

Situationsanalyse



Aarhus Universitetshospital

Analyse af operationsområdet

Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland

Marts 2020



Indhold

Indledning	4
Kort om situationen på operationsområdet	5
Proces og metode	5
Projektorganisering	5
Proces	6
Aktiviteter og dokumentation	6
"Åbent-Hus"	7
Workshops	7
Fusionsprocessen på AUH	7
Organisering og ledelse på operationsområdet	8
Etableringen af tre OPI'er i 2015	8
B&O og opstartsprocessen	9
Organisering og ledelse af operationsområdet	10
Observationer og vurderinger	12
Tema 1: Ledelse, organisering og arbejdsdeling	13
1. Kliniknær ledelse	13
2. Den samlede ledelsesorganisation	14
3. Kirurgernes rolle på operationsområdet	15
4. Ledelseskultur og kommunikation	15
5. Ensartethed versus lokale løsninger	16
6. Hospitalets vision, mål og retning	18
Andre observationer	19
Tema 2: Arbejds miljø og kultur	20
7. Arbejdsglæde og jobtilfredshed	20
8. Medinddragelse	21
9. Faglig identitet	22
10. Tværfagligt teamsamarbejde	22
Tværgående arbejdsproblemstillinger	23
Anbefalinger. Ledelse, organisering og arbejdsdeling – Tema 1	24
1: Organisering af B&O	24
2: Afdelingsledelser på operationsområdet	25
Afdelingsledelsens bemanning	26
Kompetencer og arbejdsdeling	26
Stabsstøtte	26

3: Vision og retning	26
4: Ensartethed versus lokale løsninger	27
Anbefalinger. Arbejdsmiljø og kultur – Tema 2.....	28
1: Medarbejderinddragelse og beslutningsprocesser	28
2: Den faglige identitet	28
3: Ledelseskommunikation.....	29
Afsluttende bemærkning	30
Bilag 1 - Interviewliste.....	31
Bilag 2 - Udvalgte, overordnede nøgletal	32
Bilag 3 - Baggrund: Vilkår for ledelse og drift af operationsområdet i indflytningsperioden	37
Bilag 4 - Ændringer i ledelsen af AUH 2011-2020	42

Indledning

Operationsområdet på Aarhus Universitetshospital i Skejby (AUH) har gennem en periode været udfordret på en række områder, hvorved driften er blevet forstyrret på markant vis. Antallet af operationer har været for lavt, der har været/er et højt antal aflysninger, Sterilcentralen har fungeret utilfredsstillende og nye tilgange til organisering og arbejdstilrettelæggelse har ikke fungeret efter hensigten.

MUUSMANN har fået til opgave at gennemføre en analyse af operationsområdet med fokus på vurdering af ledelse, organisation, arbejdstilrettelæggelse, kommunikation og samspil.

Hensigten er at afdække udfordringer og muligheder på operationsområdet gennem et transparent analyseforløb.

Analysen har således til formål at vurdere situationen på operationsområdet på AUH og herunder fremlægge anbefalinger, der kan rette op på den nuværende situation, således at det kirurgiske og operative område bliver velfungerende og indfrier sit store potentiale, samt at det faglige og ledelsesmæssige miljø kan genvinde sit fremragende omdømme.

Analysen omhandler to temaer:

1. Ledelse, organisering og arbejdsdeling
2. Arbejdsmiljø og kultur

Analysen er gennemført ud fra følgende principper:

- Bygger videre på analyser og vurderinger, der allerede er udført eller igangsat.
- Åben og undersøgende tilgang.
- Involverer alle niveauer i OP-organisationen.
- Interviews foregår i et fortroligt rum og har samtalens karakter.
- Forventning om konstruktiv deltagelse.

MUUSMANNs tilgang til organisationsanalyse og organisationsudvikling baserer sig på, at ændringer i de organisatoriske konstruktioner sjældent skaber løsninger i sig selv, da forandringspotentialet som hovedregel relaterer sig til organisationens ledelsesmæssige og organisatoriske kompetencer, etablering af relationer, samarbejdskompetencer, planlægningskompetencer, handlekraft og rettidig omhu.

Udfordringerne på operationsområdet kan derfor ikke alene håndteres gennem strukturelle ændringer, hvorimod det er væsentligt at identificere, om strukturer står i vejen for at gennemføre den ønskede forandring.

Hospitalsledelsen har tilkendegivet, at analysen af operationsområdet – sammen med stabens økonomianalyser mv. og "Lean-analyse af patient- og instrumentflow, ortopædkirurgiske operationer" – skal udgøre et delgrundlag til Hospitalsledelsens beslutningsgrundlag om eventuelle ændringer på det samlede operationsområde på hospitalet.

Rapporten er udarbejdet af MUUSMANN A/S. Deltagende konsulenter har været Pernille Moll, Dorte Crüger og Lars Muusmann.

Kort om situationen på operationsområdet

Det nye Aarhus Universitetshospital har på operationsområdet store udfordringer med at komme op i et acceptabelt og forventet driftsniveau efter fusionsprocesserne og de løbende indflytninger i det nye bygningskompleks. I regionen bemærkes især, at det tager væsentligt længere tid end planlagt at få driften og samarbejdet til at fungere på det forventede niveau. Det er iagttaget, at der fortsat er en lav operationsaktivitet, høje aflysningsprocenter og et udfordret arbejdsmiljø.

I kølvandet på flytningerne fra Kommunehospitalet og Århus Amtssygehus har operationsområdet på AUH været ramt af personalemangel og utilstrækkelig udnyttelse af kapaciteten.

Hovedudfordringen er fortsat todelt:

- Der er ikke et tilstrækkeligt antal operationsstuer i drift pga. mangel på især operations- og anæstesisygeplejersker
- Udnyttelsen af de stuer, der er i drift, er samlet set ikke tilfredsstillende

Det er Hospitalsledelsens klare mål at øge aktiviteten og udnytte kapaciteten. Det skal ske gennem bedre udnyttelse af eksisterende lejer, ved at øge antallet af bemandede lejer samt skabe en mere fleksibel organisering af personalet på tværs af operationsstuerne.

En større gruppe overlæger fra kirurgiske specialer, kaldet "initiativgruppen", har over for Regionsrådet udtrykt stor utilfredshed med den utilstrækkelige operationskapacitet og kritiseret organiseringen af operationsområdet, Hospitalsledelsen og ledelsen af B&O. Gruppen påpegede blandt andet problemerne med funktionen af Sterilcentralen, utilfredsstillende arbejdsbetingelser for operationssygeplejerskerne samt manglende inddragelse af kirurgiske kompetencer og viden i ledelsen af det samlede OP-område.

Det kan konstateres, at det i løbet af analyseforløbet er fremgået, at gruppens synspunkter og vurderinger i stor udstrækning deles af medarbejdere og ledere i anæstesi og kirurgien. Det gælder også for langt den største del af OP-organisationen. Enslående kritik i overensstemmelse med ovenstående, utilfredshed, problemer og frustrationer er bragt frem gang på gang fra medarbejdere og ledere, herunder også ved "åbent-hus"-arrangementerne. Omend der på visse felter er sket forbedringer – f.eks. på sterilområdet – må den samlede situation internt i den tværgående anæstesiafdeling Bedøvelse og Operation karakteriseres som kritisk og alvorlig.

Proces og metode

Projektorganisering

Der er nedsat en styregruppe med følgende sammensætning:

- Lægefaglig direktør Claus Thomsen (formand), Hospitalsledelsen, AUH
- Koncerndirektør Ole Thomsen, Region Midtjylland
- Hospitalsdirektør Poul Blaabjerg, Hospitalsledelsen, AUH
- Oversygeplejerske Susanne Boll, Afdelingsledelsen for B&O, AUH
- Ledende overlæge Palle Juulsgaard, Afdelingsledelsen for B&O, AUH
- Oversygeplejerske Birgit Eg Andersen, Ortopædkirurgi, AUH
- Ledende overlæge Anette Ryslev, Urinvejskirurgi, AUH
- Overlæge Niels Juul, Funktionsleder på B&O, AUH

- Afdelingssygeplejerske Marianne Mikkelsen, B&O, AUH
- Programleder Christina Egelund Antonsen, AUH

Styregruppen har afholdt fire møder i perioden december 2019 - marts 2020. Styregruppen har godkendt og fulgt processen samt drøftet og kommenteret observationer og vurderinger undervejs.

Styregruppen valgte på det første møde at nedsætte en følgegruppe. Som en del af aktiviteterne i processen (interviews, workshops mv.) skulle følgegruppen blandt andet bidrage til, at det klinisknære perspektiv blev en del af grundlaget for vurderinger og anbefalinger. Der er tilstræbt en bred repræsentation i følgegruppen. Hospitalsledelsen har udpeget medlemmerne af følgegruppen, idet TR-organisationen og overlægerådet indstillede medlemmer til gruppen. Følgegruppen har været indkaldt to gange.

Proces

Der er indsamlet data gennem individuelle interviews og fokusgruppeinterview med kvalificering i workshops samt drøftelser i følgegruppen og styregruppen. Der har været tilstræbt en åben og involverende proces.

Analysen har taget udgangspunkt i den aktuelle situation sammenholdt med mål og opgaver for afdelingerne og er gennemført i samspil med og respekt for de projekter, hospitalet og afdelingerne allerede har igangsat.

Aktiviteter og dokumentation

Aktiviteterne har været tilrettelagt med henblik på at sikre, at de relevante perspektiver er blevet belyst. I analysen indgår:

- Desk study (vigtige dokumenter og data, eksempelvis opgørelser af kapacitet, aktivitet, aflysninger og TULE-målinger)
- Interviews (individuelle og grupper). Der er herunder blevet inviteret til "Åbent Hus" for medarbejdere på det samlede operationsområde (2 seancer i et afgrænset tidsrum fra ca. kl. 15.00)
- Workshops for at kvalificere undervejs

Analysens primære datakilde udgøres af semistrukturerede interviews med ledere og medarbejdere på operationsområdet, udvalgte samarbejdspartnere fra samarbejdende afdelinger og Hospitalsledelsen. Der er i alt planlagt og gennemført 47 interviews, herunder personlige, duoer og grupper. MUUSMANN har i alt været i dialog med ca. 175 informanter undervejs i processen.

Det har været et mål at komme hele vejen rundt om udfordringerne på operationsområdet, hvorfor der er udvalgt informanter på alle niveauer og repræsenterende alle de vigtigste faggrupper og dele af organisationen. Listen med gennemførte interviews vedlægges som [bilag 1](#).

Følgende materiale har i særlig grad været anvendt i analysen:

- Ny B&O og Intensiv, beslutningsgrundlag af 26.01.2018
- Åbent brev fra en gruppe overlæger til Region Midtjylland, 26.05.2019
- Operationsområdet på Aarhus Universitetshospital. Fra plan til virkelighed under fælles tag 2005-A2019. Hospitalsledelsen juni 2019. Arbejdsrapport
- Lean-analyse af patient- og instrumentflow. Overlæge Frank Farsø, 08.11.2019

- Trivselsundersøgelse og Ledelsesevaluering (TULE-rapporter) for AUH, og for afdelingerne på operationsområdet (okt.-dec. 2019)
- En række opgørelser af kapacitet, aktivitet, aflysninger og sygefravær (overordnede nøgletal er vedlagt som [bilag 2](#))

Der har generelt været en tydelig overensstemmelse på centrale punkter mellem beskrivelser og vurderinger af status og udfordringer på operationsområdet på tværs af de afviklede aktiviteter, herunder på møder med følgegruppen. Blandt andet har medarbejdere og ledere på tværs af faggrupper og specialer spontant gjort opmærksom på de samme forhold og temaer.

“Åbent-Hus”

MUUSMANNs analyse har haft som forudsætning, at flest mulige perspektiver inddrages i analysegrundlaget, og at ingen aktører på hospitalet har været udelukket fra at bidrage med budskaber, observationer, opmærksomhedspunkter eller vurderinger. Derfor er der gennemført to “åbent-hus”-arrangementer i januar 2020. Information, der er kommet frem på de åbne møder, er inddraget i analysegrundlaget sammen med de øvrige kilder.

De to “åbent-hus”-arrangementer foregik i en stemning præget af engagement, især det ene arrangement var velbesøgt. Der blev fremlagt mange konstruktive bidrag fra medarbejdere og ledere. Flere havde valgt at komme ind på ferie- og fridage. Derudover har MUUSMANN modtaget skriftlige bidrag fra medarbejdere og ledere, som ikke havde mulighed for at deltage i møder og arrangementer.

Workshops

I januar og februar 2020 blev gennemført to workshops med en kreds af deltagere fra AUH, som samlet set repræsenterer stor viden og indsigt i de to analysetemaer. MUUSMANN har fremlagt foreløbige observationer og vurderinger for workshopdeltagerne.

På disse workshops er der foretaget en gennemgang, drøftelse og kvalificering af beskrivelser og vurdering af udfordringer og potentialer på operationsområdet samt identificeret mulige løsninger.

Repræsentanter for styregruppen har deltaget i begge workshops, hvilket har bidraget til at sikre sammenhæng og løbende indblik i analysens fremdrift.

Fusionsprocessen på AUH

Som en del af forståelsen af situationen på operationsområdet i 2020 er der ofte trukket forhold frem, som handler om tilrettelæggelsen af fusionsprocessen, forhold i planlægningen og projekteringen af hospitalet samt flere uforudsete hændelser.

Nogle af de vigtigste omstændigheder har været, at etableringen af den tværgående afdeling for Bedøvelse og Operation er sket i et terræn af forandringer, ændrede forudsætninger og nye beslutninger, herunder forsinkelse i første fase af indflytningen. Der har i forløbet været udskiftning på centrale chefposter, som ligeledes har haft indvirkning på kontinuiteten i ledelsesarbejdet.

Læsere, som i forvejen kender til forløbet og udfordringerne på operationsområdet, kan med fordel springe de følgende afsnit over, og gå direkte ned til anbefalingerne på s. 23.

Et gennemgående budskab i mange interviews og samtaler har været, at forventningerne til fusionsprocessen “oppefra” har været urealistiske. Medarbejderne har oplevet, at de forventedes at kunne levere på samme eller højere niveau umiddelbart efter indflytningen. Samtidig er det for mange en erkendelse efter selv at have været igennem processen, at det tager måske op til 1-2 år at komme i

stilling på alle fronter. Der kræves ressourcer til træning og teambuilding op til indflytningen og i overgangsperioden, inden de kliniske afdelinger kan blive i stand til at producere på et forventet højt niveau.

