

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen

98. årgang · Nr. 4 · Juni 2022



TEMA: Nordisk ledelse i sundhedsvæsenet

- Distanceledelse i et tværkulturelt sundhedsvæsen
- Der er behov for systematiske ændringer i det svenske sundhedsvæsen
- De nordiske lande opnår ensartede resultater ved forskellige organiseringer
- Sundhedsvæsenet på Færøerne er lig det danske – dog med undtagelser



Dansk Selskab for ledelse
i Sundhedsvæsenet

Danish Health Care Journal

98. årgang 4/2022

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen udgives af Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet. ISSN: 2245-7100.

Kopiering fra tidsskriftet må kun finde sted på institutioner, der har indgået aftale med Copydan.

Artikler til TFDS: Se forfattervejledning på www.dssnet.dk

Kommende deadlines:

Septemberudgaven: 15. august 2022

Oktoberudgaven: 20. september 2022

Novemberudgaven: 17. oktober 2022

Decemberudgaven: 15. november 2022

Redaktionsudvalg

Peter Mandrup Jensen (formand)

Ejer, MANDRUPkonsult

E-mail: pmj001@outlook.dk

Jens-Otto Skovgaard Jeppesen

Adm. direktør, Specialhospitalet FILADELFIA

E-mail: jesje@filadelfia.dk

Lene Pedersen

Konsulent, PAR3

E-mail: lene@par3.dk

Dorte Rørmann

Rådgivning og projektledelse, selvstændig

E-mail: dr@dorteroermann.dk

Charlotte Fuglesang

Sygeplejefaglig direktør, Regionshospital Nordjylland

E-mail: c.fuglesang@rn.dk

Redaktion

Peter Mandrup Jensen

E-mail: pmj001@outlook.dk

Redigering: Nicolai Döllner og Natacha Houlind Petersen

E-mail: dollner.dss@gmail.com, npetersen.dss@gmail.com

Abonnement: Abonnement på TFDS oprettes på www.dssnet.dk.

Pris: kr. 500,00 incl. moms for 8 årlige onlineudgaver.

Henvendelse om medlemsoptagelse i DSS og om ændringer i medlemsregistrering rettes til:

Kasserer Kristina Falk Elveng

E-mail: kristina.falk.elveng@regionh.dk

Layout og produktion: ProGrafisk ApS · Tlf. 63 38 39 40

Forsidefoto:

Vagn Bach

■ Synspunkter

Perspektiver på ledelse i sundhedsvæsenet i de nordiske lande / 4
Af Dorte Rørmann og Lene Pedersen

Er vores løsninger afkoblet fra de virkelige problemer? / 6
Af Anna Krohwinkel og Hans Winberg

■ TEMA: Nordisk ledelse i sundhedsvæsenet

GRØNLAND: Distanceledelse i et tværkulturelt sundhedsvæsen / 10
Af Amalie Sofie Nielsen

SVERIGE: Der er behov for systematiske ændringer i det svenske sundhedsvæsen / 24
Af Anna Krohwinkel og Hans Winberg

NORGE: De nordiske lande opnår ensartede resultater ved forskellige organiseringer / 36
Af Terje P. Hagen

FÆRØERNE: Sundhedsvæsenet på Færøerne er lig det danske – dog med undtagelser / 46
Af Pål Weihe

■ Sundhedsvæsenet lige nu

Ledelsesspænd er meget mere end et bestemt antal medarbejdere / 50
Af Ellen Margrethe Madsen, Christian Bøtcher Jacobsen og Lars Dahl Pedersen

Løft foden fra speederen og lug ud i det unødvendige / 60
Af Susanne Axelsen, Pernille Holmberg Laursen, Camilla Flintholm Raft og Maria Høffer

TEMA

Nordisk ledelse i sundhedsvæsenet

Redaktører: Lene Pedersen og Dorte Rørmann

5 pejlemærker for ledelse i fremtidens sundhedsvæsen

Et stærkt, offentligt sundhedsvæsen kræver tydelige pejlemærker, ikke mindst i en tid præget af reformer, nye krav og nye muligheder og en demografi under stærk forandring.

Hvilke krav stiller det til ledere? Det har Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet bedt 20 fremtrædende ledere, sundhedsprofessionelle, forskere og patienter om at give deres bud på.

150 kr. for medlemmer af DSS.

Andre: 200 kr.

Send en mail til Kristina Falk Elveng:
kristina.falk.elveng@regionh.dk



Forfattere: Hosea Dutschke, Christian Freitag, Pia Gjellerup, Hans Peder Graversen, Gorm Greisen, Steen Hildebrandt, Jens Winther Jensen, Peter Mandrup Jensen, Jens Otto-Skovgaard Jeppesen, Per Jørgensen, Eva Sejersdal Knudsen, Eddi Meier, Lars Dahl Pedersen, Jakob Riis, Finn Rønholt, Janne Seemann, Karen Toke, Signild Vallgård, Sidsel Vinge og Kirsten Wisborg

Perspektiver på ledelse i sundhedsvæsenene i de nordiske lande

De nordiske lande organiserer deres sundhedsindsats på vidt forskellige måder. Alligevel opnår vi alle stort set de samme resultater. Og inspirationen flyder over landegrænserne.

Af Dorte Rørmann og
Lene Pedersen

Der er netop vedtaget en mindre sundhedsreform i Danmark, som i bedste fald vil styrke den igangværende udvikling i retning af mere nærhed, lighed og sammenhæng, men som næppe vil skabe markante ryk på kort tid.

I dette temanummer sætter vi spot på Norge, Sverige, Færøerne og Grønland. Her vil man kunne læse, at den høje kvalitet i sundhedsvæsenene i de nordiske lande ikke afhænger af, om ejerskabet og styringen

er regional eller statslig. Måske væsentlig inspiration til den kommende tid i Danmark.

De nordiske sundhedsvæsenene er alle kendetegnet ved høj kvalitet, selv om Norge har statsligt ejerskab af sygehuse, mens de øvrige lande har forskellige former for regionalt ledede sygehuse. Det fælles er, at alle nordiske lande i mange år har arbejdet på at styrke det nære sundhedsvæsen samt sammenhængen mellem det almene og specialiserede.

Temanummeret rummer interessante perspektiver, som kan give inspiration til debatten om udvikling

af ledelse i sundhedsvæsenet. Man kan blandt andet læse:

- At der ikke er problemer med rekruttering af sygeplejersker på Færøerne og hvorfor.
- At ryggraden i det grønlandske sundhedsvæsen er de mange fastansatte, selvom vi ofte kun hører om danske vikarer, og hvordan digitale sundhedsydelse kan skabe tilgængelighed, når afstandene er store.
- At det mere er udviklingen af medicinsk teknologi, der skubber på og skaber forandringer i det norske sundhedsvæsen, end det er den overordnede struktur i form af statslig styring af sygehusene.

- At når opgaverne i Sverige ændrer sig mod mere forebyggelse og inddragelse af patienten, er der brug for strukturer, der understøtter kontekstbaseret viden og tværprofessionelt forbedringsarbejde.

Forfatterne giver korte overblik over struktur og hovedlinjer for ledelse af sundhedsvæsenet i deres eget land og belyser de vigtige udfordringer, der arbejdes på at løse.

Udfordringerne med at skabe mere nærhed i sundhedsydelser og sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer (f.eks. kommuner og sygehuse) er som nævnt et af de emner, der går igen. Det kalder på løsninger både helt lokalt mellem ledelser, men også landspolitisk.

I selskabets nye debatoplæg i bogen »5 Pejlemærker for ledelse i fremtidens sundhedsvæsen« er temaet om et integreret sundhedsvæsen tillige et gennemgående emne med mange vigtige perspektiver fra centrale meningsdannere. Måske har du allerede haft mulighed for at læse den.

Vi håber, at vi kan blive ved med at kigge ud og finde inspiration. I de nordiske lande behøver vi ikke kigge langt, og samtidig deler vi grundværdierne omkring demokratiske spilleregler og lige adgang for mennesker med behov for sundhedsydelser.

Rigtig god læselyst!



Om forfatterne

Lene Pedersen

Partner, PAR3



Dorte Rørmann

Selvstændig



Kig ind på DSS' website

– som er let at bruge fra mobiltelefoner, og hvor det er muligt at læse artikler fra tidsskriftet direkte på sitet.

Er vores løsninger afkoblet fra de virkelige problemer?

De nordiske lande henter i stor stil inspiration fra hinanden, når det kommer til strukturen af sundhedsvæsenet. Men det løser ikke problemerne, for ligegyldigt hvor magten er placeret, er der udfordringer.

Af Anna Krohwinkel og
Hans Winberg

De nordiske sundhedsvæsen har deres rødder i sidste del af det 18. århundrede og i det 19. århundrede. Dengang kunne man kun udføre en brøkdel af de medicinske og øvrige indgreb, som vi er i stand til at udføre i dag.

Personer, der ikke døde af deres sygdom eller af behandlingen, blev enten sendt direkte tilbage på arbejde eller til en form for forsorg i kommunerne. På det felt har billedet stort set været det samme i hele

Norden. Der findes stadig tydelige spor af det i dag, ikke mindst i grænseområderne mellem den kommunale pleje og den regionale og statslige sundhedssektor.

En både langvarig og dybdegående specialisering gjorde i løbet af det 20. århundrede forskellene næsten endnu mere markante, til trods for at også de kommunale virksomheder udviklede sig i mere professionel retning.

Udvikling foregår ikke uproblematisk

I Norden forsøger vi ofte at hente inspiration og ideer hos hinanden,

og i den henseende er der kolossalt store muligheder landene imellem. Vi deler mange værdier, befinder os på stort set samme udviklingstrin og har en indbyrdes opfattelse af vores samfund som velfærdssamfund, hvor samtlige indbyggere har den bedst mulige trivsel livet igennem.

Dog er der et spørgsmål, som vi skal huske at stille os selv, før vi begynder at lave sammenligninger: Er det, som vi interesserer os for med hensyn til reformerne, præsentationerne og ambitionerne med dem, eller er det snarere resultaterne af dem?

I årenes løb har vi modtaget talrige udenlandske gæster, som har undret sig over, hvordan vi i Sverige er i stand til at gøre den ene eller den anden ting så godt. Den slags spørgsmål virker ofte overraskende på dem, som arbejder i sundhedsvæsenet og måske slet ikke deler billedet af, at udviklingen foregår uproblematisk.

Det kan også ses som et tegn på, at vi er gode til at kommunikere og gerne vil holde fast i skønmalerier, men er knap så gode til at tage hånd om og interessere os for det, der i virkeligheden er sket.

Afkoblet fra de virkelige problemer

I vores sundhedsvæsener har der været taget mange initiativer til reformer, og der bliver stadig taget mange. Spørgsmålet er, om de løsninger, som vi tager i brug, også er passende afstemt til problemerne, eller om vi blot står med en række nydelige fikse og færdige ideer og løsninger, som med tiden er blevet stadig mere afkoblede fra de virkelige problemer?

Det lader til, at det sidste er til-

fældet, når man ser, hvor konsekvente og hyppige de grundlæggende problemer er med hensyn til arbejdsmiljø, manglende sengepladser, koordineringsproblemer og uligheder.

I alle lande diskuteres det, hvorvidt der skal være mere eller mindre statslig styring, men i de enkelte nordiske lande har vi valgt at følge delvist forskellige kurser på det område. Der skeles gerne til mere statsligt styrede systemer hos dem, der har større regionale islæt og omvendt.

I Sverige ser man med begejstring på den centrale styring i Norge og Danmark, mens man i Finland forsøger at bygge bro mellem det statslige og lokale (kommunale) ved at indføre amtslige råd. Det lader til, at problemer med kvaliteten, måling af resultaterne og udfyldning af forskelligartede huller bliver ved med at være der, uanset hvilken strukturløsning vi vælger at benytte os af.

Inspiration fra hinanden

Der ligger en fælles udfordring i, at sygehusvæsenet og sundhedssektoren fungerer adskilt fra den kommunale pleje og omsorg. Også her kigger vi i Norden på hinanden for at se, hvilken struktur naboen benytter sig af. Er den nationalt, regionalt eller lokalt baseret?

Når grænserne mellem kompetence- og ansvarsområderne rykkes, fører det som regel til en kamp om finansieringen, og kommunerne, som naturligvis er mindre end både staten og regionerne, føler sig let trængte.

Samtidig vil de virkelige problemer eksempelvis i samarbejdet på tværs af organisatoriske grænser aldrig helt kunne udraderes. I stedet for at lukke øjnene for dem er man nødt til at bygge bro over grænserne mellem ansvarlige myndigheder, professioner, behandlingsenheder og de aktuelle brugere og pårørende.

Stærke kræfter på spil

Hvorfor oplever vi så, at vi er under et konstant stort pres for at »gøre et eller andet«? Politikere, ledere og ansatte er både frustrerede og utålmodige. Patienter og brugere bliver sat mellem to stole.



For helt at forstå hvad der foregår, er vi nødt til at kigge på de mere grundlæggende forandringskræfter, som er med til at drive behovet for omstilling. Der er tale om stærke kræfter, som også er globale og delvist ligger uden for det enkelte lands kontrol.

Den medicinske udvikling gennemgår en revolution, og jo bedre forståelse vi får af menneskets biologi, jo bedre og mere fantastiske redskaber får vi til at behandle og lindre lidelser. Dertil kommer den digitale revolution, som forandrer de ting, som vi er i stand til at gøre, og hvordan vi efterfølgende gør dem.

Bygninger og institutioner – som eksempelvis sygehuse, der er knyttet til et givet sted – bliver udfordret af løsninger, som virker smartere og billigere, og som det er muligt for

patienterne at anvende direkte i deres eget hjem (eller for den sags skyld på arbejdet).

Ingen tid til ævl og kævl

I sundhedssektoren handler den bærende idé i organiseringen stadig om diagnoser og det kliniske, og der fokuseres i udpræget grad på, at de medicinske kompetencer er tilstrækkelige.

Uden for det offentlige system finder den hurtigste udvikling også sted blandt dem, der er i stand til at kombinere forskellige kompetencer med hinanden og i stand til samtidig hele tiden at drage nytte af meget store mængder af data.

Den slags kræver kompetencer inden for it, matematik og adfærdsforskning – og indgående medicinsk kompetence. På fronten, hvor udviklingen foregår, er der ikke tid til fag-



Om forfatterne

Anna Krohwinkel

Forskningschef,
tænkertanken
Leading Health Care



Hans Winberg

Generalsekretær,
tænkertanken
Leading Health Care



lige stridigheder eller ævl og kævl om, hvem der skal betale eller skrive brugerne på ventelister.

Spørgsmålet bliver derfor, om vores sundhedsvæsen har tid til den slags?

Oversat af Jacob Giese

Ilulissat Sygehus.



Ilulissat

Distanceledelse i et tværkulturelt sundhedsvæsen

Der er meget læring i at drive et tværkulturelt sundhedsvæsen i et uvejsomt og enormt land som Grønland. Oprindeligt danske værdier for sundhed er tilpasset grønlandske forhold, og der er vigtige broer at bygge, bl.a. sprogligt med dansksprogede journaler og klinikere.

Af Amalie Sofie Nielsen

Det Grønlandske Sundhedsvæsen betjener en lille befolkning på 56.000 mennesker. Fra det nordligste til det sydligste punkt er der ca. 2.600 km, og befolkningen bor spredt på den 44.000 km lange kystlinje. Langt de fleste bor på vestkysten. Byer og bygder ligger isoleret fra hinanden og tilgås via fly, helikopter eller båd, da der ingen veje er.

Den øverste ledelse er Sundhedsledelsen bestående af direktøren,

chefsygeplejersken og cheflægen. Sammen med regions-, område- og stabsledelser udgør de en samlet ledelse for ca. 1.600 ansatte i sundhedsvæsenet, som er fordelt på 74 geografiske lokationer.

Sundhedsledelsen refererer til Peqqissutsimut Naalakkersuisoqarfik, som er det grønlandske sundhedsministerium, der hører under Naalakkersuisoq for Sundhed (Landsstyremedlem med ansvar for sundhedsområdet) og udstikker de økonomiske rammer og politiske målsætninger, der skal efterleves.

