sikre et engagement på alle organisatoriske niveauer, og hertil knytter sig også en opgave med at indsamle og besvare medarbejderes spørgsmål, tvivl og usikkerhed og på den måde også bidrage til at understrege rammerne for udvikling, hvor medarbejdere har mulighed for at præge fx fremtidige arbejds gange. Erfaringer fra casene peger på, at medarbejdernes usikkerhed og spørgsmål bringes i spil, når konkrete organisationsstrukturer og arbejds gange diskuteres, afprøves og simuleres, og hvor den systematiske indsamling, håndtering og formidling fortsat er en udfordring, som skal håndteres. Her får ledere og medarbejdere blik for, hvilken betydning de nye rammer får for den måde, som arbejdet skal organiseres på, og hvilke kompetencer eller arbejds gange det er nødvendigt at ændre på. Det understreger vigtigheden af ikke bare at anskue disse afprøvninger som 'træning'. Det er også en anledning til at aktivere den viden, som medarbejdere har om den daglige kliniske praksis, og kan altså bruges aktivt til at indsamle vigtig viden til brug for organiseringen både af det videre udviklingsarbejde og det fremtidige arbejde i de nye fysiske rammer. Den systematiske indsamling og håndtering heraf er imidlertid en opgave, der får relativt mindre opmærksomhed.

#### *Rammer og struktur for udviklingsarbejdet*

Rammer og struktur for udviklingsarbejdet er et andet vigtigt opmærksomhedspunkt. I undersøgelsen identificeres tre forhold, som knytter sig hertil.

For det første er der et dilemma knyttet til den del af udviklingsarbejdet, der handler om at inddrage ledere og medarbejdere i at udvikle nye og visionære ideer for fremtidens sygehus. På den ene side er sygehusbyggerierne en anledning til at tænke helt nyt, men på den anden side er sygehusene underlagt nationale og regionale krav, fx om specialeplanlægning, effektiviseringskrav og tidsmæssige krav om ibrugtagning af de nye bygninger, som man er nødt til at tage højde for. Det understreger vigtigheden af at rammesætte nytænkningen på en måde, der tager højde for:

- At det kan være svært at deltage i en innovativ proces, hvis der ingen rammer er for nytænkningen, herunder at der er et behov for kommunikere, hvad der er til debat – og dermed hvor inddragelse og deltagelse reelt er mulig.
- At der kan være et behov for at lukke nogle diskussioner. Tid er en knap ressource, fordi justering af nye arbejds gange og samarbejdsformer er en tidskrævende proces. Manglen på tydelige beslutninger og markeringer fra ledelsen kan være barriere for, at næste fase i udviklingsprocessen kan komme i gang.

For det andet er pauser i og løbende ændringer af udviklingsarbejdet en præmis, da det er et arbejde, som strækker sig over mange år og foregår sideløbende med andre udviklingsprocesser.

Medarbejdere mister let følingen med udviklingsprocessen. Projektet 'sygehusbyggeri' risikerer at træde i baggrunden for medarbejderne til fordel for daglig drift; det bliver glemt eller opfattet som noget, der først er relevant ved indflytning. Herved risikerer man, at ledere og medarbejdere mister engagementet i den relativt omfattende proces, som knytter sig til at udvikle, afprøve, justere og implementere reorganiseringer. Der er derfor et behov for eksplicit at håndtere, at medarbejdere ikke er permanent involveret i udviklingsarbejdet, men at de typisk bliver inddraget i afgrænsede perioder og projekter.

Undersøgelsen giver anledning til at fremhæve følgende forhold, som kan støtte rammesætningen af hver enkelt udviklingsfase eller -projekt og bidrage til medarbejdernes overblik:

- Hvilke beslutninger der allerede er truffet, og hvad deltagere i workshops, arbejdsgrupper og pilottest kan bidrage til at påvirke
- Hvad er deltagernes rolle i processen: 'testpersoner' i pilotprojekt eller deltagere i en proces, hvor der skal tænkes helt nyt.