En anden overordnet iagttagelse er, at der er store forskelle i aktiviteter, vilkår og funktionaliteter mellem specialerne og geografiene på operationsområdet. De afdelinger/enheder, der fungerer bedst, er generelt kendetegnet ved:

- Kontinuitet i ledelsen, stort engagement og ledelsesmæssig tilstedeværelse i klinikken
- Stærkt fagligt miljø med entydig identitet, tætte relationer på tværs af faggrupper og specialiserede faglige teams
- "Tidstro" og professionel planlægning og træning inden indflytning
- Hensigtsmæssig fysisk placering
- Stor grad af lokal indflydelse på indretning, planlægning og arbejdsprocesser

Indflytningen er forløbet relativt uproblematisk i nogle afdelinger og områder, mens der i andre har været store udfordringer med at komme ind i god arbejdsmæssig gænge. Fusionen har således berørt afdelingerne forskelligt, idet der i OP-Øst har der været færre forandringer end i OP-Nord og OP-Syd.

For en uddybende gennemgang af vilkår for ledelse og drift af operationsområdet i indflytningsperioden, som i dag vurderes at have haft særlig betydning for processen set fra operationsområdets perspektiv, henvises til [bilag 3](#).

Indledningsvis er det væsentligt at fastslå, at det at bringe et "supersygehus" i Aarhus til at fungere med ny fysisk indretning, sammenbragte specialer og faggrupper, bredde og dybde i opgaveløsningen og snævre økonomiske bindinger, er en meget vanskelig opgave, hvor volumen og kompleksitet er voldsom. I forløbet er spørgsmålet flere gange rejst: Hvordan organiseres andre store universitetshospitaler i ind- og udland? Der er imidlertid ikke andre hospitaler at vende sig mod for at finde det gode eksempel til efterfølgelse, hvor opgaven og rammebetingelserne er sammenlignelige. Forudsætninger, vilkår og kultur er forskellige – så hvad der virker et sted, kan være umuligt at få til at fungere et andet sted.

Der er således tale om en særlig ledelsesopgave af en størrelse og kompleksitet, hvor kravene til kompetence, indsigt og viden er store. Den gruppe ledere og medarbejdere, der har haft ansvar for at løfte opgaverne på operationsområdet udmærker sig netop ved, at de er "fightere", der er blevet, og som hver dag arbejder hårdt for at få det til at lykkes. Det fortjener anerkendelse.

Organisering og ledelse på operationsområdet

Etableringen af tre OPI'er i 2015

Organiseringen af operationsområdet på Det nye Universitetshospital Aarhus blev forberedt allerede i 2013, hvor Hospitalsledelsen på baggrund af anbefalinger fra en intern styregruppe besluttede et etablere tre selvstændige operations- og intensivafdelinger (OPI'er) ledet af anæstesiologien. Formålet var at etablere en organisering, som kunne sikre drift og patientsikkerhed i tilknytning til bygge- og flytteprocessen og frem imod samlingen "under fælles tag".

De såkaldte "OPI'er", som omfattede operation, intensivt og perioperativt afsnit, blev knyttet til tre centre: Akutcentret, Abdominalcentret og Hjertecentret. Med afsæt i den fysiske placering på det nye hospital blev enhederne betegnet: Nord, Syd og Øst.

Denne beslutning indebar, at de nye afdelinger – som noget nyt – også omfattede operationspersonalet, så anæstesi- og operationssygeplejersker blev en del af samme organisation og fik samme ledelse, og at der hermed blev skabt betingelser for koordination, optimering og teamsamarbejde.

I perioden op til flytningen fik den nye organisation og ledelse af operationsområdet i praksis ikke stor betydning for de kirurgiske afdelinger og driften af operationsstuerne. De kirurgiske afdelinger havde fortsat deres egne operationsstuer, og teamsamarbejdet var kendetegnet ved tætte relationer mellem læger og sygeplejersker.

Det vurderes generelt af mange, at OPI'erne – som fungerede i perioden 2015-2017 – i hovedtræk var velfungerende. Samarbejde og koordinering mellem afdelingsledelsen for OPI og de kirurgiske afdelinger havde et naturligt organisatorisk ophæng i de tre centre.

I perioden omkring den fysiske indflytning på det nye hospital blev centerstrukturen afskaffet. Samtidig kom der et øget fokus på behovet for tværgående kapacitetsudnyttelse på operationsområdet og på nødvendigheden af yderligere at omlægge operationsaktivitet fra stationær til ambulans behandling for at realisere de ønskede effektiviseringer. Ledelsen vurderede imidlertid ikke, at OPI-konstruktionen i tilstrækkelig grad understøttede disse formål. Denne vurdering blev grundlag for udvikling af ideen om en samlet B&O afdeling.

B&O og opstartsprocessen

Samlingen af de tre OPI'er i én tværgående afdeling blev således indledt i efteråret 2017. Her igangsatte den nye hospitalsledelse et arbejde for at tilrettelægge en organisering, som skulle koble Sterilcentralen og OPI-afdelingerne tættere sammen. Parallelt hermed blev der nedsat et OP-Driftsråd for hele operationsområdet på tværs af de hidtidige centre med repræsentanter fra OPI, Dagkirurgien og de kirurgiske afdelinger.

Primo 2018 besluttede Hospitalsledelsen på den baggrund at etablere to nye afdelinger pr. 1. april 2018:

- Intensiv, bestående af de daværende intensivenheder på OPI Øst, OPI Nord og OPI Syd
- Operation, bestående af daværende operations- og perioperative afsnit på OPI Øst, OPI Nord og OPI Syd, Dagkirurgien samt Sterilcentralen

Den overordnede intention med at samle operationsområdet var først og fremmest at opnå en bedre udnyttelsesgrad af den samlede operationskapacitet.

I første omgang blev der etableret en interim-ledelse på seks personer. I OPI'erne var der otte personer i de fire afdelingsledelser. De to fik ansvar for intensivafdelingen, mens de resterende seks personer udgjorde interim-ledelsen af B&O i 2018.

Samtidig blev der gennemført en intern analyse af muligheder og perspektiver, som resulterede i et beslutningsgrundlag og i funktionsbeskrivelser for ledelsen af den nye, fusionerede B&O-afdeling. Der blev valgt en model med en afdelingsledelse bestående af fire ligestillede ledere. De seks ledere i interim-ledelsen gennemgik et udvælgelsesforløb samtidig med, at fortsatte samarbejdet om ledelsen af den tværgående afdeling.

Flere af de involverede har beskrevet, at forløbet i 2018 var belastende for afdelingsledelsen. Denne periode havde tidsmæssigt sammenfald med fase 1 og 2 af indflytningen. De nuværende fire ledere

blev udvalgt til at udgøre ledelsen af den nye afdeling, og den nuværende afdelingsledelse for B&O var dermed på plads i december 2018.

Afdelingsledelsen beskriver, at de fik til opgave at harmonisere operationsområdet og implementere nye koncepter som forudsætning for at effektivisere vagtarbejdet med øget fleksibel kapacitet, hvor operationssygeplejerskerne skulle fungere i flere forskellige operative enheder (specialer). Sterilcentralen blev lagt ind under B&O-afdelingen tre måneder før indflytningen sammen med 2 sterillagre.

Intentionen var, at afdelingsledelsen med den nye konstruktion skulle have bedre muligheder og vilkår for at gennemføre effektiviseringer og optimere anvendelsen af den samlede operationskapacitet, end OPl'erne havde haft.

Organisering og ledelse af operationsområdet

Hospitalsledelsen

OP-Driftsråd eksisterer fortsat på tværs af hele operationsområdet. Rådet består af Hospitalsledelsen, Afdelingsledelsen for B&O og afdelingsledelserne for de kirurgiske afdelinger. Rådet sekretariatsbetjenes af den centrale stab.

Hospitalsledelsen har valgt en kontaktdirektørordning. Afdelingerne er fordelt mellem direktørerne, så hver afdeling har en primær kontaktdirektør og en sekundær kontaktdirektør, som tilsammen udgør et team. Frem til sommeren 2019 var Inge Pia Christensen og Jørgen Schøler Kristensen hhv. primær og sekundær kontaktdirektør for B&O. Inge Pia Christensen havde tidligere været kontaktdirektør for de tre OPl'er og Dagkirurgien. På grund af ønsker fra afdelingerne valgte Hospitalsledelsen i august 2019 at omfordele opgaverne, så Claus Thomsen blev primær og Poul Blaabjerg sekundær kontaktdirektør for B&O.

Bedøvelse og Operation

Bedøvelse og Operation består af afdelingsledelsen på 4 personer, staben på 2 personer og 17 afsnit med 2 funktionsledere på hver, i alt 34 funktionsledere, som tilsammen leder ca. 1050 medarbejdere, primært anæstesilæger, anæstesisygeplejersker og operationssygeplejersker.

Afsnittene er fordelt således på områder/geografier:

- Øst (5 afsnit): OP 1, OP 2, OP 3, Forberedelse og opvågning 1 og 2, Forberedelse og opvågning 3
- Nord (4 afsnit): OP 1, OP 2, OP 3, Forberedelse og opvågning 1 og 2
- Syd (4 afsnit): OP 1, OP 2, OP 3, Forberedelse og opvågning 1 og 2
- Dagkirurgi (2 afsnit): 1 og 4, 2 og 3
- Sterilcentralen (2 afsnit) og 2 sterillagre

Afdelingsledelsen har søgt at håndtere den store kompleksitet og bredde i opgaver og geografi samt de mange driftsrelaterede udfordringer ved at dele områderne mellem sig. Efter samme model som i Hospitalsledelsen er der indført kontaktlederordning for områderne i to teams med to personer i hver, hvor den ene varetager rollen som primær kontaktperson. Ud fra princippet "tværfaglig ledelse" udgøres de to lederteams hver af en læge og en sygeplejerske.

Samarbejdet mellem B&O og de kirurgiske afdelinger er tilrettelagt forskelligt i geografierne. Der er eksempelvis etableret en "Horisontgruppe" i Nord, som har strategisk fokus på at optimere patientforløb. I Syd er igangsat en proces med etablering af tværgående OP-driftsledelser på funktionslederniveau.

Der er truffet beslutning om at udskille Sterilcentralen fra B&O i en selvstændig afdeling under egen ledelse pr. 1. april 2020.

Kirurgiske afdelinger

Operationsområderne er organiseret med 10 kirurgiske afdelinger med hver sin afdelingsledelse bestående af to personer: En ledende overlæge og en oversygeplejerske/-jordemoder.

Størrelsen på de kirurgiske afdelinger varierer betragteligt fra ca. 50 (Tand-, Mund- og Kæbekirurgi) til ca. 350 medarbejdere (Kvindesygdomme og Fødsler).

Alle de kirurgiske afdelinger har i en eller anden grad været berørt af fusionen, selv dem, der i forvejen var på Skejby. Nogle har skullet flytte sammen og nogle har skullet flytte internt på Skejby.

Samtidig har man også oprettet et selvstændigt OP-afsnit for børn og unge, som har påvirket de afdelinger, der behandler børn.

De kirurgiske afdelinger har i varierende grad været ramt af manglende operationskapacitet efter indflytningen på AUH. Det skyldes den konkrete fordeling af operationslejer mellem specialerne og det forhold, at nogle operationsafsnit har været særligt ramt af mangel på operations- og især anæstesisygeplejersker. Primo 2020 er især ortopædkirurgien, urologien og gynækologien udfordret af manglende kapacitet, ligesom flere kirurgiske afdelinger er særligt udfordret ved at have spredt operationsaktiviteten ud over flere forskellige geografier på AUH.

Udfordringer for ledelsen af operationsområdet 2017-2019

Det kendetegner ledelsen af operationsområdet på AUH, at ledelsesstrukturen har gennemgået flere markante ændringer undervejs i indflytningsprocessen. Der har været markante ændringer i alle ledelseslagene og udskiftning på en række nøgleposter.

Den tidligere hospitalsdirektør blev afskediget i januar 2017. Kort tid herefter tiltrådte Inge Pia Christensen, og koncerndirektør Ole Thomsen var konstitueret hospitalsdirektør frem til maj, hvorefter Poul Blaabjergs tiltrådte medio 2017. I Hospitalsledelsen blev 3 ud af 4 direktører således udskiftet i løbet af en kort periode i starten af 2017 (se oversigt [bilag 4](#)). Lægefaglig direktør Claus Thomsen har været den eneste gennemgående person under hele fusionsprocessen.

I 2018 blev afdelingsledelsen på B&O reduceret fra 6 til 4 personer. Der har desuden været en række udskiftninger på mellemlederniveauet af funktionsledere og afdelingssygeplejersker, hvorved ganske mange medarbejdere har fået ny personaleleder. Endelig er der i 2019 sket udskiftning i Hospitalsledelsens kontaktdirektør-repræsentanter i forhold til B&O og de kirurgiske afdelinger.

Indkøring af ledere på nye poster og konsolidering af samarbejdet i lederteams vil altid kræve en overgangsperiode, og det har været kendetegnende for AUH, at der i perioden 2017-2019 er sket udskiftning af mange ledere på centrale poster. Det har endvidere afstedkommet nye vilkår – især for ledere, at centerstrukturen blev nedlagt i 2017 og centerledelserne forsvandt.

Disse ændringer har stillet nye krav til både hospitals- og afdelingsledelser i tillæg til de nye krav og opgaver, som har været en konsekvens af fusionen.

De nye ledere er fra starten blevet mødt med en forventning om at kunne realisere økonomiske og driftsmæssige tilpasninger og samtidig køre området op i et højere driftsniveau.

Hospitalsledelsen har – ud over et tydeligt internt pres – været under stærkt eksternt pres fra regionspolitikere og offentlighed for at løse udfordringerne med nedsat aktivitet, aflysninger, opsigelser og rekruttering af sygeplejersker, ligesom situationen og ændringerne på hospitalet følges tæt af mange parter.

Der er fortsat vakante stillinger i Bedøvelse og Operation, og der arbejdes løbende på at rekruttere anæstesisygeplejersker og operationssygeplejersker. Status primo februar 2020 var, at der manglede 18 anæstesisygeplejersker og 18 operationssygeplejersker, hvilket var udtryk for en mindre forbedring siden seneste opgørelse. Vakancerne har primært indflydelse på den ortopædkirurgiske kapacitet på operationsområdet i OP-Nord samt den gynækologiske og den urologiske kapacitet i OP-Syd.

Sterilcentralen har været kilde til store udfordringer i 2018 og 2019, hvor der i perioder har været væsentlige driftsforstyrrelser og underkapacitet. Håndteringen af problemerne med Sterilcentralens utilfredsstillende leverancer og instrumentflow har været en alvorlig og tidskrævende opgave for Hospitalsledelsen og Afdelingsledelsen, og har i høj grad påvirket flow og arbejdsmiljø negativt på operationsområdet.

Observationer og vurderinger

Situationen på operationsområdet er primo 2020 præget af fortsatte udfordringer og frustrationer blandt både ledere og medarbejdere: operationsaktiviteten er fortsat for lav, der er stadig for mange aflysninger og ombookinger, og arbejdsmiljøet er påvirket negativt.