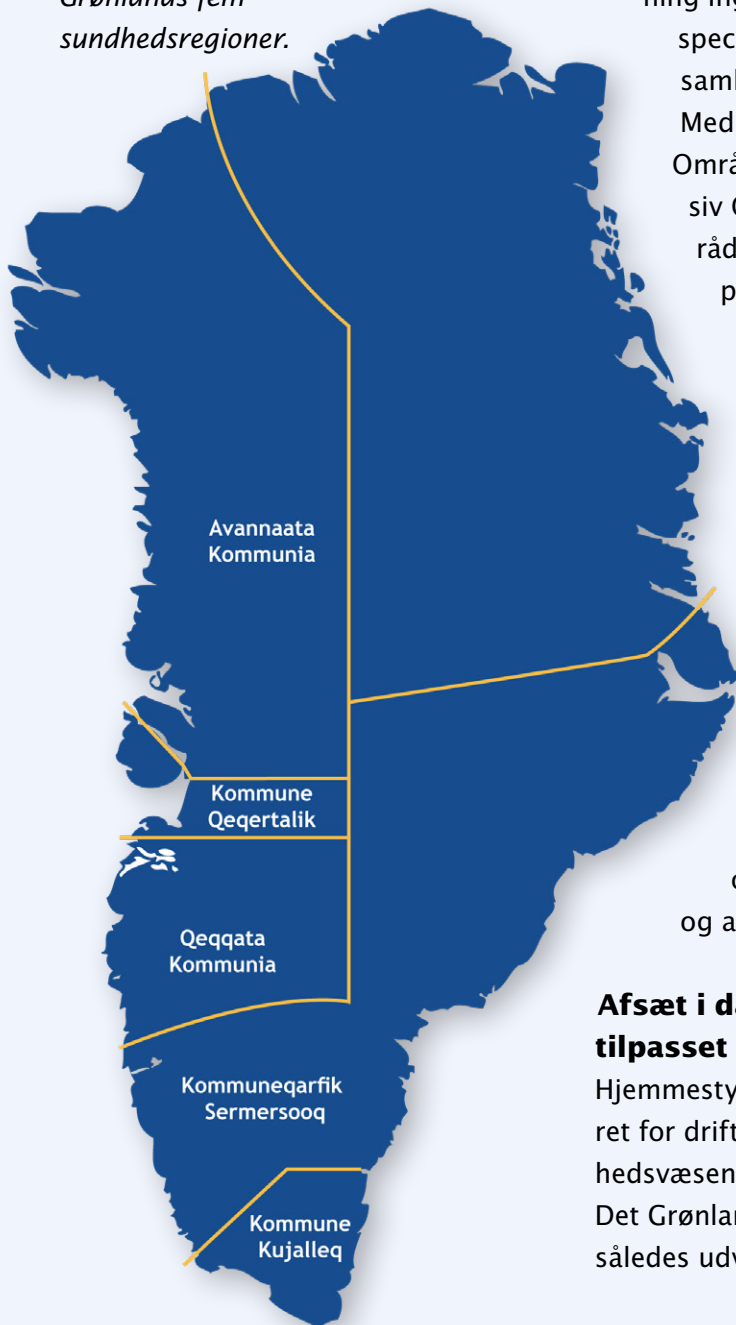
Sundhedsregioner i tæt dialog

Sundhedsvæsenet er organiseret i fem sundhedsregioner i lighed med landets fem kommuner.

Hver af de fem sundhedsregioner ledes af en regionsledelse med reference til Sundhedsledelsen. Regionsledelserne består af en ledende regionslæge og en ledende regionssygeplejerske. De har det overordnede ansvar for regionssygehuset, et antal sundhedscentre i tilhørende byer og bygdekonsultationer i bygderne.

Regionsledelserne er i tæt dialog med landshospitalet i Nuuk, Dron-

Grønlands fem
sundhedsregioner.



ning Ingrid's Hospital, hvor de specialiserede funktioner er samlet i kliniske områder: Medicinsk Område, Kirurgisk Område, Operation- og Intensiv Område, Psykiatrisk Område, Diagnostisk & Terapeutisk Område, Landsapotek, Landstandplejen og Steno Diabetes Center. Dertil kommer Det Grønlandske Patienthjem, som ligger i Danmark.

Sundhedsledelsen og regions- og områdeledelserne bliver serviceret af en række stabsfunktioner, som sidder i Nuuk og understøtter organisationen strategisk og administrativt.

Afsæt i danske værdier tilpasset Grønland

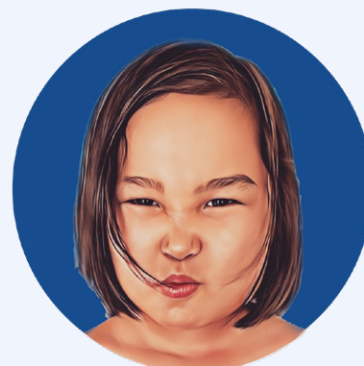
Hjemmestyret overtog i 1992 ansvaret for drift og udvikling af sundhedsvæsenet fra den danske stat. Det Grønlandske Sundhedsvæsen er således udviklet med afsæt i en

række danske værdier, som løbende er tilpasset de grønlandske forhold, og der er stadig et tæt samarbejde med det danske sundhedsvæsen på en række områder.

Det Grønlandske Sundhedsvæsens 1.600 ansatte er fordelt over hele landet. En del medarbejdere, hovedsageligt læger og sygeplejersker, kommer fra Danmark, og journalsproget er dansk, selvom det officielle sprog i landet er grønlandsk. Det stiller store krav i det tværkulturelle møde mellem personale, patienter og pårørende.

Uanset om du er grønlandsk eller dansk leder, er det vigtigt at have forståelse for forskelligheder i sprog, kultur og ledelsestilgang. Som grønlandsk leder vil man opleve, at danske medarbejdere generelt er mere talende end de grønlandske kolleger. Og for danske ledere er det eksempelvis en fordel at vide, at man i Grønland er mere nonverbal i sin kommunikation.

Smil, løftet øjenbryn og tiltet hovedet, er et hej. Løftet øjenbryn, er et ja. Øjenbryn, som rynkes og forbliver nede, er et nej.



Smil, løftet øjenbryn og tiltet hovedet, er et hej. Løftet øjenbryn, er et ja. Øjenbryn, som rynkes og forbliver nede, er et nej.

Når sundhedspersonalet taler dansk

Tolkene i sundhedsvæsenet har en central rolle som bindeled mellem patienter og klinikere. Der bruges mange tolketimer til konsultationer, behandlinger og oversættelse af tekst. Det er en stor faglig udfordring at sikre, at det sagte bliver tolket og videreformidlet som intenderet. Tolkefunktionen er helt essentiel i sundhedsvæsenet.

Befolkningen har naturligvis et stort ønske om, at personalet taler grønlandsk. Det er dog ikke muligt at rekruttere tilstrækkeligt grønlandsktalende personale til at dække alle sundhedsvæsenets stillinger.

Sundhedspersonale en mangelvare

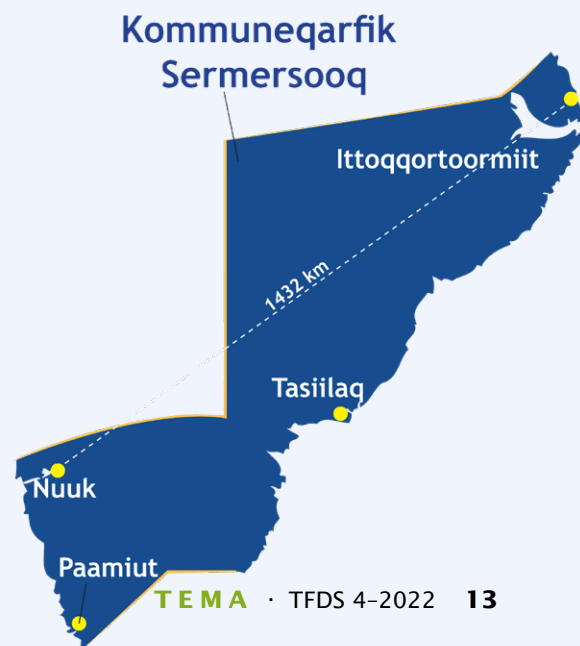
I Det Grønlandske Sundhedsvæsen er ca. to tredjedele af medarbejderne fastansatte og mange har en høj anciennitet.

Den sidste tredjedel er korttidsansatte og vikarer med en høj omsætning. Det betyder at der årligt laves ca. 1.400 ansættelseskontrakter.

Det er et stort ledelsesmæssigt ansvar at sikre, at det fastansatte personale ikke løber træt i mødet med nye kolleger, som skal oplæres.

I et lille sundhedsvæsen er paletten af opgaver mangfoldig og langt bredere end det, mange korttidsansatte og vikarer kommer fra. Alle medvirker til at løse de opgaver, der

er i fællesskab. Der kan eksempelvis i perioder være mangel på fysisk tilstedeværende læger, og det betyder, at det resterende sundhedspersonale får flere opgaver og større ansvar.





Distanceledelse er en vanskelig disciplin

Digital distanceledelse fordrer, at medarbejderne understøttes i at arbejde selvstændigt, og at man husker at anerkende og fejre succeser.

Af Amalie Sofie Nielsen

Den store geografiske afstand kræver et sundhedsvæsen, hvis enheder er i tæt dialog. Det kender ledende regionssygeplejerske Inuuti Fleischer for Region Sermersooq alt til. Hun er til daglig fysisk placeret i Nuuk, og leder landets største sundhedsregion i verdens geografisk største kommune.

Regionsledelsen leder ca. 145 medarbejdere og betjener over 23.000 borgere, hvoraf flest befinder sig i henholdsvis Nuuk og Paamiut, der ligger i Vestgrønland samt Tasiilaq og Ittoqqortoormiit, som ligger i Østgrønland.

Digital distanceledelse

God ledelse kræver nærvær og tilstedeværelse, men hvordan praktiseres dette, når der er stor fysisk distance mellem medarbejder og leder? Det stiller større krav til dine kompetencer som leder.

Inuuti Fleischer forsøger at skabe tilstedeværelse og nærvær med faste ugentlige Teams-møder og ellers daglig kommunikation via Teams, e-mail eller et telefonopkald.

»Jeg kan jo ikke være fysisk til stede alle vegne, derfor har jeg et stort fokus på at understøtte medarbejderne i at løse tingene selv. Det kræver, at jeg som leder kan forstå medarbejdernes situation og hjælpe dem til selv at finde frem til

de rigtige løsninger. Det kræver gode spørgeteknikker, lytteevner og vejledning. Det er i sig selv en svær disciplin, og naturligvis bliver det ikke lettere af, at det skal praktiseres digitalt. Digital kommunikation kan ikke stå alene, og jeg besøger derfor også sundhedsenhederne med jævne mellemrum,« siger hun.

Anerkendelse og succes skal fejres

Det hele begynder med den gode relation, så i forbindelse med ansættelse af nyt personale er det prioriteret, at nyansatte skal forbi Inuuti Fleischers kontor til introduktion. Det er vigtigt for Inuuti Fleischer at sørge for, at hendes medarbejdere bliver set og hørt, samt fø-

ler sig anerkendt og fejret, når de har succes i jobbet.

Inuuti Fleischer forsøger så ofte som muligt at besøge byerne uden for Nuuk for at møde medarbejderne fysisk, der hvor de er. Ved de fysiske besøg afholdes personale-møder og individuelle samtaler, hvor relationer plejes, tillid skabes og forventningen til hinanden afstemmes.

Det er også her, at de gode historier deles og succes fejres, fordi indimellem hænder det, at negativ omtale i pressen eller på de sociale medier om ens arbejdsplads fylder meget hos medarbejderne.

Spændende og situationsbestemte problematikker

Regionsledelsen oplever mange spændende og situationsbestemte problematikker. Eksempelvis er der i skrivende stund ikke en afdelingssygeplejerske i Paamiut og dermed ingen daglig leder til stede i sundhedscentret.

Det kræver derfor en tæt kontakt og åbenhed fra regionsledelsen for at skabe tilgængelighed og synlighed på en anden måde end normalt.

Inuuti Fleischer

Inuuti sidder som ledende regionsygeplejerske i Sermersooq på 7. år. Inden da var hun formand for sygeplejerskernes faglige organisation i Grønland i 5 år. Derudover var hun afdelingssygeplejerske og forstander i Aasiaat Sygehus i over 20 år. Hun er født og opvokset i Grønland og tog sygeplejerskeuddannelsen i Danmark i 1985.



Når der mangler afdelingsledere, skal regionsledelsen være endnu mere opmærksomme på at være synlige med fysisk tilstedeværelse, flere faste Teams-møder, telefonkontakt fremfor mails med videre, indtil der er ansat en ny afdelingssygeplejerske.

Det kræver struktur og overblik i forhold til, hvad der rører sig i regionen. Inuuti Fleischer bestræber sig på at sende sygeplejersker fra Dron-

ning Ingrid's Sundhedscenter til Paamiut, så der altid er en, som er bekendt med Det Grønlandske Sundhedsvæsen og det grønlandske samfund.

»Distanceledelse er kommet for at blive, men de fysiske besøg har stor betydning for medarbejdere i de forskellige sundhedscentre, hvorfor de fortsat vil blive prioriteret højt,« siger hun.

Stort behov for specialiserede generalister

Arbejdet i Det Grønlandske Sundhedsvæsen giver mere, end man kan få noget andet sted, beretter ledende overlæge Uka Wilhelm Geisler.

Af Amalie Sofie Nielsen

I Grønland er de specialiserede funktioner samlet på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk. Herfra superviseres hele Grønland fra Medicinsk Område, Kirurgisk Område og Psykiatrisk Område.

Ledende overlæge på Medicinsk Område, Uka Wilhelm Geisler, bistår landets fem sundhedsregioner med specialiseret vejledning inden for bred intern medicin med subspecialer som infektion, kardiologi, nefrologi, onkologi, nyresygdomme og reumatologi.

Kontakten til byer og bygder

Det er vanskeligt at have lige ad-

gang til sundhedsydelser, når man bor så spredt som i Grønland. Det kan være svært at navigere i både som borger og som sundhedsfaglig.

Dette håndteres dels ved stor brug af telemedicin og ved årlige specialistbesøg.

Telemedicin sparer tid og rejse



for patienterne, og det øger tilgængeligheden for sundhedsydelser i landets bygder. Den telemedicinske indsats udvikles kontinuerligt, og langt de fleste bebyggede steder har nu adgang til hurtigt internet, som gør øget brug af telemedicin muligt.

Men telemedicin alene gør det ikke. I løbet af året besøges de større sundhedscentre af specialister fra Dronning Ingrid's Hospital eller Danmark, som betjener borgere fra regionen, der så flyves til Sundhedscenteret for at blive tilset af speciallæger.

I Det Grønlandske Sundhedsvæsen er en af de mange vigtige opgaver at sikre nøje planlagte patientforløb, hvor der tages højde for rejse- og opholdsmuligheder, der passer med specialistbesøgene.

Det er et stort logistisk arbejde, hvor selv den bedste planlægning kan blive udfordret af vejr eller teknik på flyet/helikopteren. I de tilfælde behandles patienten på distancen superviseret af speciallægerne i Nuuk eller i særlige tilfælde lægerne på Rigshospitalet.

Uka Wilhelm Geisler

Uka er ledende overlæge på Medicinsk Område. Hun er født og opvokset i Grønland og vidste, hun ville blive boende i Grønland. Uka er uddannet i Almen Medicin, fordi det er det eneste speciale, man kan tage i Grønland og efterfølgende en intern medicinsk uddannelse fra Norge, som passer til de grønlandske forhold. Herefter valgte Uka kardiologi for at kunne varetage akutte situationer, hvor man er langt fra specialafdelinger.



Brug for alt det du kan

Som specialist i Grønland skal man være bredt funderet inden for sit speciale.

»Der er ikke mange hænder på gulvet, så der er brug for alt det, som du kan, også det som du tror, at du ikke kan, og nogle gange kan der endda være brug for noget, du ikke kan. I situationen er der ikke så meget snak, om man kan det eller ej. Man må gøre sit bedste, og det er heldigvis ofte

godt nok,« fortæller Uka Wilhelm Geisler.

»Vi har organiseret arbejdet således, at der altid er en, som man kan kontakte, uanset hvilket niveau man er på. Det giver tryghed til udvikling.«

Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk har en række avancerede behandlingstilbud, som bl.a. er muligt gennem et veletableret samarbejde med bl.a. Rigshospitalets specialister i København.