For det tredje er ledelsesmæssig forankring og opbakning til forandringsprocesserne et vigtigt opmærksomhedspunkt på sygehusene. Udviklingsarbejdet er en væsentlig og fast del af afdelingernes aktiviteter og en aktivitet, der har betydning for patientbehandling og -pleje. Det er dog også en aktivitet, der ofte kommer i konflikt med den daglige drift, fordi udviklingsarbejdet kræver, at både medarbejderressourcer og fysiske rum bliver inddraget – og dermed taget ud af den daglige drift. Sygehusledelsen såvel som afdelingsledelserne skal engagere sig i arbejdet med:

- At prioritere udviklingsarbejdet sideløbende med driften af sygehuset
- At prioritere mellem flere forskellige udviklingsprojekter, der skal have forskellig prioritet på forskellige tidspunkter.

Derfor er eksplicit forankring af udviklingsopgaven blandt sygehus- og afdelingsledere en væsentlig og anvendt strategi. Helt konkret kommer denne forankring til udtryk via faste mødefora, hvor de implicerede afdelingsledelser – og eventuelt også sygehusledelsen – deltager og diskuterer de arbejdsgange, som er under afprøvning, samt udviklingsprocessen generelt. Dette gælder både på de sygehuse, som er i gang med at udvikle og afprøve nye arbejdsgange og organisationsstrukturer, og sygehuse, som er i drift i nye bygninger, men hvor der er et fortsat behov for tilpasning.

Undersøgelsen peger dog også på, at det er vigtigt at være opmærksom på, at ledelsestyngden også kan være med til at skabe en afstand til det udførende led, som kan få oplevelsen af ikke at være inddraget. Det understreger væsentligheden af at inddrage medarbejdere som beskrevet ovenfor.

### **Fra udvikling af drift til drift i udvikling**

Sygehusene bestræber sig på at lave løbende, men afgrænsede justeringer i de eksisterende arbejdsgange. Erfaringer fra et speciale eller en afdeling kan sidenhen udbredes og afprøves i andre dele af sygehusorganisationen og på den måde medvirke til, at sygehuset i videst muligt omfang er klar til drift i de nye fysiske rammer. Det er dog en væsentlig pointe på tværs af casene, at der er behov for at fastholde fokus på de reorganiseringer, man ønsker, selv når sygehusene er i drift i de nye bygninger. Det er først i mødet mellem nye arbejdsgange og de fysiske rammer, at behovet for justeringer viser sig, eksempelvis når de fysiske rammer ikke som forventet understøtter omorganiseringer, eller man er nødt til at indføre midlertidige løsninger, som sætter andre rammer for arbejdet end først antaget. Adskillelsen af udvikling og drift er derfor mere at betragte som en analytisk adskillelse end en egentlig afspejling af den virkelighed, som sygehusene befinder sig i. Både ledere og medarbejdere skal derfor forholde sig til, at eksperimen-

menter og justeringer ikke stopper ved indflytning, hvilket understreger ledelsens rolle som formidlere af udviklingsprocessen før, under og efter indflytning. Desuden kan der være gavn af at bevare de arbejdsgrupper og mødefora, som blev etableret i afprøvningsfaserne forud for indflytning.