På nogle områder er der tegn på en forbedret situation. Forholdene på Sterilcentralen er klart forbedret, og på nær enkelte afsnit er der færre vakancer for operationssygeplejersker. Samtidig udestår fortsat en opgave med oplæring af nye medarbejdere, en udfordret rekrutteringssituation af anæstesisygeplejersker, mange aflysninger, skrøbelig situation med ældre apparatur på visse afdelinger og på Sterilcentralen, hvorfor det endnu er usikkert, om den forbedrede situation er holdbar. På andre områder er situationen præget af stor og stigende frustration over, at problemerne fortsætter på 2.-3. år.

I det følgende afsnit udfoldes MUUSMANNs observationer og vurderinger inden for de to analysetemaer. Flere af emnerne har tværgående karakter og repræsenterer en indbyrdes indholdsmæssig sammenhæng.

Tema 1: Ledelse, organisering og arbejdsdeling

Observationer og vurderinger: Tema 1

1. Kliniknær ledelse
2. Den samlede ledelsesorganisation
3. Kirurgernes rolle på operationsområdet
4. Ledelseskultur og kommunikation
5. Ensartethed versus lokale løsninger
6. Hospitalets vision: mål og retning

1. Kliniknær ledelse

Medarbejdere og ledere på tværs af faggrupper, specialer og funktioner efterspørger mere synlig, nærværende og kliniknær ledelse på operationsområdet.

Afdelingsledelsen for B&O opleves at være langt væk fra driften, og mellemlederne ser sjældent lederne. De er ikke til stede, og der mangler derfor handlekraft og beslutninger. Funktionslederne har hverken tid, kompetencer eller mandat til at agere afdelingsledelse. Denne tilstand er en væsentlig kilde til at skabe frustration hos medarbejdere og mellemledere.

Forholdet er bredt anerkendt og der tales hyppigt om "ledelsesunderskud".

Den kliniknære ledelse er udfordret af, at B&O er en meget stor afdeling og spænder over et stort geografisk område med mange faglige funktioner og specialer. Omstændigheder, der afstedkommer manglende transparens og utilstrækkeligt overblik.

Der har været mange opgaver og særlige udfordringer i forbindelse med fusion og indflytning, som afdelingsledelsen har skullet tage sig af. Især Sterilcentralen har været en krævende opgave, ligesom håndtering af den indskrænkede lejekapacitet og den voldsomme personaleomsætning har fyldt meget i ledelsesarbejdet i 2019.

Afdelingsledelsen har også haft opgaver med intern koordinering for at kunne fremstå som en samlet enhed og hver især være opdateret på, hvad der sker i de forskellige hjørner af organisationen. B&O har mange samarbejdspartnere, og alt i alt bliver det til mange kontaktflader og møder for afdelingsledelsen.

Stabsstøtten til Afdelingsledelsen for B&O er på et absolut minimum. Primo 2020 deler de 4 i afdelingsledelsen en sekretær og en AC-medarbejder, som primært arbejder med økonomiopfølgning. En konstruktion, der må anses for bemærkelsesværdig, når det kommer til afdelingsledelsens opgaveportefølje. Afdelingsledelsen varetager derfor selv en række administrative opgaver, for eksempel HR-sager og opgaver vedrørende fordeling og anvendelse af lejekapacitet – og mere basale administrative funktioner.

Afdelingsledelsen har adgang til kontaktpersoner i den centrale stab og dataenheden. Den centrale stab har imidlertid primært fokus på servicering af Hospitalsledelsen og den tværgående koordinering, og dermed i mindre grad på at understøtte intern drift på OP-området. Der har i perioder i 2018 og 2019 været udlånt enkelte medarbejdere fra den centrale stab til midlertidigt at bistå afdelingsledelsen med afgrænsede opgaver og funktioner. Den centrale stab har netop planlagt en

reorganisering af sin organisation for at komme tættere på klinikken og i højere grad imødekomme afdelingernes behov, hvilket fra et OP-perspektiv må anses for at være meget hensigtsmæssigt.

Afdelingsledelsen har løbende og helt fra starten haft en stor opgave med at realisere effektiviseringsgevinster og identificere og udmønte besparelser. Tiltag, som blev implementeret i afdelingens budget, uden at det umiddelbart var muligt at realisere et lavere forbrug på grund af såkaldte "stordriftsulemper". Afdelingsledelsen står således med et økonomisk underskud og ansvar for at vende udviklingen. Der har i sidste del af 2019 været gennemført en analyse med bistand fra koncernøkonomi med henblik på at afdække forslag til at skabe bedre balance i økonomien.

Vilkårene for Afdelingsledelsen er således svære. Ledelsen bruger tid på opgaver, der med fordel kunne uddelegeres, og deres fokus er i for høj grad rettet opad i organisationen og udad. Den deraf følgende utilstrækkelige klinisk nære ledelse påvirker kulturen og praksis i den daglige drift, og bidrager givet til det store antal aflysninger og den utilfredsstillende lejeudnyttelse.

Situationen afspejler sig i aktiviteten på OP-afsnittene. Potentialet for mere effektivt flow er undersøgt og dokumenteret gennem interne feltstudier på udvalgte OP-afsnit, der har til formål at understøtte det lokale forbedringsarbejde. Materialet indeholder mange forslag til forbedringer på det operationelle plan.

Det må konstateres, at der er tale om en utilfredsstillende og uholdbar situation.

2. Den samlede ledelsesorganisation

Den samlede ledelsesorganisation er udfordret.

Ledelsesspændet er som sagt stort på det samlede operative område, hvilket både gælder for Afdelingsledelse og Funktionsledere.

Hospitalsledelsen opleves af mange som en instans, der ligesom Afdelingsledelsen for B&O også er "langt væk". Den fungerer topstyret og opleves dermed enerådig. Samspil med relevante parter i organisationen og involvering forekommer sjældent - og når det sker, opleves det som om, at beslutningerne de facto er taget. Der efterspørges klart en mere inviterende ledelsesstil, der i højere grad er involverende.

Denne ledelsesmåde opleves at forplante sig nedad i organisationen, hvor afdelingsledelserne på en række områder er detailstyret i den forstand, at de indskrænkes i at varetage ledelsesopgaven selvstændigt. Sådan oplever medarbejdere og mellemledere i stor udstrækning den aktuelle ledelsessituation.

Afdelingsledelserne er principielt sideordnede. Der er imidlertid vurderingen, at Afdelingsledelsen for B&O er tættere på Hospitalsledelsen end tilfældet er for de kirurgiske afdelingsledelser, og der er en udpræget oplevelse af, at den styres stramt af, hvilket bredt i organisationen vurderes at være uhensigtsmæssigt og utilfredsstillende.

B&O har i funktionsmåden fået karakter af et stort center og fungerer som sådan - i høj grad en følge af afdelingens store volumen og kompleksitet, hvor det uomtvisteligt er vanskeligt at skabe det nødvendige overblik.

I den store afdeling er der ikke kompenseret for størrelsen ved at uddelegere et øget ansvar for løbende beslutninger til funktionslederne. Rammerne for udøvelse af funktionsledelse er uklare og varetages på forskelligt niveau, blandt andet fordi især lægerne også har klinisk arbejde ved siden af lederopgaven. Konsekvenserne viser sig i et uens og eller begrænset handlerum for lokal planlægning

og koordinering, så de kortsigtede og uopsættelige opgaver – såkaldt "brandslukning" – kommer til at præge arbejdet.

Den manglende klarhed over de forskellige ledelsesfunktioners opgaver, ansvar og kompetencer har skabt usikkerhed i opgavevaretagelsen, ligesom det har skabt en utilfredshed i funktionslederlaget og i varierende omfang i afdelingsledelserne.

Set i sammenhæng med den store oplevede afstand til ledelsen skaber det undren, at ledelsen træffer beslutninger om driftsmæssige forhold i fora, hvor medarbejdere og funktionsledere ikke har plads.

Processerne bliver for ofte tunge og langvarige, når mange beslutninger om driftsopgaver (betingelser, vilkår) skal løftes op til Afdelingsledelsen på B&O og Hospitalsledelsen, og det skaber både træghed i omstilling og optimering og giver anledning til frustration blandt medarbejdere og funktionsledere i B&O og i de kirurgiske afdelinger.

3. Kirurgernes rolle på operationsområdet

Medarbejdere og ledere i de kirurgiske afdelinger efterspørger generelt et mere ligeværdigt samarbejde mellem afdelingsledelserne i B&O og de kirurgiske afdelinger. Flere afdelingsledere oplever ikke ligeværdighed fungere i praksis, og mange medarbejdere har iagttaget denne ubalance.

Afdelingsledelserne på de kirurgiske afdelinger er ofte henvist til at koordinere driften med funktionslederne på operationsgangene. Funktionslederne har imidlertid ikke det nødvendige mandat og beslutningskraft i forhold til at træffe væsentlige beslutninger. Til gengæld har funktionsledere og koordinatore fra B&O adgang til at ændre i operationsprogrammet og aflyse operationer – beslutninger, som de kirurgiske afdelingsledelser skal respektere.

Der er en fælles oplevelse af, at de kirurgiske afdelinger bør tættere på ledelsen af operationsområdet og dermed åbne muligheden for et større medejerskab til driftsafviklingen.

Mange kirurger føler sig i dag som "gæster" på OP, selvom operation er en af de vigtigste funktioner, kirurgerne varetager. Kirurgerne finder, at de har mistet indflydelse på en række områder: hensigtsmæssig og kvalificeret booking, instrumentbestilling, teamsammensætning, planlægning samt afvikling af dags- og ugeprogrammer, og det påvirker kapacitetsudnyttelsen og arbejdsglæden.

Nogle har foreslået, at operationssygeplejerskerne bør være ansat i de kirurgiske afdelinger. Det har der ikke været bred opbakning til blandt hovedparten af de interviewede. Tværtimod har hovedparten af operations- og anæstesisygeplejerskerne givet udtryk for, at modellen med ansættelse i anæstesiaafdelingen giver god mening og understøtter begge gruppers faglige fællesskab indbyrdes.

4. Ledelseskultur og kommunikation

Ledelseskulturen på operationsområdet er præget af topstyring og detailstyring. Det er et generelt og gennemgående indtryk i organisationen. Igennem det seneste år, hvor det operative område har været udfordret, har oplevelsen været, at organisationen ikke er rykket sammen. Det opleves i højere grad som om, at der har udviklet sig en "dem og os"-kultur.

I samtaler og interviews er der ikke udtrykt tilfredshed med Hospitalsledelsen. En del har udtrykt markant kritik af ledelsesstilen. Kritikken har gået fra, at medarbejderne ikke kender dem og ikke ved, hvad de vil, over centralistisk ledelse som er demotiverende, til "de har ikke greb om opgaven", utroværdig kommunikation, eksempelvis om manglende viden om problemer i driften, som organisationen oplever, at de har forsøgt at informere ledelsen om gentagne gange.

MUUSMANN har ikke forholdt sig til, i hvilken grad den beskrevne topstyring og detailstyring er reel eller oplevet, men kan konstatere, at oplevelsen er relateret til en række af de øvrige temaer, herunder klinisk nær ledelse, kommunikation og ensartethed versus lokale løsninger. MUUSMANN anerkender, at der har været truffet mange beslutninger fra Hospitalsledelsens side for at søge at løse de beskrevne udfordringer, og at der har været dialog med blandt andre samarbejdsudvalg og afdelingsledelser, men oplevelsen i organisationen er stadig som beskrevet.

Ud over samarbejdssystemet (HMU mv.) er det helt overvejende indtryk, at medarbejderne oplever envejskommunikation fra Hospitalsledelsen og Afdelingsledelsen for B&O i form af meldinger, som er færdigaftandlede og ikke står til diskussion.

Set i dette lys er det særligt udfordrende, at medarbejderne på operationsområdet beskriver, at de ofte modtager uens og utilstrækkelig kommunikation fra ledelsen. Det opleves eksempelvis ved, at anæstesipersonalet i situationer bliver informeret om en beslutning om kapacitetsomlægninger eller ændret indretning af OP-stuer før kirurgerne eller omvendt. Kommunikations- og informationsarbejdet forekommer ikke veltilrettelagt eller professionelt.

Ledelseskommunikationen opleves i nogle tilfælde utroværdig. Eksempelvis når udmeldinger fra ledelsen er overordnede og holdt i "overskriftform", hvorved kommunikationen bliver unuanceret og modstridende. Der peges her på, når der både er et overordnet mål om ikke at aflyse, og samtidig har et mål om, at der ikke må være overarbejde. Operationspersonalet ved, at operationer kan forløbe med uforudsete hændelser og trække ud, og at medarbejderne derfor – uanset kapacitetsplanlægning – ofte vil stå i et dilemma mellem at aflyse den sidste operation eller acceptere en vis risiko for overarbejde. Kulturen burde være "ingen aflysninger", men i realiteten bliver det styrende hensyn "intet overarbejde".

Udfordringerne med ensartet og troværdig kommunikation betyder, at det ikke altid står klart for mellemledere og medarbejdere, om autoritative beslutninger om operationsdriften "oppefra" kommer fra region, hospitalsledelse eller afdelingsledelsen for B&O. Det kan eksempelvis dreje sig om en (nu tidligere) beslutning om, at OP-programmet altid skulle starte kl. 08.00, eller beslutninger om ikke at bruge social- og sundhedsassistenter som medhjælpere på OP-stuerne. Der kan opstå misforståelser, som ikke bliver korrigeret. Udfordringen her ligger også i, at beslutninger af denne karakter blot kommer "ovenfra" uden drøftelse med de involverede.

Disse opfattelser efterlader en stemning præget af lav tillid til ledelsen (Hospitalsledelsen og B&O) på operations-området og en manglende tro på, at problemerne tages tilstrækkeligt alvorligt.

Der er tale om en kultur, der er under pres, og hvor et til tider hårdt og konfliktoptrappende sprog udvikles mellem ledere, mellemledere og medarbejdere. Der er ingen tvivl om, at medarbejderne på operationsområdet – både kirurger og anæstesipersonale – bidrager til at skabe og vedligeholde denne tilstand. Det hårde sprog kan og bliver oplevet som personlige angreb. Derfor har ledelsen et særligt ansvar for at gå foran og eliminere "dem og os-retorikken", som udgør den problemstilling, som konflikterne ofte har rod i. Når det eksempelvis drejer sig om de brevskrivende overlæger, har dele af topledelsen særdeles vanskeligt ved at anerkende, at der ligger gode intentioner og frustrationer med reel baggrund bag kritikken, og de kan have svært ved at udtrykke, at det er en fælles opgave at løse de aktuelle udfordringer på operationsområdet.

5. Ensartethed versus lokale løsninger

AUH har til opgave at realisere effektiviseringsgevinster gennem optimering på operationsområdet.

Bestræbelserne på at ensarte driften på tværs af områder og specialer har foreløbig ikke befordret mulighederne for at opnå effektive flow og korte skiftetider på OP-stuerne.