Uka og hendes hund på Nuuks langrendsløje med fjeldet Sermitsiaq i baggrunden.



Slår alle andre arbejdssteder

»Arbejdet i Grønland og Det Grønlandske Sundhedsvæsen har givet mig langt mere end, hvad jeg ville have fået noget andet sted – som læge, som leder, som menneske og som familie,« fortæller Uka Wilhjem Geisler.

»Man arbejder meget og med mange forskelligartede og komplekse opgaver både som specialist, yngre læge og leder. Det giver et større ansvar og en faglig ballast. Det er derfor godt med en god portion fleksibilitet, rummelighed og tålmodighed. Hvis du ikke har det til at starte med, så får du det hurtigt.«

Generelt er tålmodighed en nøgle til livet i et land med omskiftelige vejrforhold, udfordret infrastruktur, konstant skiftende kolleger og begrænset adgang til specialbehandlinger.

Et arbejdsliv i Grønland giver stor robusthed ifølge Uka Wilhjem Geisler. Hertil følger et rigt familieliv, som byder på oplevelser lige ude foran døren.



Upernavik Sygehus.



Regionssygehuset Sisimiut.



Ittoqqortoormiit Sundhedscenter.

Chefsygeplejerske Ella Skifte, cheflæge Berit Bjerre Handberg, konst. direktør Tina Amondson.



»Vi er meget stolte af vores sundhedsvæsen«

Den øverste ledelse af Det Grønlandske Sundhedsvæsen er ansvarlig for en meget bred vifte af opgave, fra kisteregulativer til politisk betjening.

Af Amalie Sofie Nielsen

Chefsygeplejerske Ella Skifte er født og opvokset i Grønland og har på nær et år haft hele sit arbejdsliv i Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Først som nyuddannet sygeplejerske i Ilulissat, dernæst som ledende regionssygeplejerske i Region Avanaa, en syvårige periode i Direktoratet for Sundhed, og seneste godt 16 år som chefsygeplejerske og med kort periode som departementschef og senere også en periode direktør for Sundhedsvæsenet. Hendes ledelsesfokus er bl.a. at være brobygger mellem den grønlandske og danske faglige og ledelsesmæssige kontekst.

»Min kulturelle ballast og baggrund skal gerne medvirke til, at organisationen balancerer i den tværkulturelle kontekst til patienternes bedste,« fortæller Ella Skifte og fortsætter:

»Når ledelserne taler om vision, er der ikke umiddelbart et grønlandsk ord for det, så det grønlandske ord "takorluugaq" skal eksemplificeres, så medarbejdere på alle niveauer forstår det. Som brobygger er du også den, som "ser" og "hører" alle medarbejdere og giver dem plads til at udtrykke sig på grønlandsk og videreformidle det ind i ledelsessystemet.«

Tæt på de politiske beslutninger
Ud over Sundhedsvæsenets eget le-

delsessystem er Sundhedsledelsen, med direkte reference til departementschefen, også tæt på de politiske beslutningsprocesser.

»Det er spændende, men det kan også være en udfordring i en travl driftsorganisation,« fortæller konstitueret direktør Tina Amondson og fortsætter:

»Det er naturligt, at der politisk er stort fokus på at sikre ens adgang til sundhedsydelser, men geografien gør det meget vanskeligt. Hele logistikapparatet, brugen af telemedicin, specialistrejser og en tæt kontakt mellem sundhedspersonalet de mindre steder og på regionssygehusene er forudsætningen for, at alle borgere sikres adgang til sundhedsydelser.«



Konst. direktør Tina Amondsen (tv), chefsygeplejerske Ella Skifte (m) og cheflæge Berit Bjerre Handberg (th).

Fra bedemand til drikkevandsanalyser

Ledelsesopgaverne er særdeles mangfoldige og varierede. Sundhedsvæsenet i Grønland løser de sundhedsopgaver, der i Danmark løses af regioner, hospitaler, almen praksis, samt en stor del af de sund-

hedsopgaver, der løses af kommunerne.

Hertil varetages tandpleje for børn og voksne, sundhedsberedskab, patienttransporter, evakueringer, apoteks- og medicinforsyningsområdet, bedemandsvirksomhed og drikkevandsanalyser.

»I begyndelsen troede jeg, at de mange mails om kisteregulativer og muligt forurenedede vandsøer var fejl-mails. Men nej, det skal jeg også tage mig af. Spændende og vældig lærerigt,« fortæller cheflæge Berit Bjerre Handberg og fortsætter:

»Vi arbejder under vanskelige ressourcemæssige og logistiske rammer. Jeg er derfor dybt imponeret over de mange ledere og medarbejdere, som dagligt gør et fantastisk arbejde med at sætte patienterne først og løse de mange opgaver. Vi er meget stolte af Det Grønlandske Sundhedsvæsen.«



Om forfatteren

Amalie Sofie Nielsen

AC-Fuldmægtig,
Ledelsessekretariat &
HR, Det Grønlandske
Sundhedsvæsen







Der er behov for systematiske ændringer i det svenske sundhedsvæsen

Det svenske sundhedsvæsen har været præget af en række nye reformer og love for at løse sine udfordringer. Der lader dog til at være behov for større systematiske ændringer for at komme i mål.

Af Anna Krohwinkel og
Hans Winberg

Historisk set har Sverige kunnet bryde sig af en sundhedssektor, der både nationalt og i internationale sammenligninger har opnået høj anerkendelse. Det gælder såvel med henblik på de medicinske resultater som i spørgsmål om borgernes tillid til systemet.

Ifølge organisationsforskere kan denne legitimitet forklares med en vellykket kombination af forskellige forvaltningslogikker: En rammelov med bredt accepterede grundprin-

cipper og et lokalt forankret lederskab i kombination med en overordnet national styring. Endvidere har Sverige en decentraliseret drift med en vis grad af individuel valgfrihed, en stærk positionering af sundhedsfaglig viden og kompetencer samt veletablerede patientforeninger med repræsentation i de centrale beslutningsprocesser om den førte politik.

Gennemgribende strukturforandring

Modellen har været så fremgangsrig, at der sjældent stilles spørgsmål til dens grundlæggende enkeltdele i den politiske debat om udviklingen

af sundhedssektoren. I de seneste år er det dog blevet stadig mere tydeligt, at den svenske sundhedssektor har brug for at blive tilpasset de ændrede vilkår, som samfundsudviklingen fører med sig – og man er begyndt at tale om en decideret systemomstilling.

Det har dog vist sig at være lettere sagt end gjort at formulere og implementere de politiske tiltag, der skal til for en så gennemgribende forandring af hele strukturen.

I denne artikels første del beskriver vi den svenske sundhedssektors og sygehusvæsens funktionsmåde og giver et kort rids over de histori-



ske og nuværende reform-initiativer i nationalt øjemed. I artiklens anden del fremlægger vi en konceptuel analyse af væsentlige elementer i en stor del af de tiltænkte reformer og gør det med et fokus på koordinering af de immaterielle ressourcer *data, viden og kompetencer*.

Teksten bygger på den svenske bog »*Moderna policier: Inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt*«, som tænketanken Leading Health Care har udgivet.

Den svenske sundhedssektor

Ifølge den svenske sundhedslov er målet med sundheds- og sygehusvæsenet at fremme sundhedstilstanden og sikre en sundhedssektor, der giver hele befolkningen lige vilkår.

De tjenester, der tilbydes, skal desuden værne om alle menneskers ligestilling og lige rettigheder (princippet om menneskeværd), ressourcerne bør fordeles efter behov (princippet om behovssolidaritet), og der skal efterstræbes et rimeligt forhold mellem omkostninger og effekt (princippet om omkostningseffektivitet).

Formelt står staten til ansvar for

den overordnede sundhedspolitik, mens finansieringen og ansvaret for at stille sundhedstjenesterne til rådighed ligger lokalt hos regionerne.

Socialektoren og ældreplejen samt en betydelig del af hjemmeplejen påhviler kommunerne. Næsten samtlige sygehuse er i offentligt regi, mens omtrent halvdelen af alle lægehuse og klinikker i primærsektoren drives af private aktører.

For autoriserede læger og behandlere er der fri ret til at etablere sig i den primære sundhedstjeneste, og borgerne har ret til frit lægevalg. Størstedelen af de specialiserede sundhedstjenester henvises der til via alment praktiserende læger, selvom patienter i visse tilfælde også kan kontakte specialister direkte.

De fleste udgifter til sundhedstjenesterne er skattefinansierede og udgør 11,5 pct. af bruttonationalproduktet (2020). Antallet af sengepladser i den sekundære sundhedstjeneste ligger under EU-gennemsnittet.

Ikke et problemfrit sundhedsvæsen

Til trods for at resultaterne i den





svenske sundhedssektor overordnet set både er og har været gode, fungerer sektoren naturligvis ikke problemfrit, og der stilles ofte forslag til mulige forbedringer af den.

Tidligere er sundhedsvæsenets akilleshæl gerne blevet omtalt som noget, der havde at gøre med de lange ventetider for diagnoser og behandling, ligesom der var forskelle i kvaliteten på behandlingerne regionerne imellem, og også mellem de forskellige socioøkonomiske grupper. Det er tilmed stadig et væsentligt politisk mål og genstand for aktuelle udredninger at få gjort op med den utilstrækkelige tilgængelighed.

Nationale tiltag til reformer

I de seneste årtier har andre nationale reformtiltag vedrørt en lang række forskellige emner:

Koncentration af specialiseret behandling på færre sygehuse, øgede valgmuligheder for patienter i den primære sundhedstjeneste og til visse specialiserede former for behandling, konkurrence og privatisering af den primære sundhedstjeneste og apotekssektoren, bedre koor-

dinering mellem behandling og pleje bl.a. i overgangene mellem de forskellige tjenestetyper, nye former for patientinddragelse samt udvikling af systemer til håndtering af patientdata.

Mange af disse reformtiltag er sket på grundlag af lovændringer eller tilføjelser, heriblandt »lov om valgfrihedssystemet«, den nye »patientlov«, »lov om inddragelse ved udskrivning fra indlæggelser« med flere. Et andet incitament har været de aftaler, som regeringen jævnligt indgår med SKR (Sveriges Kommuner og Regioner, der svarer til KL plus Danske Regioner) omkring yderligere bevillinger til udviklingsarbejde inden for specifikke områder.

Behov for systemforandring

I de seneste år er diskussionerne om reformer i den svenske sundhedssektor rykket længere og længere væk fra enkeltstående regulatoriske tiltag og fokusområder, så de nu i højere grad betoner et gennemgribende behov for forandring af systemet. Her er udgangspunktet, at

der er brug for omfattende og langsigtet udvikling af sundhedssystemet, hvis plejen og behandlingen fortsat skal være effektiv og af høj kvalitet – også set i lyset af den forventede demografiske forandring, der går i retning af højere andele af ældre i befolkningen.

Udviklingsarbejdet handler også om at møde indbyggernes behov på en bedre måde og om at organisere sundhedstjenesterne efter uensartede målgruppers forskellige forudsætninger og præferencer.

Det nære sundhedsvæsen

Den svenske regering har først og fremmest knyttet omstruktureringen i retning af det nære sundhedsvæsen til en styrkelse af ressourcerne i den primære sundhedstjeneste.

De svenske kommuner og regioner (SKR) er dog af den opfattelse, at selvom primærsektoren udgør en kerne i det nære sundhedsvæsen, hvor mange initiativer også udgår fra, så skal det nære sundhedsvæsen snarere ses som en ny tilgang eller måde at arbejde med sundhed, behandling og omsorg på. Udgangspunktet bør her være et helhedssyn

på det enkelte individs behov og livssituation.

Det nære sundhedsvæsen knyttes tæt til størrelser som øget kontinuitet, tryghed og koordinering samt til forskellige aspekter af tilgængelighed, inklusive digitale behandlingsformer.

Mere proaktiv sektor

Derudover bør sundhedssektoren i højere grad indrettes med henblik på sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsatser. En mere tilgængelig og proaktiv sektor kan sammen med nye arbejdsmetoder i sundhedstjenesterne føre til, at de faktiske ressourcer kan udnyttes bedre og dermed også komme flere til gode.

Det forudsætter imidlertid en omstilling på alle niveauer af tjenesterne fra de specialiserede områder til den primære tjeneste, og den bør også inkludere den kommunale pleje og omsorg.

Udviklingen i retning af det nære sundhedsvæsen forventes også at påvirke samarbejds klimaet såvel i som mellem de forskellige dele af sundheds- og plejesystemet.

Et blik på de underliggende problemer

Der er brug for en mangfoldighed af perspektiver, når de etablerede strukturer skal problematiseres, samtidig med at der åbnes for nye løsningsforslag. Af samme grund har vi i et par års tid i den akademiske tænketank Leading Health Care knyttet flere end 70 forskellige forskere og praktikere fra vores netværk sammen i arbejdsgrupper. Her kan vi i fællesskab diskutere og analysere omstillingen til det fremtidige system for sundhed, behandling og pleje i Sverige.

Vi afholdt os fra at evaluere forskellige styringsredskaber normativt – hvilket vi ved er notorisk vanskeligt, da virksomheder varierer og forandrer sig, ligesom de lokale kontekster gør det. I stedet er vi gået ud fra forskellige former for ressourcer, som er nødvendige at sætte sammen for sikre en vel fungerende sundhedssektor, og har undersøgt, hvordan de er blevet håndteret inden for rammerne af de forskellige forsøg på reformer.

Imponerende medicinsk udvikling

Herunder præsenterer vi vores konklusioner om synet på de immaterielle ressourcer som data, viden og kompetencer – ressourcer, som der brug for at koordinere specifikt i behandlingen af hver enkelt patient, men som også har overordnet relevans, uanset hvor i sundheds- og behandlingssystemet man befinder sig.

Vi har taget afsæt i de bredere udviklingstendenser i sundhedssektoren. På mange områder er vi vidner til en imponerende medicinsk udvikling, og vi ser også, at den digitale revolution for alvor er begyndt at slå igennem, hvilket samlet set også har forandret vilkårene for, hvordan pleje og behandlinger kan benyttes, tilbydes og gennemføres.

Kan ikke holde trit

Ambitionen med sundheds- og sygehusvæsenet er i de seneste århundreder vokset fra kun at handle om at behandle og lindre de mest akutte sygdomme til også at tage hånd om kroniske og komplekse tilstande.

Der er også kommet en større forståelse for, hvordan sundhed hænger sammen med livsstil og miljø, hvilket motiverer til flere præventive indsatser for at mindske risikoen for sygdom.

De større muligheder, som borgerne har fået for selv at indhente viden om deres egen sundhedstilstand, har ført til forandrede relationer mellem patienter og pleje- og behandlingspersonalet, eksempelvis i form af krav om behandlinger, der er mere tilgængelige og tilpasses de enkelte individer.

Det er en udfordring i et system, som er præget af strengt regulerede arbejdsgange og stærke fagprofessionelle normer. I disse henseender holder den organisatoriske udvikling i den svenske sundhedssektor ikke helt trit med den øvrige samfundsudvikling.

På jagt efter enkeltheden

Hvad skal der så til for at modernisere sundhedssektoren og sygehusvæsenet systematisk? Der findes her nogle fælles problemer og behov. Et af disse problemer er, at de personer, som forsøger at udvikle styrin-

gen af plejesektoren, i alt for høj grad lægger vægt på nogle lige lovlig simple problemformuleringer og løsninger.

Alt for tit har disse kun øje for de synlige effekter af det problem, som reformerne skal løse i stedet for at anskue dem som symptomer på et underliggende problem. Et eksempel herpå er spørgsmålet om manglende sengepladser. Når man ser dette som hovedproblemet snarere end som et symptom på nogle aktuelle mangler i systemet, ser man også bort fra, at man kunne etablere flere behandlingspladser uden for sygehusene, satse mere på hjemmebehandling eller prioritere behandlingsalternativer, som reducerer behovet for indlæggelser.

Vanskelighederne ved at se de underliggende problemer betyder, at spørgsmålene om udvikling behandles ifølge en logik, som ikke tillader nogen tilpasning til ændringer, variationer og kompleksitet i de behov, som skal tilgodeses. I stedet bliver der i mange tilfælde udviklet en detailstyring, som efterstræber at skabe tydelighed, produktivitet og ligeværd. En sådan type styring

giver ofte en falsk fornemmelse af, at indsatser i sundhedsvæsenet kan beskrives almenlydige og er logisk og rationelt organiserede.