# Litteratur

- Borum, F. 2014, "Organisationsforandring" in *Klassisk og moderne organisationsteori*, eds. S. Vikkelsø & P. Kjær, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 497-522.
- Brøcker, A. & Ladegaard Bro, L. 2013, *Ledelse af akutte patientforløb- Et projekt under Videnscenter for Velfærdsledelse*, KORA, København.
- Brorholt, G. & Christensen, I.E. 2015, *Akuthus Slagelse. Mellemlederes og medarbejderes oplevelse af det nye sygehusbyggeri*, KORA, København.
- Danske Regioner 2013, 31. juli-last update, *Med kvalitet som ledestjerne. Sygehusbyggeri med patienten i centrum*. Available: <http://www.godtsygehusbyggeri.dk/Maal%20og%20styring/Vision.aspx> [2016, 13. sept.].
- Ernst, C. & Chrobot-Mason, D. 2011, *Boundary Spanning Leadership. Six Practices for Solving Problems, Driving Innovation and Transforming Organizations*, McGraw-Hill Education, New York.
- Gaub, H. & Villadsen, H. 2012, "Sygehusledelse i det tomme rum. Byg hospitaler, der vil være nutidige i al fremtid" in *Sund ledelse. 19 bud på god sygehusledelse. 41 teoretikere og praktikere drøfter ledelsesudfordringer i sygehusvæsenet*, ed. K. Weiss, Danske Regioner og Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet, København, pp. 196-205.
- Gittell, J.H. 2012, *Effektivitet i sundhedsvæsenet. Samarbejde, fleksibilitet og kvalitet*, Munksgaard, København.
- Madsen, M.H. 2015, *Emerging and Temporary Connections in Quality Work. An Ethnographic Study of Quality Coordinator Work in Two Danish Hospital Departments (PhD Series 39-2015)*, Copenhagen Business School, Frederiksberg.
- Meier, N., Christensen, I.E. & Louring Nielsen, S. 2013, *Erfaringer med træning og oplæring af personale til at arbejde i nybyggede hospitaler*, KORA, København.
- Møller Pedersen, K. & Petersen, N.C. (eds) 2014, *Fremtidens hospital*, Munksgaard, København.
- Østergaard, S. & Meier, N. 2016, "Ledelse på tværs. Om at skabe sammenhængende forløb i praksis", *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, vol. 92, no. 1, pp. 33-43.
- Reff Pedersen, A. 2015a, "Organisatorisk forandring som hverdagsinnovation. Entrepreneurial myte eller en offentlig værdi?", *Public Governance Research*, vol. 1, pp. 15-28.
- Reff Pedersen, A. 2015b, "Organizational healthcare innovation performed by contextual sense making" in *Managing Change. From Health Policy to Practice*, eds. S. Boch Waldorff, A. Reff Pedersen & Fitzgerald, L., Felie, E., Palgrave Macmillan, New York, pp. 238-253.
- Reff Pedersen, A. & Johansen, M.B. 2012, "Strategic and everyday innovative narratives: Translating ideas into everyday life in organizations", *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, vol. 17, no. 1, pp. 2-17.
- Regeringen & Danske Regioner 2008, *Aftale om regionernes økonomi for 2008*, Regeringen & Danske Regioner, København.
- Rud Pedersen & KORA 2015, *Værdibaserede strategier i sundhedssektorerne med fokus på medicinområdet: Fra skåltaler til virkelighed?* Rud Pedersen A/S; KORA, København.

Ry Nielsen, J.C. & Ry, M. 2014, *Anderledes tanker om Leavitt - en klassiker i ny belysning*, Nyt fra Samfundsvidenskaberne, Frederiksberg.

Seeman, J., Gustafsson, J., Axelsson, R., Axelsson, S.B., Antoft, R. & Fredens, M. 2015, *På vej mod en ny ledelsesorganisation. Rapport fra et følgeforskningsprojekt på Aalborg Universitets-hospital*, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet, Aalborg.

Sundhedsstyrelsen 2007, *Styrket akutberedskab. Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvesen*, Sundhedsstyrelsen, København.

# Bilag 1 Metode

Undersøgelsen er baseret på interviews med 39 ledere og medarbejdere fra i alt 15 sygehusorganisationer. Disse interviews er gennemført i to runder som beskrevet i det følgende.

## Undersøgelsens første del

Undersøgelsens første del er baseret på interview med 20 repræsentanter for i alt 14 somatiske sygehuse, der er i gang med større eller mindre sygehusbyggerier (den endelige liste over kontaktpersoner kan ses i Bilagstabel 1.1). Interviewene til denne del blev gennemført som telefoninterview eller face-to-face interview i efteråret 2015.

Første del af undersøgelsen inkluderer desuden en systematisk gennemgang af skriftligt materiale om sygehusbyggerierne i de fem regioner som empirisk baggrund for denne delrapport.

## Interview

Informanter til de gennemførte interview blev udpeget med hjælp fra projektets følgegruppe. Følgegruppen blev kontaktet med henblik på at udpege 1-2 personer med indblik i de enkelte byggeprojekter og særligt de organisatoriske forandringsprocesser knyttet hertil.