Omvendt tegner der sig et billede af, at den store kompleksitet og bredde i opgaver og funktioner i de forskellige specialer i højere grad kalder på at åbne op for lokale løsninger, ideer og tilpasninger, herunder for procedurer og samarbejdsformer, som OP-teams selv udvikler og optimerer.

MUUSMANN konstaterer, at situationen opleves sådan, at harmoniseringer på tværs af det samlede operationsområde ikke anses for at give faglig mening og foreløbigt har ført til en ineffektiv ressourceudnyttelse. Det udelukker vel at mærke ikke, at der kan være gevinster at hente gennem tværgående og ensartet koordinering og samarbejde mellem specialer og afdelinger inden for den enkelte geografi. Netop derfor bør der være frihed til at udvikle relevante løsninger i de lokale driftsfællesskaber og faglige fællesskaber på tværs af specialer og faggrupper og helt ned til det enkelte specialiserede OP-team.

Det er en udbredt opfattelse i organisationen, at fusionen har været præget af krav om anvendelse af en række generelle "koncepter". Konceptbegrebet betyder standardiserede løsninger, som alle i princippet skal anvende eller implementere på tværs af organisationen, og som har basis i effektiviseringsmålene og i princippet om fleksibel kapacitet og øget kapacitetsudnyttelse.

Eksempelvis omtales følgende koncepter (listen er ikke udtømmende):

- **Ensartet indretning:** Standardiseret fysisk indretning af OP-stuerne og de tilhørende områder beskrives som et "koncept" lige fra indkøb og indretning af håndvaske og elevatorer til fraværet af urene skyllerum og kaffestuer på operationsgangene.
- **Navngivning af OP-gange:** I forlængelse af den fysiske indretning af operationsgangene, som lægger op til fleksibel anvendelse, er der valgt et nyt princip for navngivning af operationsområder, som er uafhængig af de lægefaglige specialer og aktiviteter. Hvor det f.eks. tidligere hed Hjerte-Lunge-Kar kirurgi eller Øvre Mave-Tarm, hedder afsnittene nu f.eks. "Syd Stang2" eller "Øst3". Den neutrale navngivning indebærer en afkobling mellem den fysiske arbejdsplads og den faglige identitet (mere herom i Tema 2).
- **Sterilkonceptet:** Sterilkonceptet er meget omdebatteret på tværs af operationsområdet. Det forhold, at der er etableret en Sterilcentral, som henter og bringer instrumenterne efter bestilling, og at instrumenterne ikke længere håndteres og klargøres på den enkelte afdeling, opleves at have fået en række afledte negative konsekvenser for arbejdsgange og flow samt indkøb og vedligeholdelse af instrumenter.
- **T-model for sygeplejersker:** Den såkaldte T-model for sygeplejerskernes kompetenceprofil tager afsæt i, at udviklingen i sundhedsvæsenet vil indebære et bredere arbejdsfelt for sygeplejersker og nye samarbejdsflader, der kræver nye kompetencer (Sygeplejersken 2014/8). Modellen søger at gøre op med den traditionelle tænkning om specialist- og generalistkompetencer som to alternativer. I stedet introduceres begrebet T-kompetence, der fokuserer på både dybde- og breddefaglighed og sociale kompetencer som det centrale i kompetencedimensionerne. T-modellen omtales som et "koncept", der ikke respekterer sygeplejerskernes kompetencer.
- **Servicekonceptet:** Omfatter servicesystemet med opgavebestilling og anvendelsen af serviceassistenter (portørfunktion, rengøring m.fl.). Servicekonceptet er et system, der berører mange, har stor betydning for driften og derfor ofte fremhæves i interviews og

workshops. Servicekonceptet er ligesom sterilkonceptet et fast koncept, som skal anvendes af alle og som mange finder uhensigtsmæssigt.

I forbindelse med samlingen under fælles tag er servicefunktionen ændret fra en afdelingsintegreret model til en tværgående og mere funktionsopdelt model, hvor fokus er på at optimere på tværs af afdelinger og på tværs af større funktions-/opgaveområder. Dette afspejler sig i, at serviceassistentopgaverne nu er fordelt på to afdelinger: Serviceafdelingen og Logistikafdelingen. De er således ikke direkte tilknyttet de kliniske afdelinger.

Mange oplever, at OP-medarbejderne skal betjene servicekonceptet, hvor man normalt ville betragte rengøring, portørtjeneste, indkøb og lignende som støttefunktioner til OP-holdet. De oplever således, at det er servicekonceptet, der styrer driften, og ikke omvendt. Servicekonceptet gælder i OP-Syd og OP-Nord, men ikke i Øst, hvilket afstedkommer undren.

- **Bookingkonceptet:** Hospitalsledelsen besluttede i januar 2018, at booking af operationstider til elektive patienter samt finjustering af operationsprogrammer fremover skulle varetages af 1-3 bookingenheder baseret på et tæt samarbejde på tværs af Bedøvelse & Operation og de skærende specialer. Der blev ansat en driftskoordinator til fælles booking i oktober 2018. Centraliseringen af bookingen i fælles enheder havde til formål at understøtte en bedre ressource- og kapacitetsudnyttelse. Implementeringen kom længst i Nord, hvor der blev etableret et fælles bookingkontor.

Det viste sig vanskeligt at centralisere bookingen, da hensigtsmæssig og kompetent booking kræver kendskab til specialerne og individuelle operatører. Der er brug for ledelsesmæssig sparring og faglig indsigt tæt på bookingfunktionen, og det er væsentligt, at kirurgen er omhyggelig med at registrere og formidle forventet operationsvarighed. I sommeren 2019 blev konceptet endeligt opgivet og booking overladt til decentral implementering. Bookingen håndteres nu på forskellige vis på operationsområdet. I Dagkirurgien er det fortsat B&O, der booker operationer.

- **Sikkert OP-flow** er et fællesregionalt projekt, som skal understøtte lokale forbedringer i flow på operationsgangene. Programmet skal blandt andet bidrage til at optimere ressourceanvendelsen. Programmet er udmøntet på AUH og afspejlet i både procedurer, tavlemøder og i mål og indsatser for henholdsvis det akutte og elektive spor, herunder eksempelvis "akut hasteklassifikation" og "rettidig stuestart". Elementerne i strategien betragtes som "koncepter", uden at det nødvendigvis relateres til programmet "Sikkert OP-flow". Programmet er organisatorisk forankret i OP-driftsrådet. I løbet af 2019 er det besluttet at lægge mere ansvar for implementeringen ud til de enkelte områder.

Flere af de nævnte "koncepter" er reelt opgivet af hospitalets ledelse, men begrebet og "forestillingen" om at det stadig er gældende lever videre som en del af fortællingen om fusionsprocessen og de deraf afledte udfordringer og problemer. Konceptbegrebet har derfor nærmest fået symbolsk betydning som et billede på topstyrede løsninger, der ikke giver faglig mening på det operationelle plan. Tilstanden forstærkes af en generel oplevelse af distance til ledelsen og af træghed eller modvilje fra ledelsens side i forhold til at tilpasse standardiserede løsninger til lokale opgaver og behov.

6. Hospitalets vision, mål og retning

Mange ledere og medarbejdere fra operationsområdet har givet udtryk for, at de ikke finder, at lederen/lederne angiver en klar retning for hospitalet/OP-området. Hvor er visionen, spørges der.

Hvad skal vi? Samme billede genfindes i den seneste TULE undersøgelse fra 2019, hvor der ses en lav score. B&O har eksempelvis en score på 63/100 i spørgsmålet om, hvorvidt lederen/lederne angiver en klar retning for arbejdspladsen. Hospitalsledelsen har en score på 62/100, og AUH som helhed en score på 70/100 på samme spørgsmål. Resultater, der vækker bekymring og kalder på ledelsesmæssig handling.

Det har vist sig i forløbet, at det er en udbredt oplevelse blandt ledere og medarbejdere, at formålet med arbejdet på operationsområdet er blevet reduceret til et spørgsmål om at øge aktiviteten og operere så mange patienter som muligt. De faglige hensyn, udviklingsarbejde og forskning er trådt i baggrunden. Fokus er ensidigt på drift og produktion. Situationen opleves demotiverende og kædes sammen med tab af faglig identitet og stolthed. Mange hævder, at denne følelse forstærkes af oplevelsen af manglende lydhørhed og indflydelse.

Der er udarbejdet en "grundfortælling" om AUH, og der er igangsat en strategiproces. Men medarbejdere og ledere relaterer sig ikke til grundfortællingen. De fortæller, at de ikke kender visionen, og de savner at se den fungere i praksis. De hører ikke ledelsen fortælle om eller arbejde efter grundfortællingen eller være tydelige omkring, hvad visionen er.

Det stærke fokus på driftsmålet om 1.000 operationer pr. uge opleves at tage fokus fra andre væsentlige opgaver og hensyn. Det giver ikke mening for de fleste, at fokus entydigt er på et "abrupt" produktionsmål, der nødvendigvis må ses i en sammenhæng med relevans, prioritering, nødvendighed af specialistkompetencer (universitetshospitalsfunktion) og muligheden for at omvisitere til andre hospitaler i situationer med påtrængende personalemangel.

Derfor opfattes målet virkelighedsfjernt og demotiverende ud fra hensynet til, at det i den nuværende situation med manglende kapacitet bør være det højt specialiserede som prioriteres på universitetshospitalet. Flere giver udtryk for, at 1000 operationer giver et forkert incitament til at fokusere på lette og ukomplicerede operationer, og det demotiverer specialisterne.

Andre observationer

I forbindelse med drøftelser med de kirurgiske afdelinger om Tema 1 har MUUSMANN desuden noteret følgende andre observationer, ofte i form af markante udmeldinger:

- **Kompetencer og ansvar i forbindelse med aflysning og ombooking af operationer**
De kirurgiske afdelinger kan opleve en ubalance i, at det er ledere fra B&O, der har kompetencen/retten til at aflyse operationer og ofte beslutter at aflyse omkring kl. 13.30 for at undgå overarbejde. Det er imidlertid den kirurgiske afdeling, der skal håndtere aflysning og ombooking og se patienter og pårørende i øjnene. Læger, sygeplejersker og sekretærer har beskrevet, hvor hårdt og ubehageligt det er at skulle meddele en patient, at operationen er aflyst. Nogle gange er patienten mødt op fastende. De pårørende er involveret, patienten har måske smerter og har stået på venteliste, fået en tid og forberedt sig til operation med alt, hvad det indebærer. Patienterne reagerer ofte med tydelige følelser, og med mindre kirurgerne, sygeplejerskerne og sekretæerne udvikler en distanceret tilgang til "aflysningsopgaverne", opleves det flovt og yderst ubehageligt. Dertil kommer, at aflysning og ombooking rent praktisk er tidskrævende opgaver for personalet på de kirurgiske afdelinger.
- **Økonomisk incitament til at undgå aflysning**
Et andet aspekt er den gældende budgetmodel. Mange, herunder repræsentanter for kirurgerne, lægger vægt på, at det er "gratis" for B&O at aflyse, mens den kirurgiske afdelings

budget bliver beskåret, når der sker omvisitering til andre regionale eller private hospitaler. Det er opfattelsen, at incitamenterne i den sammenhæng vender forkert, ligesom de mange aflysninger belaster afdelingens økonomi.

Tema 2: Arbejdsmiljø og kultur

Observationer og vurderinger: Tema 2

7. Arbejdsglæde og jobtilfredshed
8. Medinddragelse
9. Faglig identitet
10. Tværfagligt teamsamarbejde

7. Arbejdsglæde og jobtilfredshed

Primo 2020 er stemningen blandt medarbejderne på operationsområdet generelt negativ. Det opleves i mange specialer, især i områderne Nord og Syd og de tværgående funktioner, at indflytningen i det nye bygningskompleks har forringet vilkår og mulighed for udførelse af arbejdsprocesserne og arbejdsmiljøet i det hele taget. Der er en udbredt fortælling om, at mange har søgt væk i forbindelse med fusionen og efterfølgende, og at det kræver ressourcer at oplære nye kolleger.

Personaleomsætningen kædes direkte sammen med manglende muligheder for at udføre det kliniske arbejde på et fagligt tilfredsstillende niveau (lange ventetider for patienterne, aflysninger, fald i kompetenceniveau i operationsteam mv.) og vilje fra ledelsens side (Hospitalsledelsen og B&O) til at imødekomme relevante individuelle ønsker til arbejdsvilkår mv. såsom seniorordninger og ønsker til vagtbelastning.

I den forbindelse er overarbejde og merarbejde et væsentligt tema, som på forskellig vis optager mange medarbejdere. De beskriver, at ledelsen for B&O har som et centralt mål at undgå overarbejde, men det er uklart, om formålet er at minimere overarbejdsbetaling, eller om intentionen er at beskytte personalet mod overbelastning.

Vurderingen af arbejdsmiljøet er afspejlet i den nyligt gennemførte TULE-måling, hvor resultaterne for operationsområdet og de kirurgiske afdelinger med enkelte markante undtagelser lå på et generelt lavt niveau, og desuden var faldet siden målingen i 2017. Det gælder blandt andet spørgsmålene om tilfredshed med jobbet som helhed, tilfredshed med arbejdsmiljø og tilfredshed med den faglige indsats, vi yder (for resultater se [bilag 2](#)).

Det er forventeligt, at en stor fusion kan påvirke trivsel og arbejdsmiljø, da indflytningen og samlingen på AUH kan have påvirket både den enkeltes opgaver, personalevilkår og arbejdsbetingelser, men netop derfor er der i sådan en situation behov for ekstra stor ledelsesmæssig tilstedeværelse og støtte.

Afstande

Placeringen af funktioner på operationsområdet indebærer, at en del medarbejdere har opgaver i flere forskellige områder af hospitalet på samme vagt.

Afstandene inden for hospitalet har betydning for ledere, som dækker flere afsnit og afdelinger. Fysisk afstand øger risikoen for, at de bliver "usynlige". Eksempelvis har afdelingsledelsen for B&O kontorer i OP-Øst og er derved fysisk langt fra de øvrige operationsområder.

For ledere og medarbejdere betyder afstandene, at de skal bevæge sig mange kilometer mellem hjørnerne af hospitalet til fods, på cykel eller på løbehjul i løbet af en enkelt vagt. Det gælder især operations- og anæstesisygeplejersker, anæstesilæger og kirurger særligt i vagttiden og inden for de specialer, som har funktioner fordelt rundt på geografierne.

Det hører med, at byggeriet primo 2020 endnu ikke er fuldstændig afsluttet. Der er projekteret en ny forbindelsesgang mellem OP-Syd og OP-Nord, som vil gøre det muligt at forkorte transporttiden fra OP-Syd til Akutafdelingen.