Begrænset læring af data

Vores analyse af, hvordan data behandles i sundhedsvæsenet, viser for eksempel, at der er en udbredt antagelse af, at det, som bliver målt, også bliver synligt og sammenligneligt, og dermed også kan udgøre et godt grundlag for styring.

I dag foretages der store investeringer i såkaldte indikatorsystemer i sundheds- og sygehusvæsenet, men det reelle læringsudbytte, som finder sted på grundlag af resultaterne, er begrænset. Det afspejler det faktum, at diskussionen traditionelt set har handlet meget om, hvad der udgør en »god« målemetode, snarere end metodens anvendelighed i relation til de konkrete beslutningssituationer.

Overser tit manglerne

Målingernes nytteværdi og deres indflydelse på virksomhederne og relevans for forandringsarbejdet har også en tendens til at blive ringere,

hvis data bearbejdes af personer, som befinder sig langt fra den situation, der ønskes dokumenteret. De overser tit de spørgsmålstejn eller mangler, som typisk vil knytte sig til en given måling eller et givet resultat.

For at data ikke skal blive brugt til at lave en mere perfekt beskrivelse af virkeligheden, end de rent faktisk er et udtryk for, efterspørger vi, at man i stedet satser på mere kvalificerede analyser af de data, der findes, og bl.a. sørger for hurtigere feedback mellem dataindsamlingen og det praktiske udviklingsarbejde.

En anden måde, hvorpå man kan øge relevansen af data, er ved at lade de lokale sundhedsvirksomheder deltage og være med til at påvirke, hvilke målinger der skal følges op på.

Viden er ikke en entydig størrelse

Et andet eksempel på den utilstrækkelige tilpasning til variationen og kompleksiteten er det dominerende syn på *viden* som en fuldkommen entydig størrelse, så det, som anses



for at udgøre den »gode« viden, også gøres til noget, der helt kan ses afkoblet fra sammenhængen.

Et udtryk for den slags er den evidensbaserede medicin og de randomiserede, kontrollerede forsøg og de undersøgelser, hvor man bevidst »renser« konteksten og situationen ud. Vores analyse viser, at det næppe skorter på øvrig viden, f.eks. i form af faglig dømmekraft og pa-

tientviden, men der er behov for at udvikle strukturer, som kan behandle den slags mere kontekstbaserede former for viden.

Blandt andet er det nødvendigt, at retningslinjer for specifikke diagnoser bliver tilstrækkelig fleksible til at kunne tilpasses individers forskellige livssituationer. De muligheder, som digitaliseringen giver for at producere og dele viden på nye

måder, skal i højere grad anvendes. Her er der også brug for et bredere syn på, hvad der er relevant viden og for åbenhed blandt fagpersonerne i sundhedssektoren med hensyn til at tage viden til sig fra nye kilder.

Opdeling begrænser samarbejdet

Et tredje eksempel er håndteringen





af kompetencer i sundhedssektoren. Opdelingen i forskellige jobroller eller professioner står traditionelt meget stærkt i sundhedssektoren. Det har også påvirket, hvilke problemer og løsninger der bliver diskuteret. Manglende kompetencer tages eksempelvis ofte som udtryk for, at der ikke er nok personale i en given jobkategori.

Samtidig er medarbejderne nødt til at udvikle deres kompetencer på nye felter. De ansatte skal udføre deres arbejde i tråd med filosofien om personcentrering, anvende digitale redskaber på fleksibel vis og deltage i det tværfaglige udviklingsarbejde.

Det vanskeliggøres, hvis arbejdet organiseres ud fra rigide fagroller og jobbeskrivelser med få muligheder for at udnytte individuelle kompetencer, der afviger fra det, som regelsættet foreskriver. Den nuværende opdeling i etablerede jobkategorier begrænser samarbejdet og risikerer at føre til professionel protektionisme snarere end til en udvikling, der drives frem i fællesskab.

Løsninger til gårsdagens sundhedssystem

Samlet set kan vi konstatere, at de temaer, som vi har analyseret, behandles efter en logik, som ikke lever mulighed for nogen større tilpasning til sammenhængen, selvom samfundsudviklingen understreger et voksende behov for mere variation og flere alternativer.

Udviklingstiltag, som tager afsæt i de eksisterende opdelinger, kategorier og begreber, har en tendens til at skabe løsninger, som passer til systemet i gårsdagens sundhedsvæsen snarere end til morgendagens. Hvad skyldes det, og hvad er alternativet?

Standardiserede og sammenlignelige data, evidensbaseret viden og tydelige jobbeskrivelser kan være udmærkede og velegnede i visse situationer – nemlig i de tilfælde, hvor de behov, som sundhedsvæsenet skal tilfredsstille, er relativt entydige, og de kontekstuelle forudsætninger er stabile og forudsigelige.

Disse kriterier blev opfyldt i den form for sundhedssektor og sygehusvæsen, som traditionelt var ind-



Om forfatterne

Anna Krohwinkel

Forskningschef,
tænkertanken
Leading Health Care



Hans Winberg

Generalsekretær,
tænkertanken
Leading Health Care



rettet med henblik på at behandle og lindre specifikke sygdomstilstande, men er mindre og mindre passende set i lyset af de medicinske og digitale revolutioner, som medfører nye muligheder for at håndtere flere og også mere komplekse diagnoser, alt imens der kommer mere og mere fokus på sundhed og livsstil.

For strengt definerede roller

Hvilke andre forhindringer er der for, at man i styringen af sundhedssektoren holder trit med den øvrige udvikling i det svenske samfund? Én

forhindring ligger i et for ensidigt fokus på produktivitet, eller på at tingene skal gøres på den rigtige måde i modsætning til at fokusere på effektivitet, altså på at gøre de rigtige ting.

I dag lægger styringen i høj grad vægt på det første – på at data indrapporteres i de korrekte kategorier, at viden produceres på den korrekte måde, eller at kompetencen afstemmes med arbejdsopgaven. Den form for produktivitet er ikke uvæsentlig, men der opstår et problem, når der stræbes så meget efter at gøre alt det formelle korrekt, at det ender med at gå ud over selve virksomheden, og det forhindrer, at der bliver gjort de rigtige ting for den enkelte patient.

Vi ved, at stramt formulerede forudsætninger såsom strengt definerede roller, detaljerede arbejdsrutiner og omfattende regelsæt, vil lede udviklingen i en retning, som fastholder det eksisterende systems egenskaber.

Justere inden for de givne rammer

For at gennemføre en rigtig omstil-

ling af systemet må de gamle spørgsmål om, hvordan ressourcer skal beskrives og fordeles, omformuleres. Man kan ikke løse problemer med den samme tankegang, som den der skabte dem, sagde Albert Einstein i sin tid. Det er dog et råd, som er svært at følge, ikke mindst i en højt professionaliseret verden, hvor traditionerne vejer tungt.

Derfor er vi nødt til at styrke vores evne til at analysere de virkelige hændelser og processer tættere på virksomhederne. Vi skal også turde stille spørgsmålstejn ved de etablerede teknikker til at beskrive, styre og lede en kompleks virksomhed.

Ambitiøs, svensk udvikling

I en konkret behandlingssituation er det muligvis godt at tage et lille skridt ad gangen og for enhver pris vælge handling frem for eftertanke, men når det gælder policy – altså den førte politik – slår det ikke til. Det sammenlagte resultat bliver heller ikke særlig godt, hvis det indebærer flere regelsæt, mere detailstyring og som en konsekvens heraf lave tillid.

I Sverige kan vi se, at store og ambitiøse omstillingsprocesser trods pæne beskrivelser og hensigtserklæringer ikke for alvor tager hensyn til behovet for en omstilling af systemet. Initiativer om det nære sundhedsvæsen, videnstyring og digitalisering kommunikerer desuden dårligt indbyrdes, og forbindelsen mellem drift og policy bliver svag på grund af den lange afstand til beslutningstagningen. I virkeligheden er forsøgene på at reformere forskellige områder nødt til at begynde at forholde sig til hinanden.

Et skridt i den rigtige retning

Vi ser også, at der er begyndt at komme gang i den slags diskussioner i Sverige. Spørgsmålet om, hvad det nære sundhedsvæsen betyder for personale med forskellige kompetencer, er et eksempel herpå. Et andet spørgsmål handler om, hvordan videnstyring skal indgå i sundhedssektorens it-systemer.

Der er dog stadig lang vej tilbage, før man for alvor kan tale om en integreret løsning, en helhedsløsning. Men der er også lang vej til, at den organisatoriske viden om selve

systemomstillingen betragtes på professionel vis. Her og nu kan vi blot håbe på, at den type konceptuel analyse, som vi har præsenteret

i det ovenstående, kan være et skridt i den rigtige retning.

Oversat af Jacob Giese

Referencer

- A., Glengård, A. H. & Merkur, S. (2012) Sweden: Health system review. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Krohwinkel, A. och Mannerheim, U. (red.) (2019). Moderna Policies: Inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt. LHC Report nr 3, 2019. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.
- Prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.
- SFS 2008:962. Lag om valfrihetssystem.
- SFS 2014: 821. Patientlag.
- SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag.
- SFS 2017:612. Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
- SKR 2021. Nära vård. [<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html>]
- SOU 2018:39: God och nära vård: En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2021:51. Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. Delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.



De nordiske lande opnår ensartede resultater ved forskellige organiseringer

Siden årtusindeskiftet har Sverige, Danmark og Norge organiseret sine sundhedssektorer ret forskelligt, men alle opnår lav sygelighed og høj levealder. Et særligt træk har de til fælles: En øget grad af regionalisering.

Af Terje P. Hagen

I de nordiske lande har de specialiserede sundhedstjenester historisk set været organiseret stort set på samme måde: I Norge er det de amtslige *fylkeskommuner*, i Sverige de amtslige *landsting* og i Danmark amterne og nu regionerne.

Finland har haft en afvigende struktur, idet ansvaret for samtlige sundheds- og socialtjenester, også de for det specialiserede sundhedsområde, har ligget hos kommunerne.

Der har man organiseret sygehusdriften via »kommunefællesskaber« (»samkommuner«), men Finland er nu i gang med en forandringsproces, hvis mål er at etablere 19 amtslige råd med ansvar for samtlige sundheds- og socialtjenester.

Hastige forandringer

Omkring årtusindeskiftet foregik der hastige og markante forandringer af de tre skandinaviske landes organisering på området.

I Sverige blev flere amter (*landsting*) slået sammen til regioner i og omkring de større byer – senest

med regionerne Gøteborg og Malmø i henholdsvis 1998 og 1999.

I Danmark blev de 13 amter gældende fra 2007 lagt sammen til fem regioner, ledet af folkevalgte råd.

I Norge overtog staten fra 1. januar 2002 ejerskabet af det specialiserede sundhedsvæsen gennem en sundhedsvirksomhedslov (den såkaldte *helseforetaksreform*). Reformen havde to hovedelementer:

1. Staten overtog ejerskabet af de amtslige sygehuse og øvrige foretagender inden for det specialiserede område.



2. Foretagenderne blev organiseret som virksomheder – regionale sundhedsvirksomheder og virksomheder med en struktur, der langt hen ad vejen fulgte den traditionelle amtslige.

Virksomhederne er selvstændige juridiske personer og således ikke en integreret del af den statslige forvaltning.

I denne artikel vil jeg først give en beskrivelse af de to modeller for ejerskab over sygehuse, som man har haft i Norge siden sygehuslovens vedtagelse i 1969, og derefter en vurdering af, hvad man har opnået gennem den statslige overtagelse af sygehusene.

Den amtslige styringsmodel

Før i tiden organiserede de 18 norske amter og Oslo kommune, som også var tillagt amtslige opgaver, som hovedregel sygehuse som forvaltningsorganer.¹

De fleste amter havde en sygehusstruktur baseret på ét centralsygehus, som rådede over et akutberedskab både på det almene og det

specialiserede område, og lokalsygehuse med almene afdelinger.

Der fandtes også mindre lokalsygehuse, som udelukkende drev virksomhed med elektive forløb.

I perioden efter 1974 blev der gradvis udviklet en model for arbejdsdeling mellem amterne, hvor de mest specialiserede tjenester blev placeret på universitetshospitalerne. Samarbejdet foregik via et frivilligt samarbejde mellem amterne inden for fem sundhedsregioner.

Eksempelvis blev behandlingen af hjerteinfarkt centraliseret i slutningen af 1980'erne, da der blev etableret fem såkaldte PCI-centre. Tilsvarende former for centralisering fandt sted på andre kliniske områder for eksempel inden for den avancerede kræftkirurgi.

Offentlige udredninger

Omkring årtusindskiftet var sygehusenes ejerskab genstand for offentlige udredninger. Hverken Helandsvikutvalget eller Oppgavefordelingsutvalget nåede dog til enighed om én bestemt model, men i begge tilfælde foretrak et flertal i

udvalget en fortsat regional og folkevalgt styring.

Der blev i samme periode også vedtaget nye love på sundhedsområdet af stor betydning for driften på det specialiserede område. I de øvrige nordiske lande blev der gennemført tilsvarende lovændringer.

Ophobet underskud

På ét punkt adskilte ændringerne i Norge sig dog væsentligt fra dem i de øvrige nordiske lande. Den statslige finansiering af amterne (*fylkeskommunerne*) blev ændret fra 1. juli 1997, da man indførte såkaldt indsatsstyret finansiering (ISF).

ISF indebærer, at dele af rammebevillingen fra staten til amterne blev erstattet med et aktivitetsbaseret tilskud, som afhang af antallet af behandlede patienter, som blev klassificeret gennem et system for diagnoserelaterede grupper (kaldet DRG-systemet).

Amterne videreførte den aktivitetsbaserede komponent til sygehuse, så der blev etableret et reelt finansieringssystem, der netop var baseret på aktiviteterne.

Målet med ændringen var at øge

aktiviteten på sygehusene, et mål, som også blev indfriet. Den aktivitetsbaserede komponent var i udgangspunktet lav (30 pct.). Selvom den blev sat noget op (op til 60 pct.), dækkede den ikke marginalomkostningerne ved den øgede aktivitet på sygehusene, og den efterfølgende stærke stigning i aktiviteten førte til betydelige underskud både på sygehusniveau og for amterne.

Amterne havde på deres side småt med økonomisk handlefrihed, da de ikke kunne skrue op og ned for skattesatserne. Resultatet blev, at der ophobede sig underskud, og amterne og staten prøvede at sende sorteper videre til hinanden med hensyn til dækningen af dette underskud.

Ansvar samlet hos staten

Forslaget til sundhedsvirksomhedsreformen, som blev fremlagt i april 2001, lagde vægt på, at man med reformen sikrede, at staten kom i en position, hvor den stod med et samlet ansvar for det specialiserede område.

Sektoransvaret, finansieringsansvaret og ejerskabet blev samlet

under ét, hvilket gav staten en stærkere styringsrolle på de områder, man anså for nødvendige.

Hensigten med reformen var også at opnå stærkere styring af sundhedsvæsenets struktur for eksempel gennem funktionsfordeling, og – omend det ikke var særligt klart udtrykt – at fremme kontrollen med udgifterne.

Organiseringen i virksomheder markerede i princippet en tydelig organisatorisk adskillelse mellem virksomheden og det overordnede politiske organ.

Sygehusledelserne skulle have et mere samlet ansvar for den løbende drift, mens ejerskabets styring skulle koncentreres om de overordnede forhold. Denne organisering blev anset for en forudsætning for at opnå den ønskede styringskultur mellem ejer og virksomhedsledelse og samtidig mindske risikoen for, at der blev »spillet om« rammebetingelserne.