I *Region Hovedstaden* blev vi inviteret til et afklarende møde, hvor vi diskuterede og præciserede de anvendte begreber i kortlægningen, og hvilke organisatoriske niveauer kortlægningen skulle dække. Herefter blev projektet præsenteret på et møde blandt byggeledelserne på regionens sygehuse, som herefter selv foreslog personer til interview. I langt de fleste tilfælde blev personer på direktorniveau udpeget som relevante informanter sammen med personer, som var ansvarlige for byggeorganisationen.

I *Region Sjælland* blev vi henvist til sygehusenes stabschefer, og i interviewet på Sjællands Universitetshospital deltog også sygehusets planlægningschef.

I *Region Nordjylland* er det primære byggeri Det Nye Aalborg Universitetshospital, og herfra blev kontorchefen for sygehusets enhed for Plan & Kvalitet interviewet.

I *Region Midtjylland* blev vi henvist til HR-cheferne for regionens fem sygehusorganisationer. I nogle tilfælde var HR-chefen tilstrækkeligt involveret i byggeprojekterne til at kunne svare på spørgsmålene, hvorimod andre HR-chefer henviste til bygge- og administrationschefer på de respektive sygehuse eller i sygehusdirektionen. På Det Nye Universitetshospital i Aarhus blev vi henvist til en chefkonsulent i sygehusets koordineringsenhed, der er ansvarlig for koordinationen mellem det fysiske byggeri og den kliniske organisation.

I *Region Syddanmark* tog vi selv kontakt til de enkelte sygehuse. Fra Nyt OUH blev en projektkonsulent fra projektorganisationens planlægningsenhed interviewet. Interview på Sygehus Sønderjylland blev gennemført med sygehusets administrationschef.

## Skriftligt materiale

Forud for interviewene gennemførte vi en systematisk screening af byggeprojekternes og/eller regionernes hjemmesider. På baggrund heraf var det muligt at finde svar på en del af de stillede spørgsmål og i særlig grad visionerne for byggeriet. Nye og mere specifikke spørgsmål opstod dog også som følge heraf. Disse spørgsmål handlede eksempelvis om konkrete tiltag og initiativer i relation til de enkelte byggerier, som informanterne blev bedt om at uddybe specifikt for det byggeri, de var involveret i. I nogle tilfælde sendte informanterne supplerende skriftligt materiale

til os, der eksempelvis beskrev den planlagte udviklingsproces, herunder kommissorier for de arbejdsgrupper, som var i gang, tidsplaner og milepæle for denne proces, samt beskrivelser af de værktøjer der var i brug eller under udarbejdelse.

## Undersøgelsens anden del

Anden del af undersøgelsen havde til formål at skabe indblik i udvalgte initiativer til organisationsforandringer i relation til sygehusbyggerierne. Det var altså et selvstændigt formål at udvælge cases, som hver især kunne belyse aspekter af de organisatoriske forandringsprocesser og de faser i udviklingsarbejdet, som blev kortlagt ved undersøgelsen første del.

Til anden del er der i alt foretaget interview med 19 personer (se Bilagstabel 1.2). Interviewene til denne del blev gennemført i januar og februar 2016. Ved denne delundersøgelse lagde vi vægt på fysisk fremmøde på sygehusene for at få et indblik i de fysiske rammer (hvor det var muligt) og desuden for at få en grundig introduktion til de rammer, som udviklings- og forandringsarbejdet foregik under. Et enkelt interview blev dog gennemført som telefoninterview.

Case-beskrivelserne blev sendt til de respektive sygehusorganisationer til kommentering og godkendelse. Det gav i alle tilfælde anledning til mindre rettelser, herunder faktuelle justeringer og sproglige skærper af enkelte pointer. Inden rapportens tidspunkt for udgivelse trak Region Syddanmark sin case tilbage. Casen, som omhandlede dannelsen af en centerstruktur i Sygehus Sønderjylland, blev trukket tilbage, da regionen i forbindelse med tiltrædelse af ny direktion ønskede at gennemføre deres egen tilbundsgående opfølgning på bl.a. den nye centerstruktur. På det tidspunkt, hvor Regions Syddanmark trak casen tilbage, var rapporten skrevet færdigt og godkendt af følgegruppen for 'Godt Sygehusbyggeri'. Derfor indgår den viden, som casen bidrog med som baggrundsviden og der er ikke foretaget ændringer i den tværgående analyse af casene og rapportens samlede konklusioner (afsnit 4 og 5).