Et sted at høre til

Uden at det har været et direkte fokus i analysen, er det gennem interviews og samtaler indtrykket, at der i det nye hospitalsbyggeri savnes kvadratmeter til opholds- og samlingssteder i umiddelbar nærhed af operationsstuerne, hvor operationsteams kan holde pause sammen. Eksempelvis er frokoststuer og kantiner i den nye del af bygningskomplekset blevet forstørret og placeret mere centralt i hospitalets hjørner, hvilket betyder, at kolleger i faglige teams ikke har et naturligt mødested, og at der ikke er "hyggeligt".

Det påvirker arbejdsmiljøet og udviklingen af de personlige og faglige relationer på tværs af faggrupper, hvis der ikke er et personaletrum i tilknytning til operationsgangen, hvor det er naturligt at mødes og gøre status. Det udfordrer i særlig grad det øvrige personales muligheder for faglig sparring og relationer til kirurgerne, som har opgaver på tværs af hospitalet.

Som kontrast hertil er der "lommer" i organisationen, eksempelvis øjenafdelingen og afsnittene i Øst-fløjen, hvor specialerne stadig har deres egne operationsstuer, faciliteter, portører og rengøringsassistenter, hvilket ubetinget opleves positivt, fremmende for arbejdsmiljøet og understøttende for effektive arbejdsprocesser.

8. Medinddragelse

Samlet set observeres en markant og gennemgående oplevelse af utilstrækkelig medarbejderinddragelse i en organisation, hvor man ikke oplever at topledelsen (HL og AL for B&O) lytter.

Mange ledere og medarbejdere har beskrevet, at de har savnet indflydelse på beslutninger på operationsområdet og særligt beslutninger om det faglige arbejde og hensigtsmæssig drift og indretning. Det gælder både overlæger, yngre læger, sygeplejersker, sekretærer og servicemedarbejdere. Hvis de bliver inddraget, sker det ofte "på bagkant", hvor beslutningerne allerede er truffet.

De ledere og medarbejdere, som har været med i hele processen for planlægningen af Det nye Universitetshospital, har en erindring om, at der i de tidligere faser foregik en mere tydelig medinddragelse, hvor fagpersoner fik tilbud om at være med i projekteringen og deltage i udviklingen af løsninger for fremtidens AUH. Det har imidlertid være en langstrakt planlægnings- og byggeproces, hvormed der er foretaget ændringer og tilpasninger af de oprindelige planer, og en del af de involverede er ikke længere i organisationen.

Det er en udbredt opfattelse, at mange ledere og medarbejdere har forsøgt at gøre opmærksom på forhold af væsentlig betydning for organisationen og resultaterne, men at der fra ledelsens side ikke i

tilstrækkelig grad er blevet fulgt op på samtaler og aftaler. Der er blevet bragt tidslinjer og mødereferater fra samarbejdsorganer med til møder med MUUSMANN for at underbygge denne vurdering. Nogle oplever, at ledelsen har lukket øjnene for relevante indspil og kritik, som de både havde hørt og forstået, men som ikke passede ind i den overordnede dagsorden eller gik på tværs af generelle "koncepter" for AUH og operationsområdet. Dette forhold er kilde til utilfredshed, frustration og forstærker følelsen af afstand til ledelsen.

9. Faglig identitet

En fælles tilbagemelding fra medarbejderne på det kirurgiske område er, at formålet med arbejdet på operationsområdet er blevet reduceret til et spørgsmål om at operere så mange patienter som muligt.

Man oplever, at målet ensidigt er drift – frem for at være et universitetshospital på højeste niveau. Der er bekymring over, at forskning, kvalitet og udvikling i en længere periode har været nedprioriteret af hele ledelsessystemet.

Det opleves demotiverende og kædes sammen med tab af faglig identitet og stolthed. Det beskrives, hvordan forskning og faglig udvikling er henvist til fritiden, og at der ikke er ressourcer til kurser og konferencer. Fokus er på at oplære de mange nye kolleger, hvoraf en del, især operationssygeplejersker, er nyuddannede.

Oplevelsen er relateret til flere af de øvrige temaer:

- Mangel på et naturligt samlingssted
- Konceptet med den neutrale navngivning
- Forventningen om bredere kompetencefelt, så medarbejderressourcer i højere grad kan udnyttes på tværs af OP-området

Det understreges gang på gang, at medarbejderne ikke har noget imod at opnå bredere kompetencer og bistå med andre opgaver. Det er dog væsentligt for medarbejderne på AUH at have stolthed og tryghed i at være specialist på et område, hvor man er fagligt opdateret, har tilstrækkelig erfaring og er i stand til at levere en behandling på det højeste faglige niveau.

Særligt læger og sygeplejersker har beskrevet oplevelsen af utryghed ved at have ansvar for nye opgaver, som de ikke føler sig tilstrækkeligt oplært i (mangler viden og kompetencer). Eller at skulle udføre opgaver på OP-stuer, hvor de ikke er sikre på at have adgang til det rigtige udstyr eller støtte.

Hverken anæstesisygeplejersker eller operationssygeplejersker på AUH betragter sig selv som generalister. De bliver utrygge, hvis de er nødt til at deltage i en operation, som de ikke har rutine i, og hvor de ikke føler, at de slår til. Medarbejderne reagerer særligt på at blive flyttet rundt til opgaver på tværs af specialer og geografier, hvilket især af sygeplejersker opleves som manglende respekt for og anerkendelse af deres specialistkompetencer.

10. Tværfagligt teamsamarbejde

Medarbejdere fra alle faggrupper har fremhævet at det, som motiverer og engagerer dem, er det tætte faglige samarbejde og de personlige relationer i det tværfaglige team omkring en operation. Ordet ekspertteam omtales af mange som det begreb, man længes efter at kunne leve op til.

På mange af OP-afsnittene opleves det tværfaglige teamsamarbejde – på grund af arbejdstilrettelæggelsen – at være stærkt udfordret med negative afledte konsekvenser både for arbejdsmiljø, faglig kvalitet og effektivt flow.

Operationssygeplejersker siger, at de "savner det tætte fællesskab med lægerne", som de havde på de gamle sygehuse. Deres behov udgår fra den fælles opgaveløsning, hvor det er en fordel at kende hinanden både fagligt og socialt.

Et markant gennemgående budskab er også, at servicemedarbejdere – portører og rengøring eller serviceassistenter – udgør en vigtig og nødvendig del af det effektive og specialiserede operationsteam, og at flowet fungerer væsentligt bedre, når alle i teamet kender processerne og er vant til at arbejde sammen. Dette hensyn understøttes ikke i samme grad som tidligere af service- og opgavekonceptet, hvor serviceassistenterne er ansat centralt og tilkaldes ad hoc til konkrete opgaver i et større område. Den centraliserede løsning giver mindre sikkerhed for, at en kendt medarbejder med de efterspurgte kompetencer – f.eks. til at lejre patienter forud for en operation – er til stede på det rette tidspunkt. Observationen underbygges af, at der er stor tilfredshed med ordningen i OP-Øst, hvor portører og rengøringspersonale stadig er tilknyttet afsnittet og ikke kommer fra en central afdeling. Ligesom man i akutområdet har indført en certificeringsordning for udvalgte servicemedarbejdere, så det sikres, at kun dem med de nødvendige kompetencer indgår i teamsamarbejdet.

Tværgående arbejdsproblemstillinger

Gennem de mange interviews med ledere og medarbejdere er det kommet frem, at der også er en række helt konkrete og aktuelle problemstillinger, som fylder meget og som giver anledning til daglig frustration. Disse problemstillinger fremhæves, fordi de hindrer organisationen i at opnå optimal drift. Desuden virker de demotiverende, fordi de bidrager til den udbredte opfattelse af, at mange løsninger ikke passer til virkeligheden, og at de står i vejen for at realisere effektive og hensigtsmæssige arbejdsgange.

Eksempler på sådanne problemstillinger ses her:

- Vask eller soignering af instrumenter på stuerne primært i ortopædien. Begrundet i fraværet af urene skyllerum på OP-gangene og lang afstand til Sterilcentralen vaskes der fortsat instrumenter på stuerne, inden de sendes videre.
- Det nye sterilvaresystem giver ekstra arbejde med løft og scanning af kasser og instrumenter, og instrumentlisterne er svære at forstå og bruge. Der er udbredt undren over, hvorfor man ikke har valgt det system (T-doc), som anvendes på mange andre store Sterilcentraler i Danmark, og som er velafprøvet og kendt. Hvorfor bruge kræfter, organisationen ikke har på nuværende tidspunkt, på at udvikle eget system.
- Manglende kompetencer (og fysik) hos servicemedarbejdere til lejring af patienter og lange skiftetider (fraset i ØST) pga. servicekonceptet, hvor det er de samme medarbejdere, der også tilkaldes til at transportere patienter og rengøre OP-stuer.
- OP-teamet er klar, men patienten mangler pga. ventetid på transport.
- Anæstesisygeplejersker (som der opleves mangel på) får til opgave at rengøre instrumenter – en opgave, der med fordel kan varetages af SOSU-assistenter.
- Indkøb og centrallager. Håndtering af systemet er tidskrævende, og nødvendige produkter udgår, mens andre produkter på listen har for dårlig kvalitet og derfor er uegnede.
- Fortsat mange aflysninger og ombookinger.

Anbefalinger. Ledelse, organisering og arbejdsdeling – Tema 1

Overliggende, bærende anbefaling: mere klinisk nær ledelse

1: Organisering af B&O

Selvom det operative område på AUH har gennemlevet en række forandringer i de seneste år, og der er en tilstand af "forandringstræthed", er det MUUSMANNs vurdering, at B&O-afdelingen er for stor og kompleks og bør opdeles. Det er samtidig vores vurdering, at en sådan ændring vil have opbakning i store dele af det samlede B&O-område, herunder i de kirurgiske afdelinger.

Analogien "stort er også effektivt" er ikke opnået. Organiseringen med en stor B&O har ikke kunnet indfri forventningen om mere effektiv drift, og en opdeling vil samtidig bidrage til mere overskuelighed, større ledelsesmæssig synlighed, klinisk nær ledelse og ligeværdighed i samarbejdsrelationerne til de kirurgiske afdelinger. Derfor bør B&O organiseres i mindre enheder, eksempelvis i 4 enheder (Nord, Øst, Syd, Dagkirurgi) med hver sin selvstændige afdelingsledelse, som er fysisk placeret og har sin daglige gang i enheden.

Anbefalingen følger i hovedtræk principperne i de oprindelige planer for Nyt AUH, som indeholdt etablering af faglige fællesskaber i områder med decentrale tværgående funktioner.

Hvis afdelingen opdeles, kan det anbefales at trække på erfaringerne fra de tidligere OPI'er, og eksempelvis etablere fire enheder, herunder en til Dagkirurgien med en selvstændig ledelse i hvert hjørne, som derfra kan etablere og indgå i et tæt og ligeværdigt samarbejde i nære faglige fællesskaber med de kirurgiske afdelinger i området. Det er også indgangsnøglen til i højere grad at få tværfaglige teams i funktion, hvad der i høj grad er efterspørgsel på. Operationssygeplejerskerne bør fortsat være en del af de mindre B&O-enheder for at sikre den synergi og det samarbejde, som er udviklet mellem dem og anæstesisygeplejerskerne.

Der vil blive rum til at definere forskellige og lokalt forankrede tværfaglige organiseringer og relationsdannelser på funktionslederniveau. Igangværende aktiviteter om teamsamarbejde kan være med til at fremme processen for at imødekomme nogle af de efterlyste behov.

Anbefalingen gives vel vidende, at der er fordele og ulemper ved enhver organisatorisk konstruktion, og at det vil blive en krævende ekstraopgave at gennemføre opdelingen. Det er imidlertid en klar vurdering, at den eksisterende B&O-struktur af mange grunde står i vejen for udmøntningen af en mere velfungerende organisation på operationsområdet. Endvidere har det været en næsten entydig tilbagemelding fra ledere og medarbejdere i organisationen, at afdelingen er for stor og uoverskuelig, og at der er behov for opdeling i mindre enheder. Organisationen er klar til meningsfulde forandringer, idet det forventes, at ændringen vil give et tydeligt bidrag til at genetablere gode drifts- og arbejdsbetingelser.

MUUSMANN fremlægger ikke konkrete anbefalinger til, hvordan afdelingen kan opdeles (ville i sig selv være en modsætning i forhold til ønskerne om at gøre brug af den faglige viden og indsigt i områderne). MUUSMANN anbefaler i stedet, at udviklingen af disse enheder sker på baggrund af en åben og involverende proces, der tager udgangspunkt i de 4 OP områder på AUH. I den sammenhæng

vil det initialt være relevant at drøfte om der i lyset af de ændringer, som er sket i fusionsprocessen, er opnået den mest hensigtsmæssige og meningsgivende fysiske placering af specialerne og deres funktioner, eller om det er muligt, gennem fornuftige få og målrettede justeringer, at etablere yderligere sammenhæng og funktionalitet mellem specialer på det kirurgiske område.

En eventuel opdeling af B&O vil indebære, at Hospitalsledelsen skal påtage sig et større ansvar for nogle af de opgaver, der p.t. er placeret hos Afdelingsledelsen for B&O, herunder sikre fælles retning, koordinering og ressourcefordeling på tværs af operationsområderne. Øvrige væsentlige opgaver for Hospitalsledelsen vil være at bringe Sterilcentralen helt ud i tilfredsstillende funktion samt at støtte og facilitere en tillidsfuld og forpligtende samarbejdskultur mellem afdelingsledelserne inden for operationsområdet (inklusiv de relevante serviceafdelinger).

Til gengæld skal der lægges mere ansvar for tilrettelæggelse af og løbende opfølgning på driften ud til de nye afdelinger.

Der er ikke grundlag for en forventning om, at de skitserede udfordringer vil blive løst gradvist med den eksisterende organisering. En faktor i den vurdering udgøres af, at medarbejderne/-mellemlederne ikke har tillid til, at den nuværende organisation og ledelsesstruktur kan løse de mange udfordringer.

Det har været overvejet at bevare den eksisterende organisation og styrke funktionslederlaget. Det er under alle omstændigheder nødvendigt markant at præcisere og tydeliggøre funktionsledernes rolle og ansvar og tilbyde yderligere lederudvikling. Det vil ikke løse udfordringen med asymmetri i samarbejdet med de kirurgiske afdelinger om planlægning og afvikling af driften på operationsgangene, og det vil heller ikke bringe afdelingsledelsen tættere på de faglige aktiviteter.

Samarbejde på tværs af anæstesiområdet kan sikres uden en understøttende fælles organisering. Afdelingsledelserne bør aktivt støtte og samarbejde med hinanden. Der eksisterer allerede en stærk samarbejdskultur på AUH, som bør sættes yderligere i spil i en ny konstruktion og under Hospitalsledelsens ledelse og koordinering.