Et særligt norsk fænomen

Spørgsmålet er, om den statslige overtagelse af sygehusene har ændret på de følgende forhold:

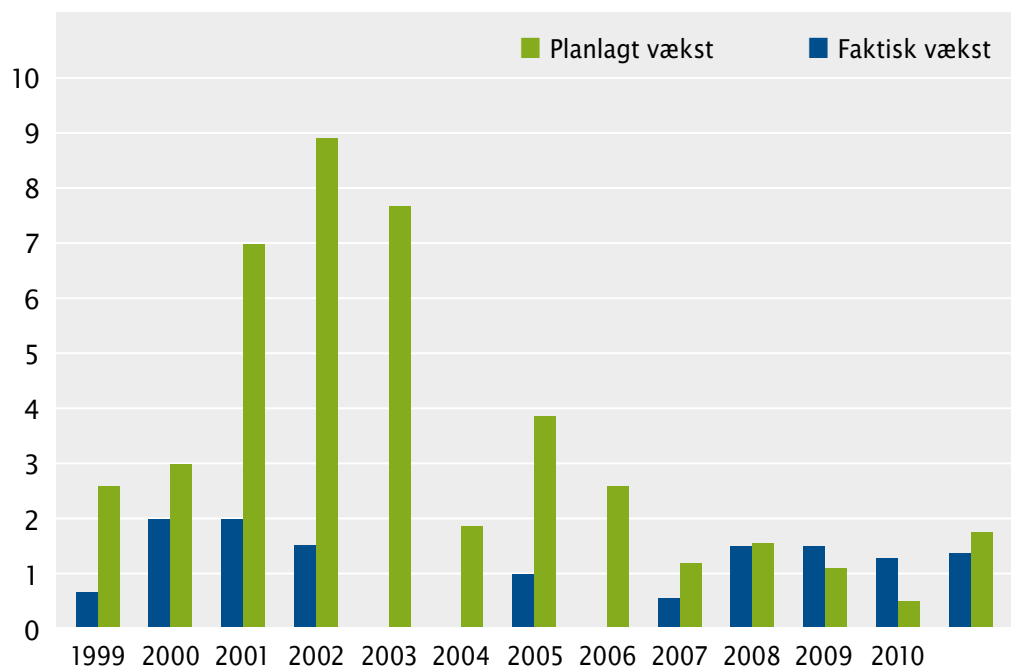
- A. Mulighederne for at holde styr på omkostningerne
- B. Funktionsfordeling og investeringer
- C. Effektivitetsudvikling
- D. Aktivitetsudvikling og ventetider
- E. Kvalitet målt gennem overlevelse efter bestemte sygdomme.

Omkostningsstyring vedrører forholdet mellem det planlagte og faktiske brug af ressourcer. Styringen er ikke direkte knyttet til bevillingernes niveau, men det er lettere at overholde i perioder med høje planlagte stigninger i ressourcerne end i dem med lavere vækst.

Selvom sundhedsvirksomhedsreformen havde flere målsætninger f. eks. knyttet til funktionsfordeling og kvalitet, var det den manglende kontrol over udgifterne efter indføringen af ISF (indsatsstyret finansiering) i 1997, som var den udløsende årsag til reformen.

Figur 1 viser forholdet mellem planlagt og realiseret stigning i aktiviteten i perioden 1999-2011. Den svage kontrol med udgifterne i sygehussektoren i perioden 1998-2008 var et særligt norsk fænomen.

Figur 1: Planlagt og faktisk stigning i DRG-aktivitet
(aktivitet i diagnoserelaterede grupper), 1999-2011



Kilde: Norsk patientregister og budgetforslag fra Sundhedsministeriet.

Der har også været perioder med opbygning af underskud og tillægsbevillinger i de andre nordiske lande, men ikke i samme omfang som i Norge.

Styringen af aktiviteterne blev ikke umiddelbart bedre, efter staten overtog ejerskabet af sygehusene, og behovet for tillægsbevillinger

steg i de første år efter sundhedsvirksomhedsreformen.

Flertalsregering sikrede kontrol med udgifterne

En vigtig årsag til de styringsmæssige problemer var sandsynligvis, at Norge i perioden frem til efteråret 2005 havde mindretalsregeringer.

Særligt i årene 1999-2005 blev der dannet parlamentariske alliancer, som systematisk svækkede regeringens autoritet med hensyn til styringen af sygehusene.

Først fra 2008, efter godt to år med flertalsregering, fik staten kontrol over omkostningerne.

Det skete som følge af flere tiltag: Sundhedsministeriet indførte tydeligere aktivitetsmål og etablerede systematiske opfølgingsmøder med de regionale sundhedsaktører, som også selv indførte tilsvarende møder med andre aktører.

I praksis havde Norge i perioden 2008-2014 et finansieringsystem, som bedst kan karakteriseres som en kontrakt om udgiftsloft – altså en form for rammebevilling.

Sundhedsvirksomhederne blev også tilført betydelige ressourcer gennem bedre finansiering af investeringer og pensioner.

Ændringer møder modstand

Behovet for en bedre funktionsfordeling sygehusene imellem har været et vigtigt argument for en statslig overtagelse af dem. Særlig behovet for at centralisere specialiserede

tjenester har været trukket frem i den sammenhæng.

Der har fundet betydelige ændringer sted på dette felt siden 1974, og hvad angår akutkirurgi, anbefaler faglige råd yderligere ændringer.

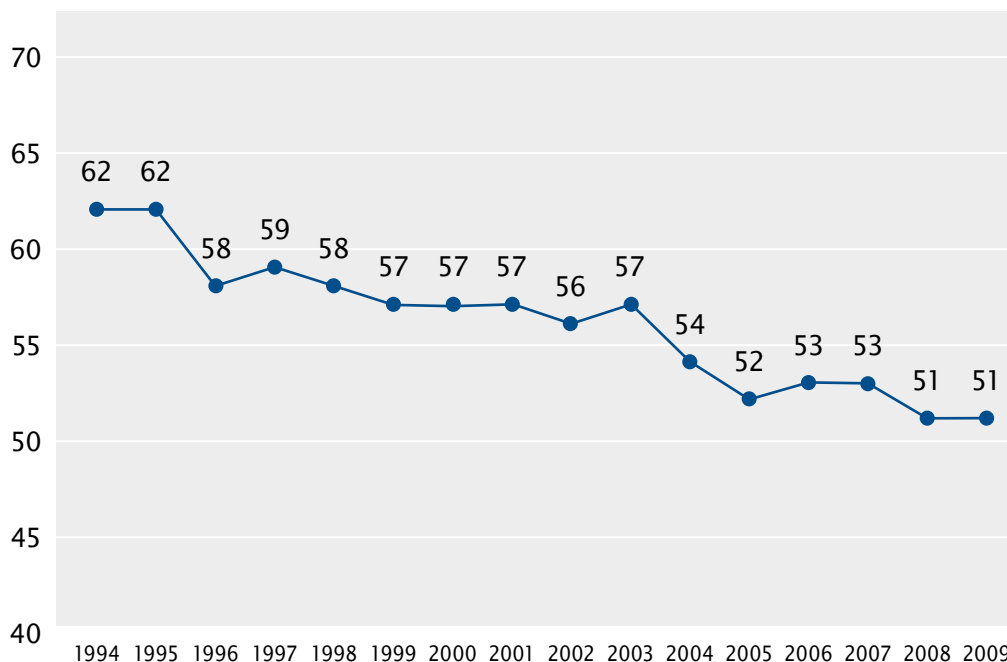
Funktionsændringer indebærer processer, som ofte møder modstand, og ændringerne skal foregå i forståelse med de folkevalgte organer. Både ministeriet og Stortinget har givet retningslinjer i forskellige perioder eksempelvis retningslinjer for organisering af fødselsområdet.

Det står imidlertid ikke klart, hvorvidt disse forhold er ændret i væsentlig grad efter den statslige overtagelse af specialområderne i sundhedsvæsenet.

Det medicinske fødselsregister giver en oversigt over, hvilke enheder fødslerne er foregået ved. Figur 2 viser antallet af fødeafdelinger i perioden 1994-2009 – altså syv år før og syv år efter virksomhedsreformen.

Antallet af fødeafdelinger blev reduceret med fem enheder fra 62 til 57 i de sidste syv år før reformen og med fem enheder fra 56 til 51 i de første syv år efter reformen.

Figur 2: Antal afdelinger, hvor der fandt fødsler sted i perioden 1994-2009.



Kilde: Medicinsk fødselsregister

Ændringsgraden er den samme i de to perioder. Sandsynligvis skyldes strukturændringerne andre forhold, end hvem der træffer de konkrete beslutninger; det handler snarere om teknologi, udviklingen af de centrale retningslinjer for kvalitet og patientsikkerhed og befolkningens flyttemønster.

Der har også været tiltag for at

fremme en bedre koordinering, når man kigger på ikke-medicinske støt-tefunktioner. For indkøb af lægemidlers vedkommende skete dette tilbage i 1990'erne – altså før reformen.

Der findes ingen sammenlignende analyser af funktionsfordelingen mellem de nordiske lande over tid, men både i Sverige og særligt i

Danmark er der sket ændringer i de seneste 10-15 år. De fem folkevalgte regionsråd i Danmark har gennemført betydelige strukturændringer i flere tilfælde kombineret med investeringer i større regionssygehuse.

Udvikling i produktivitet tegner positivt

Produktivitet defineres som forholdet mellem indsatsfaktorer (årsværk og andet) og output – gerne målt ved antal af behandlede patienter som klassificeres i henhold til DRG-systemet (diagnoserelaterede grupper).

Der må nødvendigvis tages forbehold for ændringer i DRG-systemet over tid, og derfor vil der være en vis usikkerhed forbundet med sammenligninger i effektivitet. Groft sagt kan de seneste 25 år dog klassificeres på følgende vis.²

- 1992-1997: Amtsligt (fylkeskommunalt) ejerskab og rammefinansiering. Et i store træk stabilt produktivetsniveau. Med andre ord ingen stigning i produktiviteten.
- 1997-2002: Amtsligt ejerskab, indførelse af og optrapning af ISF (indsatsstyret finansiering). En

umiddelbar positiv effekt af ISF, men derefter ingen yderligere stigning i produktiviteten.

- 2002-2006: Statslig ejerskab, vekslende andel af ISF. En umiddelbar positiv effekt af sundhedsvirksomhedsreformen og derefter ingen yderligere stigning i produktivitet.
- 2006-2014: Statsligt ejerskab, fast andel af ISF, men øget til 50 procent fra 2014. En stigning i produktiviteten.

Det er svært at drage overordnede konklusioner, men der er visse indikationer på, at produktiviteten har været højere efter at staten overtog sygehusene, end den var tidligere. Sammenligner vi sygehusproduktiviteten mellem de nordiske lande, er det dog det mest decentraliserede land, altså Finland der rangerer øverst. Norge, Sverige og Danmark har en produktivitet, der ligger nogenlunde på samme niveau.³

Ventetider faldt

Ventetid er en central indikator for tilgængelighed og kvalitet i sundhedsvæsenet. Ventetiderne til soma-

tisk behandling i Norge blev kortere i perioden fra 2000 til 2004, og til behandling af psykiske lidelser er den blevet reduceret, siden man begyndte at registrere ventetider i 1998.

Fra 2004 har den gennemsnitlige ventetid til somatisk behandling været relativt stabil, men med en lille reduktion i de seneste år. Reduktionen i ventetiderne faldt sammen med den stærke og langt hen ad vejen ikke-planlagte stigning i aktiviteten i perioden fra indførelsen af ISF i 1997 og frem til 2005.

Reduktionen i ventetider begyndte med andre ord, før sundhedsvirksomhedsreformen blev gennemført.

Generel høj kvalitet i Norden

Sundhedsvæsnernes kvalitet er generelt god i Norge og Norden. OECD-rapporten "Health at a Glance" viser, at der i Norge er en højere forventet levealder og en lavere sygelighed og dødelighed end gennemsnitligt for EU-landene i OECD. Forskellene mellem de nordiske lande er dog små.

Af særlig interesse for at sam-



menlige sundhedsvæsnernes kvalitet er analyser af dødelighed for udvalgte diagnoser.

Disse analyser giver gode muligheder for at kontrollere for variationer i patienternes risikoprofil, således at effekten af selve behandlingstilbuddet fremstår upåvirket af

øvrige faktorer. Analyser, som det finske folkesundhedsinstitut (THL) har gennemført, viser, at overlevelsen er relativt ens i de nordiske lande:⁴

- I Norge, Sverige og Danmark ligger dødeligheden efter hjertein-

farkt omtrent på samme niveau, mens den i Finland er et stykke højere end i disse tre lande.

- I Norge er der en lidt højere dødelighed efter hoftebrud end i de øvrige nordiske lande.
- De fire lande har omtrent samme dødelighed efter stroke.

Sket gradvis forbedring

Den norske regering fremlagde i Stortinget i efteråret 2015 en rapport om kvalitet og patientsikkerhed. Her fremgår det, at der er sket en gradvis forbedring af resultaterne over tid på mange af de områder, hvor der er etableret målesystemer.

Der er imidlertid ikke grundlag for at konkludere, at vi dermed også har fået et mere lige system.

Uligheden i sundhedstilbuddet dokumenteres af flere forskellige rapporter. Det er i øvrigt en udfordring, at der på flere områder stadig ikke er fastlagt kvalitetsindikatorer, og der arbejdes fortsat på at etablere bedre systemer til at vurdere og følge op på kvaliteten af patientbehandlingen.

Om forfatteren

Terje P. Hagen

Professor, Afdeling for sundhedsledelse og -økonomi, Institut for sundhed og samfund, Oslo Universitet



Ensartede resultater ved forskellige indsatser

De nordiske lande har veludviklede sundhedssystemer, som sammen med en god politik for folkesundheden bidrager til lav sygelighed og høj levealder. Der er ikke væsentlige forskelle de nordiske lande imellem på disse punkter – trods stigende forskelle i organiseringen af sundhedstjenesterne.

En hovedkonklusion er derfor, at man således kan opnå ensartede resultater ved forskelligartede organiseringer af de specialiserede sundhedstjenester.

Alle de fire nordiske lande har imidlertid et fællestræk, som kun i ringe grad har fået opmærksomhed. En øget grad regionalisering har skabt mulighed for at opbygge højt

specialiserede tjenester på en sådan måde, at samtlige landsdele i de nordiske lande dækkes på tilfredsstillende vis.

Hvad angår konsekvenserne af den statslige overtagelse af sygehuse i Norge, er effekterne ikke helt så tydelige. Der har sandsynligvis fundet en stigning sted i produktiviteten, men som vi har set, afviger niveauet i produktiviteten ikke fra det i de øvrige skandinaviske lande – og den er stadig lavere end i Finland.

Mekanismen bag ændringer over tid er sandsynligvis også ændringer i den medicinske teknologi. I den

forbindelse er det fristende at fremdrage overgangen til ambulante behandling som en vigtig faktor.

Norge har sandsynligvis kortere ventetider til elektiv behandling end de øvrige nordiske lande. Det skyldes primært, at man i Norge i de seneste 25 år har haft en stærkere stigning i udgifter til sygehuse end i resten af Norden. Stigningen var særlig stærk i perioden 1998–2005, hvor der også fandt betydelige reduktioner sted i ventetiderne. Til forskel fra de øvrige nordiske lande råder Norge dog over statsfinanser, som godt kan tåle et højt udgiftsniveau.

Referencer

1. To fylkeskommuner, Buskerud og Møre og Romsdal, forsøgte sig i årene op til sygehusreformen med organisering af sygehuse som virksomheder.
2. Professor Jon Magnussen, NTNU, «Produktivitet og effektivitet i spesialisthelsetjenesten i Norge». Indledning til Kvinnsland-udvalget (NOU 2016:25), 9. oktober 2017.
3. Kittelsen, S. A.C., K. S. Anthun, F. Goude, I. M. Huitfeldt, I. M. Schaumburg, U. Häkkinen, M. Kruse, E. Medin, C. Rehnberg, & H. Rättö (2015). Costs and quality at the hospital level in the Nordic countries. *Health Economics*, 24, s. 140- 163.
4. <http://www.eurohope.info/map/atlas.html>





Sundhedsvæsenet på Færøerne er lig det danske – dog med undtagelser

Det færøske sundhedsvæsen mangler læger og sammenhæng. En institutionalisering af en potent »professionel forbruger«, altså patientens egen læge, vil forbedre patientforløbene.



Grundlæggende er det færøske sundhedsvæsen opbygget som det danske med nogle mindre forskelle. Sygehusvæsenet består af to små, blandede sygehuse og et centralsygehus – Landssygehuset.

De tre sygehuse bestyres af en direktion, som består af en administrerende direktør, en lægelig direktør og en sygeplejefaglig direktør. Sygehusdirektionen refererer direkte til sundhedsministeriet, og det gør sygesikringen, Heilsutrygd, også.