## Casevalg

Kriterierne for valg af case var for det første, at alle regioner skulle være repræsenteret, og derudover at de tilsammen skulle afdække forskellige faser i de organisatoriske forandringsprocesser (jf. kapitel 2.3). Følgende cases blev valgt:

*'Klar til NAU'* belyser det indledende arbejde med at definere kliniske koncepter for organisationen i de nye rammer. Denne case tager altså udgangspunkt i en tidlig fase, hvor byggeriet endnu ikke står klar, men hvor sygehuset arbejder med at udvikle arbejdsgange, samarbejdsrelationer og organisationstilpasninger, som skal være færdige forud for indflytning og ibrugtagning. Derudover er NAU et eksempel på et barmarksprojekt, hvor hele organisationen i en nær fremtid skal arbejde under nye rammer.

*Akutmodtagelsen på Herlev Hospital* belyser udviklingen af en akutmodtagelse samt en fase i organisationsudviklingen, hvor forskellige kliniske koncepter bliver afprøvet og justeret som pilotprojekter eller implementeret i den eksisterende fysiske ramme og organisation.

*Sygehus Sønderjylland* og *Akutmodtagelsen på Slagelse Sygehus* belyser begge organisationsforandringer i drift. Casen Sygehus Sønderjylland havde fokus på den overordnede organisationsomlægning fra mindre afdelinger til større klinikker (indgår ikke i rapporten), mens casen Akutmodtagelsen på Slagelse Sygehus har fokus på etableringen af akutmodtagelsen som organisatorisk enhed på sygehuset.

Endelig skal casen, som belyser *voksdugsværktøjet* i Region Midtjylland, belyse den fase, hvor sygehusene arbejder med indflytningen i de nye fysiske rammer, dvs. en fase hvor kliniske koncepter er defineret og eventuelt også implementeret i de gamle fysiske rammer, men hvor den

forestående ibrugtagning kræver træning, simulering og eventuelt justering af arbejdsgangene i de nye fysiske rammer.

## Interview

Udvælgelsen af informanter til denne anden af undersøgelsen foregik i dialog med de enkelte case-organisationer, som udover at bidrage med planlægningen også bidrog med at udpege relevante personer til interview. Der blev i alle tilfælde lagt op til, at kontaktpersonerne for de enkelte case-organisationer foreslog og udpegede ledere, udviklingspersonale eller medarbejdere, som kunne bidrage med indsigter i den fase, som casen skulle belyse.

### 'Klar til NAU'

På Aalborg Universitetshospital er der etableret en udviklingsorganisation 'Klar til NAU', som bl.a. består af et omstillingsspor, der skal stå for udvikling og afprøvning af nye organisationsformer og arbejdsgange inden for udvalgte kliniske områder. I 2015 har projektgrupperne arbejdet med udvælgelsen af et koncept, som de skal arbejde videre med i 2016. Vi valgte i samarbejde med Planafdelingen på Aalborg Universitetshospital fire delprojekter i 'Klar til NAU' med henblik på at gennemføre interview med formændene for disse arbejdsgrupper. Arbejdsgrupperne var ikke lige langt i arbejdet, og vi valgte at tage udgangspunkt i nogle af dem, som på interviewtidspunktet havde udpeget fokusområder, herunder arbejdsgruppen, som arbejdede med operationsfunktionen, intensiv og sengeafsnit. Derudover interviewede vi formand og administrativ medarbejder i den koordinerende gruppe for de kliniske områder.

Desuden var en medarbejder i Planafdelingen behjælpelig med at introducere detaljerne i både det fysiske byggeri og de overvejelser, som ligger bag 'Klar til NAU'.

### Sygehus Sønderjylland

På Sygehus Sønderjylland blev en centerleder samt sygehusets direktør og udviklingschef interviewet. Valget af centerchefer var baseret på et forslag fra sygehusadministrationen og bestod således af Akutcenteret, Center for Ortopædi og Medicin og Familiecenteret.

Desuden gennemførte sygehusets administrationschef en rundvisning på sygehuset med særlig henblik på nybyggeriet.