Det skal afslutningsvis anføres, at der blandt den mindre kreds af især ledere, som ikke finder en opdeling hensigtsmæssig, argumenteres med, at en opdeling vil føre til øget konkurrence om medarbejderne mellem afdelingerne. Hertil skal siges, at det dels ikke er anderledes end på andre hospitaler, dels er det MUUSMANNs opfattelse, at konstruktive og afstemte ledelsesmæssige samspil i nogen udstrækning vil kunne eliminere uhensigtsmæssige konstruktioner.

At medarbejderne søger hen "hvor græsset er grønnest" kan organisationskonstruktionen ikke hindre. "Reguleringer" heraf skabes alene af god kultur og nærværende ledelse.

2: Afdelingsledelser på operationsområdet

En vigtig hovedopgave for en eventuelt ny ledelsesorganisation bliver at indføre øget samdrift/samspil på de mindre OP-enheder mellem kirurgien og anæstesiologien med fokus på at give plads til at udvikle faglighed og effektiv drift. Det er en fælles opgave, som bør løses i et gensidigt forpligtende samarbejde mellem afdelingsledelserne for de kirurgiske afdelinger og ledelsen af B&O.

Fælles opgaveløsning skal være koncentreret om, at patienterne får den bedste og hurtigste behandling, så medarbejderne genvinder oplevelsen af at være stolte af deres arbejdsplads. Resultatet vil blive færre aflysninger og øget kapacitet med deraf følgende kortere ventelister, hvilket vil højne personalets arbejdsglæde og motivation.

Afdelingsledelsens bemanning

Modellen med fire ligestillede personer i afdelingsledelsen vurderes at være forbundet med væsentlige ulemper, idet opgaven med at sikre overblik og retning vanskeliggøres, og ledelsen skal bruge uforholdsvist mange ressourcer på intern koordinering.

Hvis der er områder, hvor en 4-personers afdelingsledelse er uenig internt, opstår risiko for, at det opleves som manglende konsistens eller træghed nede i organisationen (en tilstand, der i dag tales om i organisationen, og som selvsagt svækker sammenhængskraften).

Det anbefales på den baggrund, at de foreslåede afdelingsledelser udgøres af 2 personer – en model, der er kendt, velafprøvet og operationel. Stillingerne bør, i givet fald, opslås.

Kompetencer og arbejdsdeling

Når der er truffet en beslutning om organiseringen, vil der være behov for at:

- Afdelingsledelsens roller og ansvar defineres og tegnes tydeligere op. Fokus bør være på overordnede, strategiske og ledelsesmæssige opgaver såsom resourceallokering, faglig udvikling og trivsel og kommunikation om fælles mål. Den klinisknære ledelse skal have høj prioritet.
- Der udarbejdes klare beskrivelser af ansvar og kompetencer/beføjelser på de enkelte ledelsesniveauer: Hvilke opgaver og mandater tildeles de enkelte ledelsesfunktioner. Beskrivelserne skal afspejle, at udfordringerne løses bedst af dem, der har opgaven/udfordringen. Rollefordelingen skal respekteres og udleveres, hvilket bliver et fælles ansvar for hele ledelsen og på tværs af anæstesi og de kirurgiske afdelinger.

Stabsstøtte

Afdelingsledelsen bør have den nødvendige stabsstøtte til rådighed i umiddelbar nærhed. Det vil sige, at afdelingsledelsen bør have den fulde ledelsesret over de tilknyttede hjælpefunktioner, så de ikke skal bruge tid på eksempelvis at skrive referater, arrangere møder, udarbejde skemaer, bestille varer og andre tilsvarende funktioner, der ikke bør bruges ledelsestid på.

Afdelingsledelsen skal have mulighed for at uddelegere ansvar og opgaver til funktionsledere og OP-teams og prioritere ledelsesopgaven herunder samspillet med de kirurgiske afdelinger.

3: Vision og retning

Der findes i dag en grundfortælling for AUH. Det er imidlertid et faktum, at store dele af medarbejdere og ledere på operationsområdet enten ikke kender den eller ikke finder den tilstrækkelig nærværende og meningsfuld. Det er MUUSMANNs opfattelse, at det i en stor og kompleks vidensorganisation er afgørende vigtigt, at vision, retning og mål er kendte og anerkendte, ligesom organisationen har brug for at opleve, at ledelsen italesætter retningen og udlever den. En funktion, der med fordel kunne opprioriteres væsentligt på hospitalet.

Find derfor den store, ambitiøse og meningsgivende vision for AUH frem sammen med medarbejderne og start på at udleve den, så det virkelig mærkes. Medarbejderinvolvering og medejerskab er væsentligt for at opnå, at visionen bliver et fælles pejlemærke – og vejen til at skabe resultater.

En åben og involverende visionsproces vil kunne bidrage til at styrke tilliden og samspillet mellem niveauer og områder i organisationen.

Visionen bør afspejle, at AUH er et Universitetshospital med en betydelig uddannelses- og forskningsforpligtelse og en vidensorganisation, hvor kerneopgaven leveres af specialistteams bestående af kompetente fagpersoner, som har høje ambitioner om at tilbyde enestående faglig kvalitet, patientsikkerhed og patienttilfredshed. Visionen skal være konkret, så det ikke får karakter af "varm luft".

Det er blevet meget tydeligt i processen, at denne opgave bør prioriteres højt og gives mere tid. En vigtig vej at følge kunne være at hæfte flest mulige beslutninger op på den. Her har Hospitalsledelsen en afgørende rolle at spille. Processer og tiltag i organisationen bør samordnes, så de harmoniserer direkte med visionen og alle mål for et højt ydende universitetshospital.

For at opnå løbende forbedringer i store organisationer er det nødvendigt at supplere de overordnede driftsmål med lokale delmål, som er skræddersyet til de opgaver og udfordringer, der udføres i det enkelte område, og som medarbejdere og ledere oplever som relevante og motiverende.

4: Ensartethed versus lokale løsninger

AUH varetager mange forskellige hospitalsfunktioner fra basisfunktioner til højt specialiserede lands- og landsdelsfunktioner inden for et stort antal specialer. Det har vist sig, at der er behov for en større grad af fleksibilitet for løsninger og tilpasning af koncepter inden for de forskellige specialer.

Anbefalingen bliver dermed at undersøge og dyrke forskellighederne, hvor de er meningsfulde, og at videndele om og tage ved lære af de gode erfaringer. Ledelsen skal opsøge viden og efterspørge de gode ideer, lytte, gå med og afprøve forskellige løsninger. En opgave som en eventuelt ny ledelsesorganisation bør prioritere højt – i fællesskab.

Der er brug for at afprøve nye veje til at balancere og realisere de væsentlige mål om høj faglig kvalitet og patientsikkerhed, faglig udvikling, økonomistyring og en endnu bedre kapacitetsudnyttelse. Medarbejdere og ledere kan i højere grad end i dag involveres i at identificere løsninger og konstruktioner, som eksempelvis kan sikre et effektivt flow, høj faglighed, teamsamarbejde og reduceret niveau for aflysninger.

Fagpersonerne har et stort engagement, mange gode ideer og et stort ønske om at kunne påvirke rammerne for opgaveløsningen og få bedre mulighed for at kunne foretage de tilpasninger, der ofte er nødvendige eller hensigtsmæssige. Engagementet og virkelysten er voldsomt stor i de fleste enheder.

På sigt vil arbejdstilrettelæggelse og løsningerne formentlig blive mere ensartet, hvor det giver mening. Harmonisering på tværs af hele operationsområdet bør ikke være et mål i sig selv men vil udspringe af samspillet i og dynamiske ledelsesmæssige fællesskaber, der er båret af nære og tillidsfulde relationer.

Anbefalinger. Arbejds miljø og kultur – Tema 2

Overliggende, bærende anbefaling: Medarbejderinvolvering

1: Medarbejderinddragelse og beslutningsprocesser

Øget klinisk nær ledelse vil kunne bidrage til, at medarbejderne føler sig bedre informeret og medinddraget, men det er ikke nok. Der bør udvikles ny ledelsesstil og mere involverende beslutningsprocesser. Det kan eksempelvis være gennem åbne, udforskende og samskabende udviklingsforløb, hvor ledere og medarbejdere reelt er med til at udvikle løsninger for deres operationsteams. Herved opnås både mulighed for at styrke relationerne, og for at de involverede oplever større ejerskab til beslutninger.

Ledelsen bør bringe det centrale og decentrale i tættere samspil gennem en øget og reel inddragelse af medarbejderne og involverende beslutningsprocesser. Brug i højere grad de mange kompetencer og kræfter, der findes decentralt.

2: Den faglige identitet

Specialist- og ekspertrollen bør have en mere fremtrædende plads og synlighed i organisationen. Medarbejderne ønsker i høj grad at samarbejde, hjælpe hinanden på tværs, lære nyt og udvikle bredere kompetencer, men de færreste medarbejdere finder deres faglige identitet i at fungere som fleksible generalister. Organisationens har en stærk kultur og tradition, som kan revitaliseres og bygges videre på.

Den oprindelige intention i projekteringen af Det Nye Universitetshospital var at inddele supersygehuset i overskuelige enheder inden for syv faglige fællesskaber. Nogle af de oprindelige tanker og principper forekommer at være godt tænkt, og kan med fordel bringes i spil for at understøtte overskuelighed, relationer og faglig identitet.

De små, specialiserede enheder – ekspertteams – skal styrkes, da det både er her, der skabes kvalitet, effektiv drift, trivsel og arbejdsglæde. Der bør derfor skabes de bedst mulige rammer for teamsamarbejde mellem læger, sygeplejersker og andre faggrupper på og omkring operationsstuerne, så den faglige identitet på operationsgangene kan udfoldes.

De faglige grupper, som skal samarbejde om at afvikle operationsprogrammet, skal have større ejerskab til operationsstuerne. Rollen for den ansvarlige kirurg og operationsteamet skal tydeliggøres, og det italesættes i højere grad, at de øvrige fagpersoner har en vigtig og afgørende servicefunktion i forhold til den kirurg, der står med det faglige ansvar for at gennemføre operationen. Sociale relationer som grundlag for teamsamarbejde, videndeling og faglig kompetenceudvikling i operationsteamet skal understøttes.

Det bør overvejes, om den faglige identitet kan komme mere klart til udtryk gennem navngivning og indretning af operationsområder, uden at den overordnede målsætning om fleksibel kapacitet derved udvandes.

Den fysiske samling af funktioner og medarbejdere på AUH har på mange måder været så svær og udfordrende, at det i væsentlig grad har fjernet fokus fra de oprindelige planer og muligheder i

kvalitetsfundsbyggeriet for at skabe et enestående moderne, ambitiøst og dynamisk fagligt miljø og behandlingsmiljø for patienterne.

Ud over den overordnede vision for AUH kan det være formålstjenstligt at involvere ledere og medarbejdere og udvikle en særlig vision for operationsområdet på tværs af de kirurgiske afdelinger og B&O, hvilket eksempelvis også er begyndt at udfolde sig i OP-Nord på afdelingsledelsernes initiativ i regi af den såkaldte "horisontgruppe". Det er væsentligt, at visionen også udledes og mærkes gennem konkrete, opfølgende planer og handlinger, som er koordineret på tværs af de formelle afdelingsstrukturer.

3: Ledelseskommunikation

Det er væsentligt at udvikle en mere åben, nuanceret og oprigtig intern og ekstern kommunikation. Der savnes mere tidstro og troværdig kommunikation på operationsområdet, hvor alle hører det samme – f.eks. kolleger ansat i henholdsvis anæstesi og kirurgi.

Vanskelighederne og udfordringerne har i længere tid afstedkommet pres og stress i ledelsessystemet. Det er vilkår, som risikerer at fremkalde envejskommunikation. Der kan være tale om, at kommunikationen dels kan fremstå instruktiv, dels ikke i overensstemmelse med de oplevelser og opfattelser, der gør sig gældende hos medarbejderne. Når en vidensorganisation bringes i en sådan situation og funktionsmåde, hvor kommunikationen ikke opleves genkendelig, genereres utilfredshed. Det har været tilfældet på OP-området.

Formålet med kommunikationen må ikke primært være at "opmuntre" eller fremhæve de gode historier, hvor tingene falder på plads. Det risikerer i den givne situation at give bagslag. Omvendt kan mere nuanceret og rettidig kommunikation på AUH og særligt på operationsområdet være med til at sikre fælles fodslag.

Kommunikationen skal i højere grad fordeles direkte og samtidig ud til funktionsledere og medarbejdere. Mellemlederne kan være med til at kommunikere, uddybe og forklare sammenhænge.

Der skal være et balanceret indhold – både om de ting, der går godt og om de områder, hvor organisationen stadig er udfordret. En mere åben, nuanceret og oprigtig kommunikation, hvor medarbejderne i højere grad kan genkende den virkelighed, de står i – og hvor de føler sig set, hørt og anerkendt – vil kunne bidrage til at genskabe en tillid og fællesskabsfølelse.

Ledelsen kan med fordel flytte fokus fra envejskommunikation i retning af mere ligeværdig dialog og samtale, hvor ledelsen har mulighed for at teste, spørge ind og også udfordre de fortællinger, der breder sig i organisationen, og som kan indeholde misforståelser og fordrejninger.

Det er nødvendigt at acceptere, at der kan være behov for at gentage de samme overvejelser mange gange på forskellige måder, revurdere den faktiske situation og genåbne diskussioner om forhold, hvor der allerede er udarbejdet et beslutningsgrundlag og truffet en beslutning. Som nævnt skal der tilstræbes en tydeligt ophæng til visionen for AUH.

Mundtlig kommunikation er tæt forbundet med synlig ledelse, og dialog vil fremme den ønskede medarbejderinvolvering. Ud over informationsmøder, formelle møder med dagsorden og arbejdsgrupper om konkrete udfordringer og løsninger, bør der også skabes mulighed for en åben kommunikation fra medarbejdere til ledelse.

Det er centralt, at ledelsen som udgangspunkt tilstræber at udtrykke tillid til og anerkendelse af medarbejdernes bidrag, indsigt og motiver. Eliminere sprog, som signalerer "dem og os".