Det færøske sundhedsvæsen

På Landssygehuset er der sengeafdelinger til medicinske, kirurgiske og psykiatriske patienter, og der er ambulatorier til øjensygdomme, øre-, næse- og halssygdomme, hudsygdomme og neurologiske sygdomme. Thoraxkirurgi og neurokirurgi foregår ikke på Færøerne, men patienter henvises sædvanligvis til hospitaler i Danmark, særligt til Rigshospitalet.

Primærsektoren består af privatpraktiserende læger, kommunelæ-

gerne. De er ansat af den offentlige sygesikring med en basisløn og er ud over det honoreret pr. ydelse. Foruden de praktiserende læger er der privatpraktiserende fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer og tandlæger.

Sundhedsstyrelse er på vej

Det er nu blevet besluttet at etablere en sundhedsstyrelse under sundhedsministeriet – altså en styrelse som i princippet skal have de samme opgaver som Sundhedsstyrelsen i Danmark som bl.a. består af overvågning af sundhedstilstanden i befolkningen og sundhedsplanlægning.

Ledelsessøjlen indenfor sygehus-

væsenet er klar, idet sygehusene er organiserede i afdelinger og samlede i centre, hvis ledere refererer til direktionen. De praktiserende læger sidder hovedsagelig i enkeltmandspraksis, selv om flere af dem arbejder under samme tag.

Relationen mellem de praktiserende læger og sygesikringen drejer sig udelukkende om honorering for ydelser og ikke kvalitetskontrol. Primærsektorens læger har således ikke en fælles ledelse, men arbejder vidtgående autonomt.

Lægemangel skader kvaliteten

Det færøske sundhedsvæsen har længe lidt under mangel på læger

! STPS fører tilsyn

Færøerne er en selvstyrende del af Kongeriget Danmark. Sundhedsvæsenet bliver finansieret over den færøske finanslov, men tilsynet med sundhedsvæsenets funktion ligger hos Styrelsen for Patientsikkerhed i Danmark. Det færøske sundhedsvæsen bliver styret af Landsstyrets afdeling for sundhedsanliggender – det færøske sundhedsministerium. Dette bliver politisk ledet af en landsstyremand, som selvstændigt har ansvaret for området og referer til regeringslederen, Lagmanden.

og har derfor været nødt til at bruge vikarer og konsulentordninger. I de senere år har det især været et problem for almen praksis med skiftende vikarer, som er skadeligt for kvaliteten af ydelserne, især på grund af tab af sammenhænge.

Uddannelse af nye speciallæger i almen medicin er blevet prioriteret højt, men der er stadig ubesatte stillinger.

Der har også været speciallægemangel på sygehusene, men der har dog været en betydelig tilgang af unge speciallæger de sidste 10 år.

Svært at få de færøske læger tilbage

Fremtidsudsigterne for læger forekommer gode, da relativt mange unge færingler læser medicin, og mange er i gang med speciallægeuddannelser især i Danmark.

Problemet er dog, at man typisk er i midten af 30'erne, når speciallægeuddannelsen er færdiggjort, og i denne alder er der mange, som har slået rødder i udlandet i sådan en grad, at tilbageflytning til Færøerne er besværlig, da både børn og ægtefælle også skal flytte med.

Ingen sygeplejerskemangel på Færøerne

Rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker har ikke været noget væsentligt problem i det færøske sygehusvæsen. Det kan skyldes, at vi har haft en sygeplejerskeskole siden 1960.

Sygeplejerskeuddannelsen på Færøerne er ikke en professionsbachelor, men har siden 2003 været en bacheloruddannelse på Færøernes Universitet med samme akademiske status som andre bacheloruddannelser.

Det har været en succes, idet flere ansøgere om optagelse end der er pladser. Grunden til, at vi ikke har sygeplejerskemangel på Færøerne kan være fagets anseelse som en universitetsuddannelse.

Ingen optimal kommunikation

Min vurdering – uden jeg kan understøtte den med tal – er, at kommunikationen mellem primær- og sekundærsektoren ikke er optimal, da det sammenhængende sundhedsvæsen ikke i tilstrækkelig grad er realiseret på Færøerne.

Kommunikation skal her forstås

som, at relevante informationer om en patient bliver udvekslet mellem sundhedsvæsenets forskellige aktører uden forsinkelser og misforståelser.

God kommunikation handler også om forventningsafstemning: Hvad forventer specialisterne i det sekundære sundhedsvæsen, at primærsektorens medarbejdere tager sig af, og hvad forventer de alment praktiserende læger, at specialisterne tager sig af?

Og den anden vej: Er forklaringerne, prognoserne og anbefalingerne til patienterne fra de forskellige aktører nogenlunde enslydende, så misforståelser og forvirring undgås hos patienterne?

Manglende sammenhæng på tværs

Jeg har været overlæge på en arbejdsmedicinsk klinik i sygehusvæsenet og konsulent for socialvæsenet på Færøerne i mere end tre årtier. I denne egenskab har jeg gennemgået mange patientforløb i forbindelse med ansøgninger om arbejdsskadeerstatninger, invalidepension og flexjob.

Her er det mit indtryk, at sundhedsvæsenets forskellige aktører ofte ikke har arbejdet koordineret. Det forekommer relativt ofte, at forskellige specialister har anbefalet diverse behandlinger eksempelvis psykologbehandling, fysioterapi og medikamentale behandlinger, uden at nogen har sat behandlingsforslaget i værk.

Patientansvarlig læge som tovholder

Set fra min udkigspost er der behov for en større integration mellem sundhedsvæsenets forskellige dele. Dette kunne gøres ved en patientansvarlig læge, som kan tage patienterne i hånden og gennemprøve de forskellige behandlingsmuligheder inklusive socialmedicinske foranstaltninger.

For mig at se bør denne funktion ligge hos almenmedicineren, men det vil kræve en ændring i den gængse opfattelse af, at det er patienten, som skal opsøge lægen, hver gang der skal tages beslutning om et eller andet.

Jeg vil mene, at det i højere grad må være den patientansvarlige

læges opgave at være tovholder for patienten og i denne funktion være opsøgende – både til patienten selv, men også på vegne af patienten ved at forsøge at få konsensus blandt sundheds- og socialvæsenets mange aktører om den optimale behandling og de optimale foranstaltninger.

Patientansvarlig af navn ikke af gavn

Nogen vil sikkert nu indvende, at den rolle har de alment praktiserende læger allerede. Ja, af navn, men ikke altid af gavn. En sådan koordinerende lægerolle på vegne af patienterne vil være ganske krævende både tidsmæssigt og fagligt udfordrende, da almenmedicinerne dermed påtager sig rollen som den oplyste og krævende forbruger af hospitalsvæsenets mange diagnostiske og behandlingsmæssige tilbud.

Den gode markedsmekanisme er, at kunden køber der, hvor varen er bedst og billigst. Færøerne er for små til et frit sygehusvalg, så alternativet til det offentlige sundhedsvæsen vil være private sundhedsfor-



Om forfatteren

Pál Weihe

Overlæge, Afdelingen for Arbejdsmedicin og Folkesundhed i Færøernes Sygehøvsvesen, adjungeret professor i folkesundhed ved Færøernes Universitet



sikringer, som også vinder frem på Færøerne i disse år.

Kunderne i vores sundhedsvæsen – patienterne – er lidet krævende i kunderollen, og det skyldes nok, at de fleste patienter er usikre og svage som forbrugere enten på grund af deres sygdom eller også fordi patientrollen er ny og uvant for dem.

Det er min vurdering, at en institutionalisering af en potent »professionel forbruger«, altså patientens egen læge, på sigt ville være med til at forbedre patientforløbene i sundhedsvæsenet og være til glæde og gavn for patienterne.

Ledelsesspænd er meget mere end et bestemt antal medarbejdere

Der findes ikke et magisk antal medarbejdere, en leder skal have ansvaret for. Ledelsesspænd er dynamiske og afhænger af kommunikation, uddelegering og det rette match.

Af Ellen Margrethe Madsen,
Christian Bøtcher Jacobsen og
Lars Dahl Pedersen

Hvor mange kan man være leder for?

Ledelseskommisionen konkluderede, at ledelsesspændene ikke må blive for store. Undersøgelser af ledende overlæger og afdelingssygeplejersker har vist, at ledelsesspændene er ret store med gennemsnitligt omkring 37 medarbejdere i direkte reference og for en stor dels vedkommende langt flere. Alligevel oplever to ud af tre afdelingssygeplejersker, at de har et passende ledelsesspænd. Selv blandt ledere

med store ledelsesspænd oplever hovedparten, at det er passende.

Forskning i ledelse giver få svar på, at så mange ledere oplever så store ledelsesspænd som passende. For at nuancere forståelsen af ledelsesspændenes betydning har vi gennemført en interviewundersøgelse på Regionshospitalet Randers med udvalgte afdelingssygeplejersker, oversygeplejersker og hospitalsledelsen.

Undersøgelsen giver først og fremmest gode eksempler, som vi vil diskutere ved at inddrage forskningsmæssig viden om ledelsesspænd. Interviewene peger især på fire forhold, som vi vil gennemgå

nedenfor: 1) betydningen af relationer og dialog, 2) at ledelsesspænd skal håndteres i relation til den organisatoriske helhed, 3) at funktionslederne har brug for støtte både fra hospitalsledelsen, fra oversygeplejersken og fra hinanden, og 4) vigtigheden af at matche person og stilling – ledelsesmæssig erfaring er et kernepunkt i at kunne håndtere større ledelsesspænd.

Intet magisk tal for et ledelsesspænd

Den tidlige forskning i ledelsesspænd var fokuseret på begrænsede ledelsesspænd, fordi store ledelsesspænd vanskeliggør monitorering



Fotograf: Agata Lenczewska-Madsen

og kontrol af medarbejdere. Senere fremhævede andre, at snævre ledelsesspænd ikke udelt er en fordel, fordi ledelsesspænd skal ses i en bredere organisatorisk sammenhæng. Små ledelsesspænd kræver flere ledere og flere enheder, der skal koordinere.

Det kan medføre suboptimering og indebære omkostninger til eksempelvis informationsdeling, møder og forhandling. Studier har på den baggrund argumenteret for, at ledelsesspænd hverken skal være for store eller for små. Men hvad bestemmer, hvad der er passende?

Litteraturen peger på tre centrale faktorer. For det første forventes større diversitet i opgaverne at kræve mindre ledelsesspænd, fordi det er sværere at standardisere. For det andet forventes stabilitet (f.eks. i forhold til personale, økonomi og opgaver) at give mulighed for større ledelsesspænd. For det tredje forventes større geografi (f.eks. flere matrikler) at give behov for mindre ledelsesspænd.

Denne forventning er dog også blevet kvalificeret, fordi større organisationer (eksempelvis et hospital)

giver mulighed for større specialisering, og mere specialiserede medarbejdere har generelt brug for mindre nærvær fra ledere.

Litteraturen peger altså på, at der ikke et magisk tal for, hvornår et ledelsesspænd er passende – det afhænger af en række forhold i og omkring den enkelte ledelsesenhed.

Ledelsesspænd er ikke et kardinalpunkt

Vores interviewundersøgelse peger på at nuancere opfattelsen af ledelsesspænd. På Regionshospitalet Randers er det et mål, at ledelsesspændene løbende tilpasses, så de matcher organisationens opgaver, kompleksitet, personalesammensætning, kompetencer, økonomi mv. Denne tilpasning sker løbende i et samarbejde mellem afdelingssygeplejersker, oversygeplejersker og hospitalsledelsen. Med denne dynamiske tilgang oplever afdelingssygeplejerskerne generelt deres ledelsesspænd som passende.

Sygehusledelsen og oversygeplejerskerne er opmærksomme på, at ledelsesspændet via dialog tilpasses den enkelte leder, og de har derfor

ikke et magisk tal for et passende ledelsesspænd. Det udtrykkes på følgende måde:



Der er ingen tommelfingerregel her, vi skal have den bedste patientsikkerhed for de ressourcer, vi har. Jeg kan ikke give et tal, for der er mange ingredienser i den gryde. Lad være med at gøre det til et kardinalpunkt, om afdelingen fungerer pga. størrelsen på ledelsesspændet. Vi skal have nuancerne med – det er meget vigtigt – det kan ikke sættes ind i formler det her.

Lone, hospitalsledelsen

Der er en øvre grænse

Sygehusledelsen er dog enig i, at der er en øvre grænse for et ledelsesspænd, hvilket udtrykkes her:



Det er sindssygt vigtigt, at man ikke får for mange medarbejdere, 50-60 er simpelthen for mange, når vi skal have fokus på lederomsorg og medarbejderomsorg.

Eva, oversygeplejerske

For år tilbage oplevede flere afdelingssygeplejersker store ledelsesspænd med op til 75 medarbejdere i perioder. Oplevelsen er, at for store ledelsesspænd går ud over lederens arbejdsglæde og evne til at lede. Et for stort ledelsesspænd udfordrer kontakten med medarbejderne, lederens evne til at gabe over opgaven og i sidste ende den faglige kvalitet i afdelingen.

En afdelingssygeplejerske oplevede det således:

”

Jeg kunne slet ikke nå det, havde medarbejdere med meget forskellige uddannelser og meget forskellige arbejdsområder. Jeg fik mit eget kontor og var ikke tæt på mine medarbejdere. Dynamikken manglede og for meget glippede. Der var ikke nogen til at tage over, så det hele var meget sårbart. Det var en hård tid.

Britha, afdelingssygeplejerske

»Tæt på at tilte«

I dag er mange ledelsesspænd reduceret, så der f.eks. er to afdelingssy-



Fotograf: Agata Lenczewska-Madsen

geplejersker til 60 medarbejdere. Den løbende tilpasning og reduktion af ledelsesspænd oplever afdelingssygeplejerskerne positivt, da de nu er kommet tættere på medarbejderne. De kan dermed bedre udfylde lederrollen og holde fokus på udvikling.

I de tidligere år med store ledelsesspænd oplevede en afdelingssygeplejerske det på denne måde:

”

Jeg havde kun energi til den faste dagsorden og ikke udvikling. Ledelsen spottede det – jeg kunne ikke selv se det. Det var tæt på at tilte.

Lise, afdelingssygeplejerske

Ledere, som har haft erfaringer med for stort ledelsesspænd, mener, at et mindre ledelsesspænd har givet dem bedre tid til både udvikling og drift. De oplever at være mere nærværende, og de er mere stolte af deres arbejde, fordi de opnår bedre ressourceudnyttelse og større patient- og medarbejdertilfredshed.

Det handler om kommunikation

Regionshospitalet Randers har som nævnt været med på bølgen af store ledelsesspænd på omkring 60 medarbejdere, men det blev tydeligt, at de store ledelsesspænd havde for mange negative konsekvenser.



Vi så, at ledelsesspændet blev for stort, det medførte personaleflugt – og flere opsigelser end ansættelser. Det var ikke patientsikkert, at vi ikke havde erfarne medarbejdere.

Charlotte, oversygeplejerske

Hospitalsledelsens håndtering af denne udfordring har været at satse på store enheder med to ledere:



Jeg vil hellere have store enheder og to ledere. Der er et rationale i at have mange medarbejdere. De kan spille på hinandens kompetencer og gå i dialog med hinanden. Det handler om kommunikation. Der er grænser for, hvor meget man kan, og der ligger også noget i at kunne dele magten med andre – det skal man lære.

Marianne, hospitalsledelsen

Større arbejdsglæde med to ledere

At der nu er to ledere ansat til et ledelsesspænd på eksempelvis 60

medarbejdere, oplever afdelingssygeplejerskerne giver dem støtte, mening og større tilfredshed med ledelsesopgaven. En af dem siger:



Det er vigtigt at have en at sparre med. Det har gjort en enorm forskel – jeg er blevet gladere for mit arbejde. Hvis ikke vi var blevet to, ville jeg ikke havde været her i dag.

Hospitalsledelsens strategi har haft fokus på at styrke funktionslederne for at styrke deres rolle i den fælles opgaveløsning, som sætter den fælles opgave og patienterne i centrum:



Vi gør meget for at styrke funktionslederne, de skal med i arbejdet med strategierne – de skal kende og understøtte hinanden på tværs. Visionen er, at de får nærhed og kompetencer, når de kender hinanden. I gamle dage så de sig selv i siloer – men nu får de identitet i funktionslederkredsen.