### Akutfdelingen, Slagelse Sygehus

På Slagelse Sygehus skulle interviewene omhandle den relativt nyetablerede dannelse af Akutfdelingen, som er én af regionens fælles akutmodtagelser. Der var aftalt interview med afdelingens ledende overlæge, en af to afdelingssygeplejersker og en udviklingskonsulent. Det endte dog med, at interviewet kun blev gennemført med afdelingssygeplejersken.

### Akutmodtagelsen, Herlev Hospital

Interviewene på Akutmodtagelsen på Herlev Hospital blev gennemført med ledelsen for Akutmodtagelsen, ledende overlæge for Medicinsk Afdeling, ledende overlæge for Radiologisk Afdeling og tre overlæger (fra henholdsvis Medicinsk Afdeling, Gastroenheden og Pædiatrisk Afdeling), som havde været involveret i byggeriets udvikling.

### Voksdugen, Region Midtjylland

Interviewene i voksdugscasen blev gennemført med innovationschefen på AUH og den udviklingskonsulent, som har været en primær drivkraft i udviklingen og ibrugtagningen af voksdugen.

## Analyseramme

Udgangspunktet for undersøgelsen er, at visioner ikke kan opnås ved nye fysiske rammer alene. Byggerierne tager afsæt i en række visioner for fremtidens sygehus, der udtrykker et behov for og ønske om forandring. Arkitekturen og den valgte teknologi tager afsæt i disse visioner og kommer til at udgøre en bestemt fysisk ramme for fremtidens sygehus. Disse rammer skal dog befolkes og tages i brug af patienter, af personale og af ledelse på alle organisatoriske niveauer.

Derfor tager undersøgelsen udgangspunkt i Leavitt's model for organisationsforandring (Ry Nielsen, Ry 2014) som analyseramme, da denne model udpeger en bred vifte af variable, som kan bruges til at forstå og beskrive organisationer og organisationsforandringer. Leavitt's model bestod oprindeligt af fire variable: *opgaver*, *aktører*, *strukturer* og *teknologier* og er siden blevet udvidet med variablene: *omverden*, *organisationskultur*, *belønningssystemer*, *fysiske rammer* og *visioner*. Disse variable er brugt som udgangspunkt for at spørge ind til og forstå, hvor og hvordan arbejdet med at reorganisere sygehusene praktiseres i samspil med visionerne for fremtidens sygehuse og nye fysiske rammer: Hvad er genstand for forandring, hvilke udfordringer opstår i denne forandringsproces, og hvilke løsninger etablerer sig?

Leavitt's model har været kritiseret for at være upræcis i definitionen af de enkelte variable, og hvilke organisationsteoretiske tilgange den trækker på. Det er imidlertid ikke denne undersøgelses formål at redegøre for eller udvide modellen og dens delelementer eller bidrage med nye perspektiver på forståelse af organisationsforandringer generelt. Det er dog vigtigt at tydeliggøre, hvad vi i denne undersøgelse mener, når vi refererer til variablene – dette ikke mindst fordi denne undersøgelse bevæger sig i et krydsfelt mellem sygehusenes udvikling og drift. De otte variable i modellen er derfor udfoldet i modellen nedenfor i relation denne undersøgelses genstandsfelt.

## Organisationsforandring med udgangspunkt i Leavitt's model

### *Opgaver:*

Behandling og pleje af patienter, herunder diagnostik og logistik. Desuden opgaver relateret direkte til de nye sygehusbyggerier og ibrugtagningen heraf samt en række organisatoriske processer, herunder også fokus på nye opgaver som fx ledelse af patientforløb.

### *Aktører:*

De personer, som direkte bidrager til at udføre kerneopgaven (dvs. klinisk personale og klinisk ledelse) og administrativt personale, personale i byggeorganisationer, sygehusledelse m.m., som bidrager til udviklingsprocesserne.

### *Struktur:*

Organisations- og ledelsesstrukturer, procedurer for kliniske arbejdsgange samt retningslinjer herfor, mødefora m.m.

### *Teknologi:*

Fysiske rammer: byggerierne, rumfordeling og brug, teknologiske løsninger.

### *Visioner:*

Drømmen om fremtiden, målet.