Afsluttende bemærkning

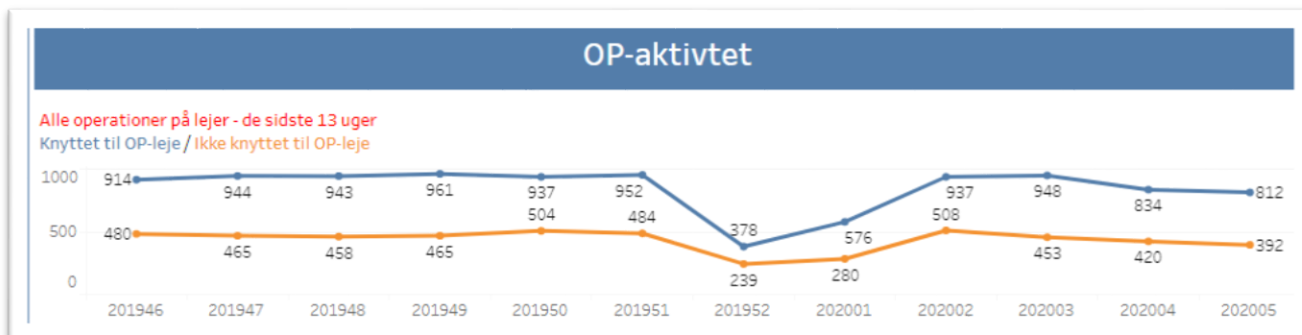
Afslutningsvis vil vi gerne endnu en gang pointere, at vi på Aarhus Universitetshospital har mødt en organisation, der er betydelig udfordret på driften af operationsområdet, og hvor efterspørgslen på kliniknær ledelse og medarbejder involvering er meget udtalt. Det er samtidig vores klare opfattelse, at AUH er gennemsyret af en stærk faglig kultur og samarbejdsånd, hvor fokus er på at give patienterne den allerbedste behandling, og at disse kræfter forholdsvis hurtigt vil kunne genaktiveres, hvis de organisatoriske og ledelsesmæssige strukturer understøtter det. Det er baggrunden for vores anbefalinger.

Bilag 1 - Interviewliste

Hospitalsledelse	Individuel
Hospitalsledelse	Gruppe
Hospitalets stab	Individuel/gruppe
Afdelingsledelse B&O	Gruppe
Afdelingsledelse B&O	Individuel
Dagkirurgisk tværgående ledelsesteam	Gruppe
Funktionsledere B&O inkl. Dagkirurgien	Gruppe
Mellemedere kirurgi	Gruppe
Medarbejdere, B&O	Flere grupper
Kirurgiske afdelinger, ledelse	Hver afd. ledelse for sig
Kirurgiske afd., medarbejd. Læger	Gruppe
Kirurgiske afd., medarbejd. Øvrige	Gruppe
Tillidsrepræsentanter	Gruppe
Åben invitation	Gruppe
Tværgående funktioner (akut og røntgen)	Gruppe
Sterilcentral, ledere (FL)	Gruppe
Sterilcentral, medarbejdere	Gruppe
Serviceafdeling, ledere	Gruppe
Serviceafdeling, medarbejdere	Gruppe
Initiativgruppen (overlæger)	Gruppe
Interne eksperter	Individuel
Koncerndirektør	Individuel
Region, Kontorchefer	Individuel

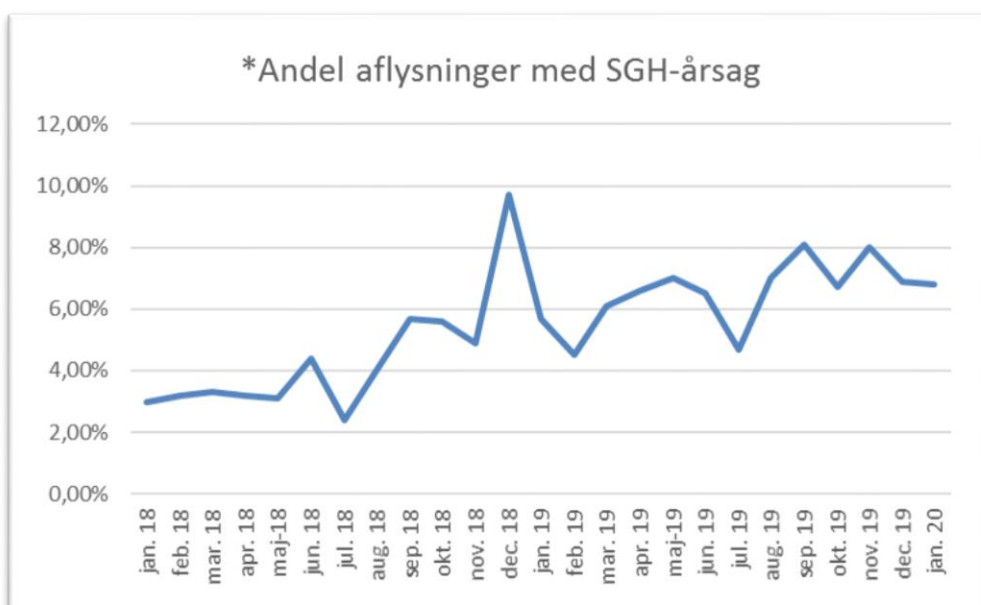
Bilag 2 – Udvalgte, overordnede nøgletal

Aktivitet

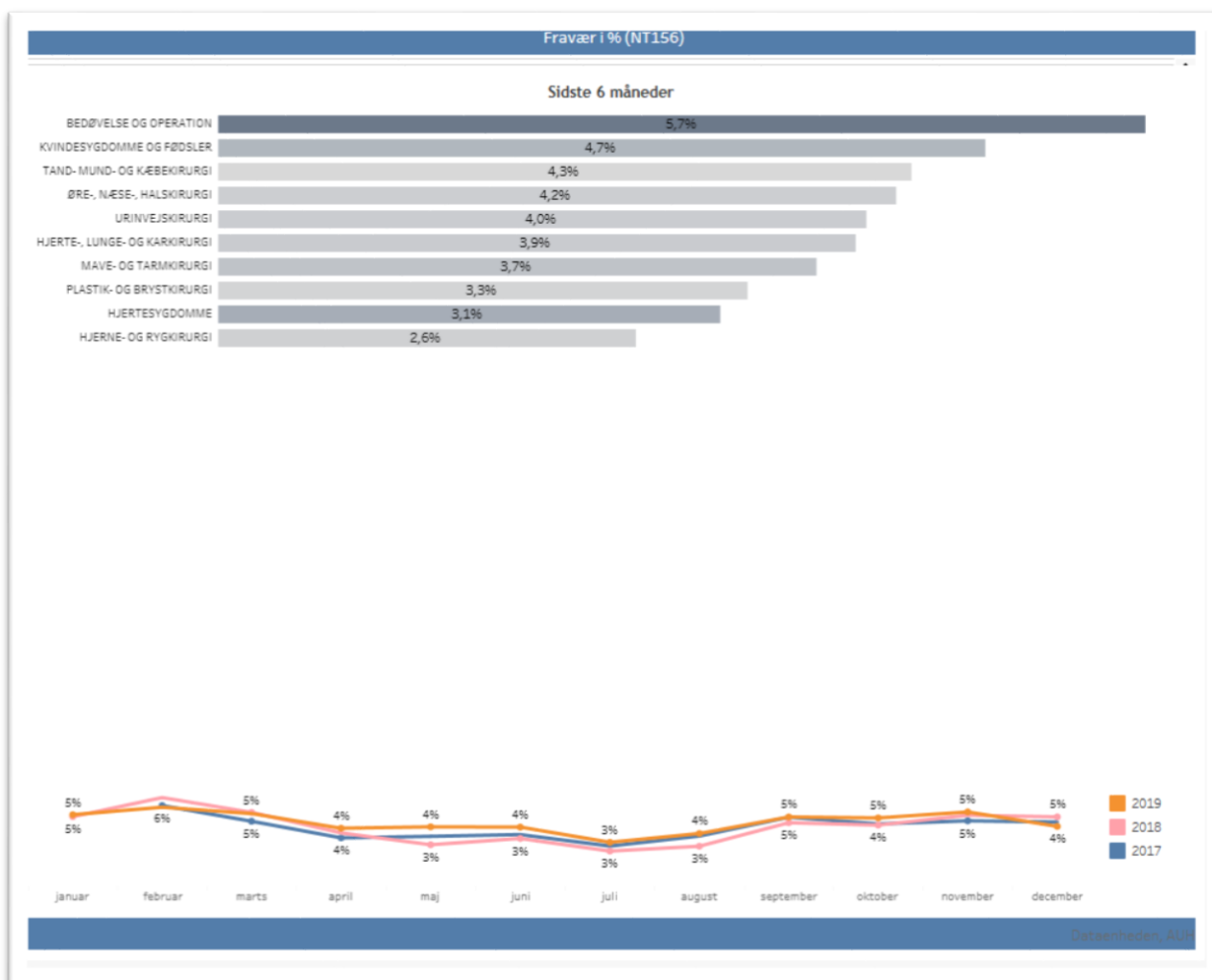


Note: Pga. registreringspraksis vil tallene øges efter et par uger. Derfor vil tallene for de seneste to uger også være lavere end resten og misvisende. Kilde: AUH

Aflysninger på operationsområdet

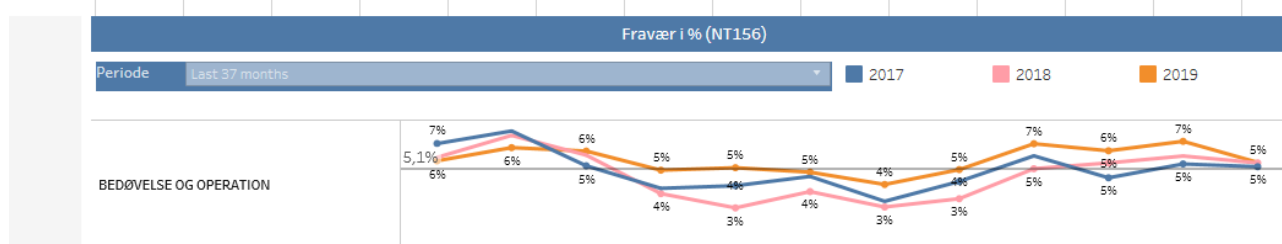


Sygefravær på operationsområdet



Udvikling i sygefraværet på B&O

Sygefravær opgjort i procent. (fraværet indeholder både langt og kort sygefravær)



Resultater af Trivselsundersøgelse og ledelsesevaluering (TULE) efterår 2019

TULE PÅ AUH	Svarprocent	Antal
HL	77	70 / 91
AL - Bedøvelse og operation	69	671 / 977
AL - Ortopædkirurgi	65	143 / 221
AL - Hjerter-, lunge- og karkirurgi	68	102 / 149
AL - Tand-, mund- og kæbekirurgi	82	42 / 51
AL - Kvindesygdomme og -fødsler	62	213 / 344
AL - Urinvejskirurgi	49	74 / 152
AL - Plastik- og brystkirurgi	62	45 / 73
AL - Mave- og tarmkirurgi	47	107 / 230
AL - Øre-, næse-, og halskirurgi	69	95 / 137
AL - Hjerne- og ryghkirurgi	70	76 / 109
AL - Øjensygdomme	72	85 / 118
AUH	68	6363 / 9389

Afdeling	Tilfreds med job som helhed			Godt samarbejde			Lederen inddrager medarbejdere i tilstrækkeligt omfang
	2019	2017		2019	2017		2019
RM	79			79			
HL	77			78			61
B & O	75			76			59
Ortopædkirurgi	72	74	↓	71	77	↓	57
Hjerter-, lunge- og kar	77	86	↓	84	87	↓	79
Tand-, mund- og kæbe	75	80	↓	72	83	↓	63
Kvindesygdomme og -fødsler	74	73	↑	81	79	↑	66
Urinvejskirurgi	66	75	↓	79	76	↑	69
Plastik- og bryst	64	72	↓	70	73	↓	53
Mave- og tarm	74	77	↓	77	83	↓	64
Øre-, næse- og hals	69	75	↓	75	73	↑	53
Hjerne- og ryg	70	73	↓	72	75	↓	63
Øjensygdomme	82	79	↑	83	78	↑	75
AUH	76	78	↓	78	79	↓	69

Afdeling	Lederen angiver klar retning	Konflikter løses retfærdigt			Vi tager fat på at ændre det, der ikke fungerer tilfredsstillende		
		2019	2017		2019	2017	
RM		69			72		
HL	62	67			70		
B & O	63	65			69		
Ortopædkirurgi	58	62	62		65	67	↓
Hjerte-, lunge- og kar	74	76	79	↓	76	81	↓
Tand-, mund- og kæbe	67	65	73	↓	72	75	↓
Kvindesygdomme og -fødsler	69	74	71	↑	68	70	↓
Urinvejskirurgi	71	66	62	↑	64	68	↓
Plastik- og bryst	58	57	65	↓	58	69	↓
Mave- og tarm	66	68	70	↓	69	69	
Øre-, næse- og hals	59	62	60	↑	62	66	↓
Hjerne- og ryg	68	60	62	↓	65	62	↑
Øjensygdomme	82	77	68	↑	78	73	↑
AUH	70	68	69	↓	70	71	↓

Afdeling	Generelt tilfreds med den faglige indsats, vi yder			Tilfreds med fremtidsudsigter på jobbet			Tilfreds med arbejdsmiljø		
	2019	2017		2019	2017		2019	2017	
RM	77			70			70		
HL	76			76			71		
B & O	73			67			65		
Ortopædkirurgi	70	74	↓	67	63	↑	60	61	↓
Hjerte-, lunge- og kar	73	85	↓	69	78	↓	69	82	↓
Tand-, mund- og kæbe	76	82	↓	71	70	↑	62	72	↓
Kvindesygdomme og -fødsler	72	73	↓	67	67		65	62	↑
Urinvejskirurgi	65	73	↓	60	65	↓	58	63	↓
Plastik- og bryst	67	76	↓	56	68	↓	55	67	↓
Mave- og tarm	68	73	↓	70	69	↑	61	66	↓
Øre-, næse- og hals	70	74	↓	61	69	↓	59	60	↓
Hjerne- og ryg	72	68	↑	62	64	↓	57	59	↓
Øjensygdomme	81	79	↑	77	71	↑	75	72	↑
AUH	75	77	↓	67	68	↓	66	69	↓

Afdeling	Alt i alt tilfreds med den ledelse, der modtages	Medvirker til at skabe en motiverende arbejdsplads	Tilfreds med daglig arbejdsomængde		
	2019	2019	2019	2017	
RM			70		
HL	68	64	63		
B & O	68	65	70		
Ortopædkirurgisk	65	62	68	66	↑
Hjerte-, lunge- og kar	79	76	66	79	↓
Tand-, mund- og kæbe	68	65	74	75	↓
Kvindesygdomme og- fødsler	74	73	59	56	↑
Urinvejskirurgi	74	70	53	62	↓
Plastik- og bryst	54	53	60	74	↓
Mave- og tarm	70	68	57	61	↓
Øre-, næse- og hals	60	55	62	63	↓
Hjerne- og ryg	69	65	61	57	↑
Øjensygdomme	82	80	69	70	↓
AUH	74	71	67	68	↓

Bilag 3 – Baggrund: Vilkår for ledelse og drift af operationsområdet i indflytningsperioden

Det nye AUH

Rammerne for sygehusbyggeriet

Det nye AUH er kendetegnet ved at være det største fra den første runde af projekterede "supersygehuse" inden for rammerne af kvalitetsfondspuljen.