Lone, hospitalsledelsen

Uddelegering er nøgleordet

Styrkelsen af funktionslederne omfatter også stabsunderstøttelse og kompetenceudvikling, som gør dem i stand til at træffe selvstændige beslutninger, der udvikler deres faglige områder og sikrer den daglige drift og økonomistyring optimalt. En oversygeplejerske fremhæver værdien i, at både ansvar og kompetence i høj grad er uddelegeret i de store enheder:



Der er meget uddelegeret – det har jeg det rigtig godt med. Vigtigt med uddelegeret økonomi, de er uddannet til at tænke økonomien ind og skal bare få det til at holde. Økonomiafdelingen har hjulpet os. De udvikler selv ledelseskompentence – de skal kunne se helheden – de skal kunne se, om de kan ansætte en medarbejder mere. De skal have kompetencerne til selv at kunne træffe de beslutninger.

Eva, oversygeplejerske

For år tilbage var der et eksempel, hvor en leder var ved at give op på



grund af for meget arbejde, og hun ville gerne have en leder mere.



Beslutningen var ikke svær, der blev slået en stilling op, for vi havde ikke råd til at lade være – hvis vi giver på nogle områder,

får vi på andre. Det handler i bund og grund om økonomi, men det handler også om trivsel og faglighed – de andre parametre er med i overvejelserne om »rettidig omhu«.

Eva, oversygeplejerske

Afhængige af en god ledelse

En relativt nyansat afdelingssygeplejerske fremhæver hospitalets strategi med ledelsesteam som en afgørende faktor for, at vedkommende søgte stillingen.



Ansættelse på et sygehus har tidligere skræmt mig på grund af det komplekse, men med to andre i teamet er det noget andet. Min tilgang er, at jeg ikke ved alt. Tre sideordnede med økonomi og driftsansvar – det giver noget rigtig godt. Nogle opgaver kan man give videre – vi kan være mere effektive, træffe hurtige beslutninger, ændre arbejdsgange, nye måder at gøre tingene på. Vi stoler på hinanden, bakker hinanden op og kan tage over, hvis de andre ikke er der, derfor er vi ikke så sårbare.

Andreas,
afdelingssygeplejerske

Men sårbarheden ligger så i, at afdelingen er absolut afhængig af, at samarbejdet mellem de to eller tre afdelingssygeplejersker fungerer optimalt, både fagligt og personligt.



Det skal jo bare fungere ... Vi er meget afhængige af en god ledelse for at få det til at fungere. Vi har en meget proaktiv ledelse, som understøtter vores samarbejde og mandat.

Andreas,
afdelingssygeplejerske

Delt lederskab giver udfordringer

I det daglige arbejde med delt ledelsesspænd kan særligt to udfordringer fremhæves: For det første er det vigtigt, at lederne, der deler ledelsesspændet, sammen forholder sig til deres positionering over for personalet, for som det udtrykkes:



Vi har tre forskellige stærke og svage sider, og vi kan og skal ikke arbejde symbiotisk. Vi skal se forskelligheden som en styrke, men det kan jo godt være, at man hellere vil påtage sig nogle arbejdsopgaver, som man får positiv feedback på fra personalet. Man er for eksempel mere populær som leder, jo

mere man passer patienter, men man forsømmer bare nogle andre ledelsesopgaver og kan måske give ens ledelseskollega mere at lave. Så det er hele tiden en afvejning.

Andreas,
afdelingssygeplejerske

For det andet er koordinering en løbende opgave at udvikle, når ansvarsområder er uddelegeret.



Det er sårbart, at vi har delt det op i funktioner, hvis en er fraværende, så har vi andre ikke en dyb indsigt i den bestemte opgave. Og i forhold til personalemæssige opgaver kan der være risiko for enten dobbelt arbejde, eller at noget kan falde mellem to stole.

Andreas,
afdelingssygeplejerske

Større enheder lukker sig om sig selv

I forskningen om ledelsesspænd peges der på betydningen af relationer. Større ledelsesspænd kan vanskeliggøre tætte relationer, fordi der

opstår færre muligheder for nærvær både mellem leder og medarbejder men også mellem ansatte på tværs af afdelinger.

Baseret på Jody Gittels forskning, som godt nok er fra flyindustrien, er større ledelsesspænd netop undergravende for den relationelle koordinering mellem enheder. Større enheder lukker sig mere om sig selv, og det koster på deling af fælles mål, vidensdeling, gensidig respekt og kommunikation.

At relationer og ledelsesspænd hænger sammen går også igen i interviewene. Den dynamiske tilgang til ledelsesspænd nødvendiggør tillid og dialog både horisontalt mellem afdelinger og funktionsledere indbyrdes og vertikalt mellem ledelselagene. Det har betydning for, at alle ledelselag bidrager til den samlede organisations strategiske ledelse og styring.

Vær en del af den enheden

Det er via det organisatoriske helhedssyn, at mulighederne for dynamik og tilpasning opstår. Den sygeplejefaglige direktør udtrykker det således:

”

Du er leder af en enhed, men en del af en helhed – hvad kan jeg gøre for dig?

Marianne,
hospitalsledelsen

Alle giver udtryk for, at kommunikation og sparring er vigtig, uanset om der er tale om en leder eller en medarbejder, og uanset hvor stort et ledelsesspænd den enkelte leder har. Der skal med andre ord være mulighed for sparring og støtte, hvis der er behov for det.

”

Der kan være driftsfordele ved de store afdelinger, men så er det vigtigt at dele den op, så der bliver mindre enheder, hvor man kender en. Det er det aller vigtigste, i hvert fald for sygeplejersker, at man bliver set og hørt.

Gitte,
afdelingssygeplejerske

Det rette match

I litteraturen om ledelsesspænd er der begrænset fokus på lederen

som person, men interviewene peger på, at det er afgørende at finde det rette match mellem leder og ledelsesopgave.

Det generelle billede er, at det, der for lederen udløser tilfredshed med et givent ledelsesspænd, er, at den enkelte leder oplever at »lykkes med opgaven« ud fra personens egen holdning til, hvordan vedkommende gerne vil være leder.

Tidligere undersøgelser har peget på, at der kan være stor forskel på, hvad den enkelte leder lægger vægt på, når de oplever et ledelsesspænd som passende. Dette er også tilfældet i denne kvalitative undersøgelse.

Mindre spænd giver færre huller

En afdelingssygeplejerske lægger vægt på, at hun trives bedst i mindre ledelsesspænd, fordi de giver mulighed for nærhed.

”

Det der med at være til stede, hvor medarbejderne også er, er vigtigt for mig, for så ved jeg, hvad der rører sig – og jeg kan

lægge strategier ud fra, hvad der bliver sagt. Jeg kan løse problemer i opløbet.

Lise,
afdelingssygeplejerske

En anden lægger også vægt på, at mindre ledelsesspænd ikke giver huller i ledelsesarbejdet.

”

Der er en grund til, at jeg har valgt et lille sted. Her kan jeg være den leder, jeg gerne vil være, fordi jeg kan nå at »komme rundt«. Hvis jeg havde et stort ledelsesspænd, ville jeg ikke være tilfreds med min egen indsats.

Gitte,
afdelingssygeplejerske

Energien i spændet er vigtigt

Oversygeplejerskerne er ledere for ledere, og i Randers har de et ledelsesspænd på otte og ni ledere, men den dækker over mange forskellige faglige og strategiske opgaver. En oversygeplejerske oplever det således:

”

Hvis ledelsesspændet er for smalt, er der ikke energi i det. Min store afdeling er helt perfekt for mig, jeg vil ikke trives på en afdeling med kun ét speciale. Det her er helt fantastisk – samspillet mellem forskellige områder gør, at vi kan tænke i helheder. Hvis det er inden for eget ledelsesrum,



Om forfatterne

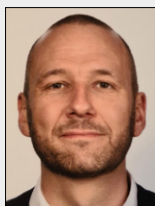
Ellen Margrethe Madsen

Lektor,
VIA University College,
Aarhus



Christian Bøtcher Jacobsen

Professor i sundhedsledelse, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet



Lars Dahl Pedersen

Direktør,
Privathospitalet
Mølholm



så tør man, fordi vi har relationen på plads. Det er jo det, vi skal – samarbejde – og sikre overgange for patienterne.

Eva, oversygeplejerske

Forudsætter godt kendskab

Hospitalsledelsen er opmærksom på at matche den rette person til den rette stilling og opgave, og da de som nævnt gerne etablerer store afdelinger med flere funktionsledere, vil der kunne indgå flere nuancer i dette match. Men at finde det rette match i praksis forudsætter, at det øverste ledelseslag »kender deres folk« og den faglige opgave.

Den sygeplejefaglige direktør ser netop kommunikationen med alle ledelseslag som helt afgørende i rollen som direktør. Hun bruger meget tid på kommunikation internt i organisationen, og hospitalets størrelse gør, at hun har et samlet overblik over alle oversygeplejersker og afdelingssygeplejersker.

Det store fokus på de rette match medfører, at der i organisationen ikke er en fasttømret model for ledelsesspænd, hvilket også understøttes af den sygeplejefaglige direktør:

”

Det er ikke klogt at være for firkantet med ledelsesspænd. Det er jo mennesker – de er forskellige. Vores opgave som hospitalsledelse skal være at understøtte. Støttefunktionerne skal også tilrettes individuelt. Vi skal ikke skifte lederne ud, så de passer til kasserne – nej, det skal være omvendt. En leder er ikke bare en leder, det handler også om, hvordan de kan løse opgaven sammen.

Marianne, hospitalsledelsen

Ledelsesspænd er dynamiske

Hvad skaber et passende ledelsesspænd? Det spørgsmål optager både forskere og praktikere, og mange har drømt at finde en formel for optimering af ledelsesspænd.

Denne interviewundersøgelse har vist, at det er afgørende for organisationens succes, at der etableres passende ledelsesspænd, men den har også vist, at ledelsesspænd er en dynamisk størrelse, som kræver løbende opmærksomhed.

I et sundhedsvæsen, hvor perso-

nale, opgaver og økonomi hele tiden forandres, kræver ledelsesspændene løbende tilpasning. Interviewene peger derfor også på, at de skal løftes ind i organisationens strategiske arbejde.

Ledelsesspænd skal understøtte organisationens kerneopgave og tilpasses eksempelvis diversitet i opgaverne, stabilitet, geografi og graden af relationel koordinering, som allerede er fremhævet i forskningslitteraturen.

Vær opmærksom på fire punkter

På baggrund af denne undersøgelse kan vi supplere og pege på fire forhold, som har betydning for, om ledere oplever et ledelsesspænd som passende:

1. Ledelsesspænd skal håndteres løbende og i relation til den organisatoriske helhed
2. Funktionsledere har brug for støtte fra hospitalsledelse, egen leder og fra hinanden
3. Relationer og dialog har stor betydning
4. Det er vigtigt at matche person og ledelsesopgave

Hvis der er opmærksomhed på disse faktorer, kan det styrke ledernes og medarbejdernes arbejdsglæde og muligheder for at skabe gode præstationer, mening og moti-

vation. Alt sammen er vigtige for, at ledere »lykkes med opgaven« og oplever deres ledelsesspænd som passende.



Referencer

- Gittel, Jody H. 2001. Supervisory Span, Relational Coordination and Flight Departure Performance: A Reassessment of Postbureaucracy Theory, *Organization Science*, 12 (4): 468-483.
- Gulick, L. & Urwick, L. (1937). *Papers on the science of administration*. New York: Institute of Public Administration.
- Jacobsen, Christian B., Ane-Kathrine L. Hansen og Lars D. Pedersen. Under udgivelse. Not Too Narrow, Not Too Broad: Linking Span of Control, Leadership Behavior, and Employee Job Satisfaction in Public Organizations.
- Ledelseskommisionen (2018). *Sæt Borgerne Først*. København.
- Meier, K. J., & Bohte, J. (2003). Span of Control and Public Organizations: Implementing Luther Gulick's Research Design. *Public Administration Review*, 63(1), 61-70.
- Pedersen, Lars D. og Christian B. Jacobsen 2020. Store ledelsesspænd har konsekvenser, *Dansk Tidsskrift for Ledelse i Sundhedsvæsenet*, 96, 1: 6-13.
- Pedersen, Lars D., Ane-Kathrine L. Hansen og Christian B. Jacobsen. 2021. Ledelsesspænd blandt afdelingssygeplejersker på danske hospitaler. <https://ps.au.dk/fileadmin/Statskundskab/CPL/Deskriptiv-LIS-Final.pdf>
- Simon, H. A. (1946). The Proverbs of Administration. *Public Administration Review*, 6(1), 53-67. doi:10.2307/9



Løft foden fra speederen og lug ud i det unødvendige

Sundhedsvæsenet bør fjerne behandlinger og undersøgelser uden nytteværdi. Det kræver en fælles indsats ud over enkelte anbefalinger, så ressourcerne frigives til det rigtige.

Af Susanne Axelsen,
Pernille Holmberg Laursen,
Camilla Flintholm Raft og
Maria Høffer

Kan Vælg Klogt hjælpe sundhedsvæsenet med at lette foden fra speederen og tvinge sig selv til et pusterum, hvor blikket rettes kritisk mod det, man allerede gør?

Kan pusterummet bruges aktivt til at begynde med en enkelt anbefaling og se på egen praksis – gør vi det, der er fagligt nødvendigt?

Kan små handlinger og samtaler om at vælge fra sætte gang i en større kulturforandring for at minimere spild og handlinger, der al-

ligevel ikke kommer patienterne til gode?

Det spørger vi om i Vælg Klogt – en organisation som er stiftet af Danske Patienter og De Lægevidenskabelige Selskaber og udpeger områder i sundhedsvæsenet, hvor der bliver udført unødvendige undersøgelser, behandlinger eller procedurer.

Hvad er spildet værd?

Hvis 20 pct. af sundhedsvæsenets ressourcer kan bruges bedre, er det på tide at handle. Hvis vi overfører internationale undersøgelser¹ 1:1 til danske forhold og dermed siger, at 20 pct. i det danske sundhedsvæsen er spild, unødvendigt, overflødigt,

ville det svare til et estimeret spild på 34,5 mia. kr. årligt.²

Selvfølgelig er tallet behæftet med usikkerhed, så lad os stoppe inden vi får landets sundhedskonomer på nakken. Men hold fast i tanken. Selv hvis tallet var halvtreds gange mindre, ville der være tale om penge som brugt rigtigt kunne gå til patienter, der venter på udredning og behandling, til forskning, til forebyggelse, til flere hænder og til at hjælpe patienter med at leve bedre liv med eller efter deres sygdom.

I stedet er unødvendig aktivitet med til at vedligeholde presset på et hurtigløbende sundhedsvæsen, hvilket yderligere øger risikoen for util-

sigtede hændelser, falsk-positive testresultater og tilfældige fund med ekstra overflødig udredning til følge.

Flere studier peger endda på, at presset i sig selv kan føre til mere unødvendig behandling i form af f.eks. udskrivning af bredspektret frem for smalspektret antibiotika, hvormed det øgede arbejdspress fører direkte til lavere behandlingskvalitet.^{3,4} Så hvorfor blive ved?

Tiden er inde til at aflære gamle vaner, at lytte til patienter og til at tage de kloge valg. Vælg Klogt skubber på den udvikling, men kan ikke lykkes alene.

Flere kloge valg som løsning

Vælg Klogt i Danmark bygger på *Choosing Wisely*-initiativet, der startede i USA i 2012 med det formål at reducere undersøgelser, behandlinger og procedurer, der ikke gavner patienter, og som i værste fald kan gøre skade. Siden har *Choosing Wisely* spredt sig til flere end 20 lande,⁵ som udover Danmark også tæller vores nordiske naboer – Finland og Norge, mens Sverige er på vej.

Initiativtagerne, organisationerne Danske Patienter og Lægevidenskabelige Selskaber, var fast besluttede på at etablere en dansk pendant til *Choosing Wisely*, og Vælg Klogts organisation og sekretariat blev med hjælp fra Danske Regioner en realitet med første arbejdsdag 1. januar 2020.⁶

Vælg Klogt udvikler anbefalinger til, hvad man bør undgå at gøre på områder i det danske sundhedsvæsen, og hvor procedurer og undersøgelser ikke har sundhedsfaglig værdi og ikke gavner patienterne.

For eksempel: Undgå billeddiagnostisk udredning med MR-scanning eller røntgenundersøgelse hos patienter med nyopståede lænderygsmerter, når der ikke er mistanke om alvorlig lidelse.

Eller: Undgå at give antibiotika mod bakterier i urinen, hvis ikke der er kliniske symptomer på blærebetændelse – undtagen hos børn og gravide kvinder.