### *Kultur:*

Grundlæggende antagelser, der udgør en kilde til værdi og handling, her særligt specialestrukturen og den monofaglige organisering.

### *Belønningssystemer:*

DRG-takster, men også effektiviseringskravet indlejret i kvalitetsfondsmidlerne.

### *Omverden:*

Patienter, samarbejdspartnere i fx kommuner og almen praksis.

**Bilagstabel 1.1** Informanter til undersøgelsens del 1

Region		
Hovedstaden	Det nye Rigshospital og Nyt Glostrup Hospital	Projektdirektør Henrik Eriksen (Rigshospitalet) Centerdirektør Morten Christiansson (Glostrup)
	Nyt Herlev Hospital	Vicedirektør Anne Gram Seniorkonsulent Kurt Pedersen
	Nyt Hospital Nordsjælland	Direktør Bente Ourø Rørth Vicedirektør og projektdirektør Henrik Schødts
	Nyt Hospital Bispebjerg	Vicedirektør Kristian Antonsen Vicedirektør og projektdirektør Claes Brylle Hallqvist
	Nyt Hospital Hvidovre	Projektdirektør Finn Bloch (Byggeafdelingen) Ledende overlæge Claus Lund (Anæstesiologisk Afdeling)
Sjælland	Køge/Roskilde Sygehuse	Stabschef Jens Buch Nielsen Planlægningschef Signe Birck Müller
Nordjylland	Nyt Aalborg Universitetshospital	Kontorchef Mette Mulvad (Plan og Kvalitet)
Midtjylland	Det Nye Hospital i Vestjylland, Gødstrup	HR-chef Lasse Plougstrup Hansen (Hospitalsenheden Vest)
	Det Nye Universitetshospital i Aarhus	Chefkonsulent Birgitta Bælum (Planlægning, Koordinations- enheden)
	Regionshospitalet Viborg	Hospitalsdirektør Lars Dahl Pedersen (Hospitalsenhed Midt)
	Regionshospitalet Horsens	Administrationschef og chef for byggeri Thomas Balle Kristensen (Hospitalsenheden Horsens)
	Regionshospitalet Randers	Projektleder Jacob Pedersen (kort samtale efterfulgt af fremsendelse af supplerende materiale)
Syddanmark	Nyt Odense Universitetshospital	Projektkonsulent Tommy Laugesen (Planlægning)
	Sygehus Sønderjylland	Administrationschef Jesper Møller-Iversen



**Bilagstabel 1.2** Informanter til undersøgelsens del 2

Institution	
Sygehus Sønderjylland	Sygehusdirektør Finn Jensen Udviklingschef Jan A. Toft Centerchef Helle Overgaard (Akutcenter) Centerchef Anne Sophie Brodersen (Ortopædi og Medicin) Centerchef Pernille Kjær (Familiecenter)
NAU	Overlæge Odd Ravlo, formand for arbejdsgruppen 'Operationsfunktion' Klinikchef Nils Lauge Johannesen, formand for arbejdsgruppen 'Intensiv' Klinikchef Lene Birket-Smith, formand for arbejdsgruppen 'Sengeafsnit' Klinikchef Per Gandrup, formand for det koordinerende arbejde i det kliniske spor Konsulent Marit Agerbæk, Plan
Herlev Hospital, Akutmodtagelsen	Ledende oversygeplejerske Susanne Juul, Akutmodtagelsen Ledende overlæge Lisbet Isenberg Ravn, Akutmodtagelsen Ledende overlæge Finn Rønholt, Medicinsk Afdeling Ledende overlæge Michel de Nemery, Radiologisk Afdeling  Deltagere i brugergruppen i forbindelse med Planlægning af Herlev Ny Fælles Akutmodtagelse: Kirurgisk speciallæge Thomas Boel, Gastroenheden Børnelæge Marianne Sjølin, Børne- og ungeafdelingen Medicinsk speciallæge Ulla Balsslev, Medicinsk Afdeling
Slagelse Hospital, Akutafdelingen	Afdelingssygeplejerske Birgitte Larnkjær
Voksdugen, Region Midtjylland	Head of Innovation Karen Ingerslev, AUH Organisationskonsulent Kasper Bjørn, Koncern HR, Region Midtjylland



**Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00