Det var fra starten et vilkår for sygehusprojekterne, at der blev bygget til fremtiden, idet behov og løsninger forventeligt ville ændres inden ibrugtagningen. Regionens svar på denne udfordring var at tilstræbe at bygge fleksibelt.

Det nye AUH er etableret som en udbygning af det eksisterende Skejby Sygehus med en kombination af sengebygninger i 7 etager og en "behandlingsbase" spredt ud over et større areal. Der er fordele og ulemper ved forskellige former for byggeri, og det har været et vilkår for beslutningstagerne at balancere mellem "ideelle" løsninger for optimal logistik og realistiske løsninger, som kunne gennemføres inden for de givne rammer.

Bevillingerne til kvalitetsfondsbyggerierne har ligesom regionernes økonomaftaler udgjort rammen om projekterne. Dette vilkår adskiller sig fra tilsvarende projekter i udlandet f.eks. USA, Norge og Sverige, hvor der dels er andre muligheder for private investeringer, hvor der typisk har været flere penge til rådighed, har været planlagt med større etableringsomkostninger og har været færre bindinger i forhold til at opnå finansieringen og ændre projekterne undervejs.

Projektet har strakt sig over en længere årrække. Undervejs i bygge- og indflytningsprocessen har det været nødvendigt at foretage tilpasninger for at overholde den økonomiske ramme. De valgte løsninger er blevet påvirket, og der er opstået diskrepans mellem ønsker, behov og muligheder.

Særligt de lange transportafstande i det bredt udstrakte behandlingsområde udfordrer driftsbetingelserne for de funktioner og afdelinger, der løser opgaver i flere af områderne og stiller særlige krav til service og forsyning. Personalet transporterer sig ofte mange kilometer rundt i løbet af en vagt på cykler, løbehjul og til fods.

I projektbeskrivelsen er der fremhævet flere løsninger til at håndtere afstande og transport mellem faglige fællesskaber. Dels skulle områderne "sammenbindes via gader, arkader og glasoverdækkede gallerier", dels skulle der etableres forbindelser på tværs af hospitalet i kælderniveau, og "sikres hurtig og effektiv forsyning f.eks. ved brug af robotstyrede transportvogne (AGV) og automatiseret rørpost" (Prospekt for Det nye Universitetshospital i Århus, Region Midtjylland).

Flere af disse løsninger er endnu ikke realiseret. Anvendelse af robotvogne og monorail er siden hen blevet fravalgt blandt andet ud fra økonomiske hensyn. Den planlagte bygning "Forum", som skulle indeholde en række funktioner og forbinde Nord- og Syd-fløjen, er blevet udskudt, men er bevilget og forventes at stå færdig medio 2022.

Det betyder, at man i dag står med et Universitetshospital i Aarhus, som er præget af:

- Nye bygninger, der er bygget sammen med det oprindelige Skejby Sygehus over et stort areal
- Det har været nødvendigt at gå på kompromis med delelementer undervejs for at undgå at overskride den økonomiske ramme.
- Store afstande og potentiale for mere optimal logistik

Disse rammebetingelser og udefra givne vilkår nævnes her, fordi de har fået driftsmæssige konsekvenser for operationsområdet på AUH i 2020.

Ambitionerne bag supersygehuset – Faglige fællesskaber

Aarhus Universitetshospital er kendetegnet ved, at det fagligt har bredde og dybde i opgaveporteføljen. AUH fungerer både som nærhospital for indbyggerne i Aarhus-området og som højt specialiseret hospital med lands- og landsdelsfunktioner.

Som en grundlæggende præmis for Det Nye Universitetshospital i Aarhus blev det ifølge et internt notat allerede omkring 2006 besluttet, at hospitalet skulle opdeles i mindre og mere overskuelige enheder bestående af faglige fællesskaber:

”De grundlæggende værdier for Det Nye Universitetshospital blev blandt andet beskrevet som logisk sammenhængende patientforløb, Samtidig blev tæt fagligt og tværfagligt samarbejde anset som en central forudsætning for høj kvalitet i de sundhedsfaglige ydelser.

For at kunne efterleve de grundlæggende værdier og præmisser var det nødvendigt at tænke sammenhæng på en ny måde. Ambitionen var, at patienten skulle opleve færrest mulige skift mellem afdelinger. Derfor var det afgørende, at mest mulig udredning, diagnostik og behandling kunne foregå indenfor et fagligt fællesskab i form af fysisk sammenhængende blokke”.

Den oprindelige Masterplan for AUH stammer tilbage fra forarbejder i Århus Amt i 2004-2005. Planen med ”sygehusbyen”, der var i offentlig høring i 1. kvartal 2006, var ikke alene at centralisere funktioner og udnytte kapacitet på tværs i et nyt ”supersygehus”, men at etablere selvstændigt bæredygtige enheder i blokkene opbygget omkring meningsfulde faglige fællesskaber. Eksempelvis blev planen i 2010 præsenteret med følgende formulering ”Hospitalsbyen opdeles i overskuelige enheder”. (Claus Thomsen, Holstebro, DNV-DNU 20/3-2010).

I tråd med beslutningen om at fundere byggeriet i faglige fællesskaber blev også operationsafsnittene planlagt placeret i tilknytning til de faglige fællesskaber. Der var overvejelser om at decentralisere tværgående funktioner som eksempelvis anæstesi/intensiv/operation, billeddiagnostik, fysio-/ergoterapi, laboratorier m.m. ved at placere dem i blokkene eller eventuelt på tværs af 2 blokke.

Intentionen var dermed, at hospitalsbyen blev bygget op omkring hospitalets faglige og organisatoriske opbygning i syv faglige fællesskaber:

- Akut, herunder ortopædkirurgi
- Kvinde-barn
- Hjerte-Lunge-Kar
- Inflammation
- Hoved-Neuro
- Abdominal
- Onkologi

Denne organisering blev imidlertid efterfølgende ændret fra faglige fællesskaber til fem centre, til yderligere at blive samlet under én hospitalsledelse. Dermed ændredes forudsætningen om en sammenhæng mellem byggeriet og hospitalets organisering.

Økonomi og effektiviseringer

Gennem hele planlægningsprocessen har det været en forudsætning for investeringen i det nye, moderne hospital i Skejby, at byggeriet skulle bidrage til at imødekomme det stigende behov for sundhedsydelser gennem en højere produktivitet og bedre kapacitetsudnyttelse.

En central forudsætning for de nye sygehusbyggerier under kvalitetsfonden var kravet om, at investeringerne ikke kun skulle styrke kvalitet og faglighed, men også bidrage til finansieringen af sundhedsvæsenet på sigt ved at understøtte driftseffektiviseringer. Derfor blev sygehusbyggerierne ledsaget af et effektiviseringskrav. På AUH har der været forudsat en effektiviseringsgevinst på 8% aftalt med staten som betingelse for kvalitetsfondsbyggeriet. Ud over det økonomiske krav indebar samlingen af funktioner på AUH, at antallet af operationsstuer blev reduceret i forhold til den samlede kapacitet på de tre tidligere hospitaler – fra ca. 63 til ca. 55.

Omkring 2012 blev der nedsat interne arbejdsgrupper, som fik til opgave at konkretisere, hvordan der kunne opnås stordriftsfordele og rationaliseringsmuligheder på det nye AUH, så kapaciteten kom til at matche behovet.

Det var arbejdsgruppernes forventning, at der med det nye sygehusbyggeri kunne opnås en væsentlig produktivitetsgevinst på operationsområdet. Metoderne hertil var blandt andet fælles vagthold, justeret bemanning på OP-stuer og optimeret flow på OP-stuerne. Forventningen var, at det ville blive muligt at optimere operationsprogrammerne med 15% i forhold til tidligere.

Effektiviseringsgevinsten blev således lagt ind i budgetterne for operationsområdet på det nye AUH, og Hospitalsledelsen og afdelingsledelserne har haft til opgave at realisere effektiviseringsgevinster i samme periode, hvor specialerne gradvist er flyttet ind i de nye rammer, lejekapaciteten er reduceret og fusionen af afdelinger er blevet realiseret.

Sparekrav og omkostninger ved indflytning

Efter en regional besparelsesproces i 2015 har det nye AUH ifølge hospitalet skullet levere yderligere besparelser til at dække stigende udgifter og behov for omprioriteringer.

Derudover har der været udgifter til flytning og ibrugtagning, inklusiv udgifter forbundet med forsinket indflytning for nogle afdelinger. Hospitalet vurderer derfor, at flytte- og ibrugtagningsudgifterne har været med til at bringe hospitalet i en økonomisk presset situation.

Samlet set har forventningen om effektiviseringsgevinster og budgetreduktioner haft betydelig indflydelse på operationsområdet på AUH, idet mange ledelsesbeslutninger er truffet med henvisning til besparelser, øgede krav om effektiviseringer og muligheden for at udnytte potentialerne ved at samle hospitalet i et nyt byggeri.

Sterilcentral og "just in time"

Det oprindelige sterilkoncept indebar en fælles Sterilcentral og et centralt lager af steriliserede instrumenter. Tanken var, at instrumenter skulle bestilles og sampakkes på vogne, som skulle køres ud til de enkelte operationer på robotstyrede transportvogne efter det såkaldte 'just-in-time'-princip. Udviklingen af et IT-projekt "RM-steril" skulle styre sterilflow, og fremstillingskort (OP bestillingskort) og logistikken i OP-vogne skulle kobles op på systemet Servicelogistik.

Sterilkonceptets implementering forudsatte samtidig fusion af sterilenhederne på de kirurgiske afdelinger på AUH med henblik på en ny fælles Sterilcentral.

Efterfølgende er sket flere ændringer, som opleves at have haft betydning for driften på operationsområdet efter indflytningen.

- Den midlertidig Sterilcentral blev permanentgjort ud fra økonomiske hensyn, og fordi den blev vurderet at kunne dække behovet
- Der blev valgt et nyt system til Sterilcentralen, som mange oplever ikke har fungeret tilfredsstillende, og som nu er ved at blive videreudviklet
- Udviklingen i nogle patientgrupper har ikke været som forventet, det gælder f.eks. for intensivpatienten, hvor det faktiske behov har vist sig større end det fremskrevne kapacitetsbehov. Også på flere kirurgiske områder er der sket en stigning

Opgaven med at opnå et tilstrækkeligt aktivitetsniveau og flow i Sterilcentralen har gennem længere tid krævet betydelige ressourcer fra ledelsen på operationsområdet, og udfordringen med at levere korrekt udstyr til de kirurgiske afdelinger har påvirket arbejdsmiljøet.

Indflytningsprocessen

Samlingen af specialer i det nye hospitalskompleks er sket gradvist i perioden fra 2017-2019. Undervejs er der sket forsinkelser og tilpasninger i forhold til de oprindelige planer om at samle funktionerne inden for syv faglige fællesskaber.

I modsætning til mange af de øvrige afdelinger flyttede B&O ikke ud samlet, men i takt med de afdelinger/OP-områder, de skulle betjene. Samlingen skete i faser (i hovedtræk):

- Maj-juni 2018: Flytning af den Akutte Blok: Udflytning af Ortopædkirurgi, Diabetes og Hormonsygdomme, Øre-, Næse- og Halskirurgi, Lever-, Mave- og Tarmkirurgi (NBG), Dagkirurgi (THG), Patologi
- August-september 2018: Rømning af Tage Hansens Gade: Nyremedicin, Urinvejskirurgi, Mave- og Tarmkirurgi (THG), Plastik- og Brystkirurgi, Hud- og Kønssygdomme, Lever-, Mave- og Tarm-sygdomme, operationslejer til kvindesygdomme, Børneoperationsgang, Lungekirurgi, afsnit i Hjertemedicin og Blodsygdomme
- Februar-marts 2019: Rømning af Nørrebrogade: Kræftsygdomme, Neurokirurgi, Øjenafdeling, Lungesygdomme, Neurologi, Tand-, Mund- og Kæbekirurgi, Dagkirurgi (NBG)

Første fase af udflytningen var planlagt til oktober 2017 men blev forsinket, blandt andet fordi udfordringer med ventilationen på operationsstuerne betød, at renhedsværdierne ikke levede op til nye skærpede krav, som blev fastlagt i forbindelse med nyt byggeri. Senere opstod ifølge Hospitalsledelsen et pres for at overholde tidsplanen trods indtrufne forsinkelser. Det resulterede i, at der især på operationsområdet blev kortere tid end planlagt til trænings- og simuleringsøvelser op til flyttedagen, hvilket har besværliggjort opstarten.

Indflytningen og den endelige fusion af afdelinger har haft betydning for drift og resultater på det nye hospitals operationsområde. Eksempelvis fremhæves, at intensiv- og akutafdelingen fik tid til at afholde simuleringsøvelser før indflytningen, mens kirurgerne på grund af forsinkelser ikke i samme grad fik mulighed for at træne før indflytningen. Der findes herudover en lang række eksempler på, at fusion, samling og indflytninger indebar ofte store udfordringer, der ikke var forudsat.

Udfordring at realisere effektiviseringer i 2018 og 2019

Det har vist sig at være meget vanskeligt at gennemføre de ønskede effektiviseringer samtidig med, at hospitalet er flyttet sammen og i nye lokaler, der er implementeret nye arbejdsprocesser omkring operationsgange samt indarbejdet nyt sterilkoncept og nye logistiksystemer. Oveni har mangel på kvalificeret arbejdskraft gjort det vanskeligt at opretholde normal kapacitet.

Bilag 4 – Ændringer i ledelsen af AUH 2011-2020

2011: Århus Sygehus og Skejby Sygehus fusionerer til AUH for at forberede udflytning. Hospitalet organiseres ledelsesmæssigt i 5 centre: Akut-Centret, Hoved-Neuro-centret, Abdominal-Centret, Inflammation-Centret og Hjerne-Lunge-Kar-Kvinde-Barn-Centret.

Hospitalsledelsen for AUH udgøres af Vibeke Krøll, Claus Thomsen og Gert Sørensen

2016: Vibeke Krøll dør efter kort tids sygdom i juni – stillingen er vakant resten af året

2017:

- Gert Sørensen bliver afskediget i starten af januar
- Inge Pia Christensen tiltræder som ny sygeplejefaglig direktør 15. januar
- Ole Thomsen vikarierer som hospitalsdirektør frem til maj
- Poul Blaabjerg tiltræder som hospitalsdirektør 15. august
- Centerstrukturen nedlægges i august og Hospitalsledelsen udvides til 5. Dette besluttet af Regionsrådet
- Henrik Bech Nielsen bliver en del af Hospitalsledelsen (tidl. centerchef)

2018:

- Januar: Jørgen Schøler Kristensen tiltræder som lægefaglig direktør
- Henrik Bech stopper som direktør efter eget ønske (1 oktober), herefter besluttet at fortsætte med 4 i Hospitalsledelsen og i stedet ansætte en stabschef

Kilde: Staben på AUH, februar 2020