Vælg Klogt er ikke et traditionelt udviklingsprojekt, der tilfører nyt og lægger til, men snarere en organisation, der løfter af, fjerner og skærer fra. En Vælg Klogt-anbefaling er læ-

gers og patienters håndslag på, hvad man kan lade være med at gøre, fordi det ikke gavner kvaliteten.

Vælg Klogt er på en og samme tid en meget håndgribelig og lavpraktisk indgang til at påvirke konkrete handlinger så tid, hænder og penge bliver brugt klogere. Så langt så godt for flere kloge valg. Men hvordan står det til herhjemme?

Er der overhovedet et problem?

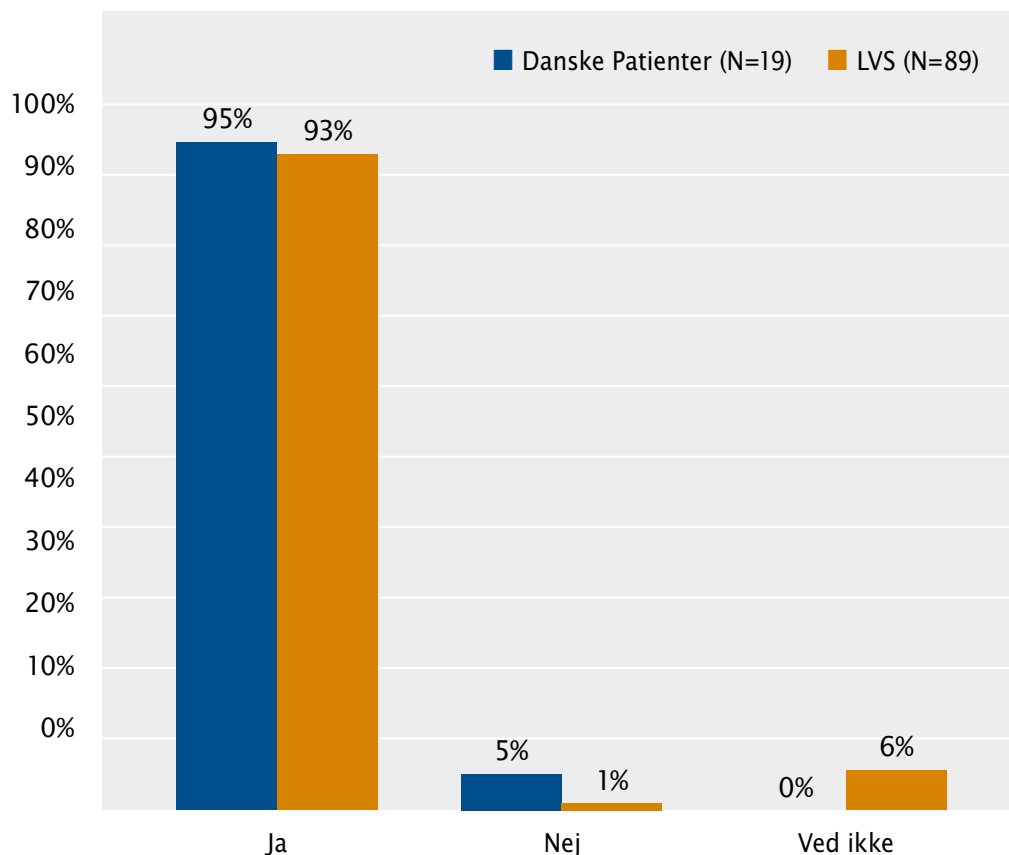
Unødvendige undersøgelser, procedurer og behandlinger forekommer også i Danmark. Lægefaglige selskaber og patient- og pårørendeforeninger har næsten samstemmende tilkendegivet, at »ja, der forekommer unødvendige undersøgelser, behandlinger og procedurer i sundhedsvæsenet«.

Det viser en rundspørge, som Vælg Klogt har foretaget i baglandet af de lægefaglige selskaber og patientorganisationer i 2021.⁷

Her er to eksempler på Vælg Klogt-anbefalinger om henholdsvis billeddiagnostik ved lænderygsmerter og antibiotikaforbrug, der begge

Figur 1. Opfattelse af overforbrug og spild i det danske sundhedsvæsen blandt lægefaglige selskaber under LVS og patientforeninger under Danske Patienter.

Tror I, at der bliver udført unødvendige undersøgelser og/eller behandlinger i det danske sundhedsvæsen



omhandler områder med potentiale for at reducere unødvendige undersøgelser i Danmark.

Eksempel 1: Et højt antibiotikaforbrug

Primærsektoren står for ca. 90 pro-

cent af forbruget af antibiotika i Danmark.⁸ Selvom vi i Danmark siden 2011 har set et fald i antibiotikaforbruget i primærsektoren på 25 pct., har vi et langt højere forbrug på plejehjem sammenlignet med andre lande.

Et studie af plejehjemsbeboere i EU- og EEA-lande viste, at gennemsnitligt 4,9 pct. af alle beboerne tog minimum et antibiotikum.⁹ I Danmark var dette tal over dobbelt så højt med en prævalens på 10,5 pct. Dette svarer til den højeste prævalens i alle de inkluderede lande.

Antibiotika til behandling og forebyggelse af blærebetændelse svarer til ca. 80 pct. af antibiotika-recepter i Danmark.⁹ U hensigtsmæssig brug af antibiotika til behandling af bakterier i blæren uden symptomer på blærebetændelse er dermed en kraftigt medvirkende årsag til overforbrug af antibiotika.¹⁰ Og det er skadeligt for patienter at få antibiotika uden grund.

Eksempel 2: Unødvendige scanninger

Cirka 15 pct. af danskerne lider af lænderygsmerter, og langt de fleste

af os vil i løbet af vores liv få ondt i ryggen.¹¹ Størstedelen af nyopståede tilfælde af længderygsmarter er godartede og går over af sig selv.¹² Derudover er det velbeskrevet, at rutinemæssig billeddiagnostisk udredning af lændesmerter ikke har en gavnlig effekt på patientens forløb og muligheden for at komme sig.¹³

I Danmark er der i 2020 lavet 147.705 MR- og røntgenscanninger af lænderyggen på landsplan (14). Vi har ikke tal på, hvor mange af disse undersøgelser der er unødvendige. Men vi ved, at flere og flere patienter med lænderygsmarter efterlyser billeddiagnostik eller får foretaget MR-scanninger tidligt i deres forløb.^{12,13}

Forskning viser endda, at det kun er i 5-10 pct. af tilfældene af lænderygsmarter, at billeddiagnostik er nødvendigt set ud fra et sundhedsfagligt perspektiv. For de resterende 90-95 pct. af tilfældene (det vil sige i uspecifikke og ukomplicerede tilfælde) vil billeddiagnostik ikke bidrage til behandlingen og kan gøre mere skade end gavn.¹⁵

Stort behov for flere initiativer

Så for at svare på vores eget spørgsmål – har det danske sundhedsvæsen overhovedet et problem – er svaret ja. For unødvendige undersøgelser, behandlinger og procedurer er langt fra ukendte for aktører i det danske sundhedsvæsen.

Med tanke på hvor mange Vælg Klogt-anbefalinger vores søsterorganisationer i eksempelvis Norge (Kloke Valg) og Canada (Choosing Wisely Canada) har udviklet, står vi overfor et enormt potentiale også her i landet. I Vælg Klogts kendskabsundersøgelse fra 2020¹⁶ udtrykte både patientforeninger og lægefaglige selskaber et udtalt behov for initiativer såsom Vælg Klogt for at optimere brugen af ressourcerne i det danske sundhedsvæsen.

Implementering er mere end anbefalinger

Alligevel sidder nogen måske med en berettiget skepsis over for, om det nu kan lykkes. Belært af erfaring – hvor mange initiativer har så set dagens lys uden at føre til den nødvendige forandring? Vi tror stædigt

på, at flere kloge valg er den rigtige løsning. Men vejen til målet er længere fremme end endimensionelle anbefalinger på en hjemmeside.

Et nyt, større studie af effekten af interventioner i forbindelse med Choosing Wisely-anbefalinger har slået fast, at det langt fra er nok at udvikle klare og evidensbaserede anbefalinger om, hvad man skal undgå.¹⁷

Studiet viser, at i blot 12,5 pct. af tilfældene vil en anbefaling reducere unødvendig aktivitet, hvis der ikke samtidig gøres noget aktivt for at implementere anbefalingen. For at se en effekt af en Vælg Klogt-anbefaling er der således behov for en aktiv implementeringsindsats.

Det kan f.eks. være undervisning af klinikere eller patienter, feedback til klinikere (f.eks. scorecard), kliniske beslutningsstøttesystemer (clinical decision support systems) eller nudging.

Skal ikke stå alene

Studiet viser desuden, at når der bliver iværksat aktive implementeringsinterventioner kan man reducere unødvendige undersøgelser el-

ler behandlinger i 64 pct. af tilfældene. Dertil kommer, at interventioner, som består af flere indsatser, har større sandsynlighed for at ændre praksis (77 pct.) sammenlignet med interventioner, der kun fokuserer på én indsats (47 pct.).

Studiet undersøgte også, hvem interventionerne skal målrettes for at være mest effektive. Her fandt man, at interventioner målrettet klinikere er mere effektive end interventioner målrettet patienter.

Interventioner rettet mod klinikere bidrager til en ændring i 65 pct. af tilfældene. Den største succesrate for implementering er til gengæld ved interventioner rettet mod både patienter og klinikere med et intenderet resultat i 80 pct. af tilfældene. Derfor skal Vælg Klogts anbefalinger ikke stå alene.

Alliancer med frontløbere er vejen frem

Hvis Vælg Klogt og resten af sundhedsvæsenet skal lykkes med at mindske unødvendig behandling, skal vi ikke nøjes med at udgive nye anbefalinger. I Vælg Klogt allierer vi os med frontløberne, så andre får



mulighed for at høste lavthængende frugter fra succesfulde projekter og kan lade sig inspirere til, hvordan en løsning kan se ud for at passe ind på lige netop deres afdeling, hospital, region, kommune eller praksis.

For eksempel har et nyt dansk studie vist, at der er et stort potentiale i at reducere den uhensigtsmæssige brug af antibiotika til plejhjemsbeboere. Antibiotikaforbruget hos plejhjemsbeboere er halveret ved hjælp af undervisning af plejhjemspersonalet i infektioner og smittespredning.¹⁸

Her står Vælg Klogt klar til at inspirere så andre får øje på en lavpraktisk, men meget effektiv, tilgang som denne.

Gode løsninger på tværs af regionerne

På samme måde har Region Syddanmark og Rygcenter Syddanmark formået at reducere unødvendige scanninger i regionen med cirka en tredjedel siden 2017 (baseret på egne beregninger).

Gennem et målrettet tværfagligt arbejde med en fælles regional retningslinje, returneringstekster på henvisninger, samt information til både patienter og klinikere er de godt på vej. Her kan Vælg Klogt bidrage til at formidle og udbrede metoder og produkter, så andre kan bygge videre på og inspireres af de gode resultater.

Hvis en region lykkes med at implementere en anbefaling, skal de

andre fire have nem adgang til den opskrift, som virker. Sådan skaber vi rum for, at de gode løsninger og

Om forfatterne

Susanne Axelsen

Leder, Vælg Klogt, formand, Lægevidenskabelige Selskaber, overlæge, Afd. for Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital



Pernille Holmberg Laursen

Tidl. studentermedhjælper, Vælg Klogt



Camilla Flintholm Raft

Konsulent, Vælg Klogt



Maria Høffer

Tidl. kommunikationsansvarlig, Vælg Klogt



ideer bliver delt, så ikke alle skal forme deres egen, dybe tallerken.

Forandringerne sker i hverdagen

En løsning for det pressede sundhedsvæsen er at gøre mindre af det unødvendige. Og i sidste ende er det på stuerne, operationsgangene, undersøgelsesrummene og ledelsesgangene – altså i virkelighedens hverdag – at de kloge valg skal tages.

Der lyder derfor ikke kun en opfordring, men også et opråb fra os om, at forandringen skal begynde et sted. Udfordringen kan tages op i det små, som når Region Nordjylland arbejder med Vælg Klogt som en del af deres strategiske fokusområde.

Når hospitaler i Hjørring og Aalborg tester nye former for anæsthesitilsyn som følge af en Vælg Klogt-anbefaling. Når Vælg Klogt-anbefalinger tages op på ugentlige tavlemøder med hospitalsledelsen i Vejle og Kolding. Når OUH's eget Behandlingsråd vurderer anbefalingerne i forhold til deres egen kliniske praksis og hverdag. Og når alle fem regi-

oner bakker op og deltager med afdelingsledelser på workshopforløb om at forbedre billeddiagnostik.

At turde tage de svære samtaler

Vælg Klogt-anbefalinger bygger ikke kun på, hvad der ud fra et sundhedsfagligt perspektiv giver mening, det skal også give mening for patienter, og vi fjerner det, der ikke gavner dem.

Det at tage kloge valg og turde snakke om det unødvendige skal ind i organisationen og ind i kulturen. Vælg Klogt er med til at etablere samtalerne, selvom nogle af dem er svære.

Hver gang der begynder en samtale om at vælge fra frem for til, skabes der rum for at foretage de rigtige undersøgelser, at de rigtige patienter får konsultationerne, at scanningerne går til de rigtige og så videre. Men de konkrete handlinger, ejerskabet og dermed også gevinsterne ligger lokalt. Med sundhedsvæsenet og patienterne som vindere.

Og vi er først helt i mål, når vi som organisation bliver arbejdsløse.

Referencer

1. OECD, *Tackling Wasteful Spending on Health*. 2017.
2. Altinget.dk. *Sundhedsøkonom: Dumt spørgsmål, men hvad koster sundhedsvæsenet?* 2019 01.03.2022); Available from: www.altinget.dk/sundhed/artikel/professor-dumt-spoergsmaal-men-hvad-koster-sundhedsvaesenet-i-danmark.
3. Allen, T., et al., *Physicians under Pressure: Evidence from Antibiotics Prescribing in England*. Med Decis Making, 2022: p. 272989x211069931.
4. Freedman, S., et al., *Docs with their eyes on the clock? The effect of time pressures on primary care productivity*. J Health Econ, 2021. 77: p. 102442.
5. Born, K.B. and W. Levinson, *Choosing Wisely campaigns globally: A shared approach to tackling the problem of overuse in healthcare*. J Gen Fam Med, 2019. 20(1): p. 9-12.
6. vaelgklogt.dk. *Baggrund, Vælg Klogt*. 2021; Available from: <https://vaelgklogt.dk/om-vaelg-klogt/baggrund>.
7. Klogt, V., *Kendskabsundersøgelse 2021*. 2021: www.Vaelgklogt.dk (endnu ikke offentliggjort).
8. Attauabi, M., et al., *DANMAP 2020: Use of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from food animals, food and humans in Denmark*. 2021.
9. Ricchizzi, E., et al., *Antimicrobial use in European long-term care facilities: results from the third point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use, 2016 to 2017*. Euro Surveill, 2018. 23(46).
10. Kelley, D., et al., *Evaluation of an antimicrobial stewardship approach to minimize overuse of antibiotics in patients with asymptomatic bacteriuria*. Infect Control Hosp Epidemiol, 2014. 35(2): p. 193-5.
11. Flachs EM, E.L., Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
12. Chou, R., et al., *Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians*. Ann Intern Med, 2011. 154(3): p. 181-9.
13. Sundhedsstyrelsen, *National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygmerter*. 2016.
14. Sundhedsdatastyrelsen, *Landspatientregisteret*. 2021.
15. Hall, A.M., et al., *Do not routinely offer imaging for uncomplicated low back pain*. BMJ, 2021. 372: p. n291.
16. Malling, B., et al., *The Danish Choosing Wisely concept*. Danish medical journal, 2021. 68(10): p. A11200889.
17. Cliff, B.Q., et al., *The Impact of Choosing Wisely Interventions on Low-Value Medical Services: A Systematic Review*. Milbank Q, 2021. 99(4): p. 1024-1058.
18. Arnold, S.H., et al., *Effectiveness of a tailored intervention to reduce antibiotics for urinary tract infections in nursing home residents: a cluster, randomised controlled trial*. Lancet Infect Dis, 2021. 21(11): p. 1549-1556.