

Foreløbig ledelsesmæssig vurdering

Grundlag for og ledelsespraksis på AUH og Mave-
og Tarmkirurgisk afdeling for overholdelse og
håndtering af maksimale ventetider

30. april 2023

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion til den ledelsesmæssige vurdering	2
1.1	Grundlag, tilgang og afgrænsning	2
1.2	Anvendte temaer.....	3
2	Generel vurdering	6
3	Tema 1 - Struktur/organisering	8
3.1	Balance mellem ansvar og handlemuligheder.....	8
3.2	Ledelsesreaktioner og mobiliseringsevne.....	9
4	Tema 2 - Styringsmodel	10
4.1	Intentionerne bag lovgivningen og daglig praksis.....	10
4.2	Økonomimodel og styringspraksis	11
4.3	Målstyring og opfølgning med snævert fokus	12
5	Tema 3 - Arbejdsgange og processer	13
5.1	Planlægningsgrundlag og -praksis	13
5.2	Kontinuerlig implementering, meningsskabelse og tydelighed.....	14
5.3	Betydningen af den lægefaglige vurdering	14
6	Tema 4 - Samarbejde	16
6.1	Intern tilgang til åbenhed, nysgerrig og hjælpsomhed.....	16
6.2	Mulighed for at få udenregional hjælp	17
7	Tema 5 - Kompetencer	19
7.1	Ledelseskompetencer og -støtte	19
7.2	Adgangen til og anerkendelsen af behovet for særlige ikke-kliniske specialistkompetencer	20
7.3	Forhandling, kontraktindgåelse og administration – samt forsyningsforpligtelse	21
8	Fokusområder til kerneårsagsanalysen	23

1 Introduktion til den ledelsesmæssige vurdering

Implement Consulting Group (Implement Healthcare) har på opdrag fra Forretningsudvalget i Region Midtjylland foretaget nærværende eksterne vurdering af de ledelsesmæssige forhold relateret til overskridelserne af de maksimale ventetider for behandling af patienter med kræftsygdomme og visse tilstande ved iskæmisk hjertesygdom.¹

Der er tale om en indledende vurdering, der har til formål at afdække, hvordan den ledelsesmæssige håndtering af kapacitet, ventetider og overholdelse af maksimale ventetider overordnet set har været grebet an i Region Midtjylland for så vidt angår Mave- og Tarmkirurgisk afdeling på Aarhus Universitetshospital. Der er i vurderingen særligt lagt vægt på at udpege de områder, hvor der med fordel kan sættes ind i bestræbelserne på genopretning og etablering af robusthed i den regionale opgavevaretagelse på området.

Vurderingen bidrager derudover som en fokuseret foranalyse vedr. de ledelsesmæssige perspektiver til den efterfølgende og langt mere omfattende Kerneårsagsanalyse, Region Midtjylland ligeledes har besluttet skal gennemføres.

Vurderingen bidrager således sammen med den eksterne juridiske vurdering, der gennemføres af advokatfirmaet Poul Schmidt, som grundlag for regionens videre arbejde.

1.1 Grundlag, tilgang og afgrænsning

Grundlag

Den indledende vurdering omfatter en gennemgang og vurdering af grundlaget for og den faktiske ledelsespraksis på og mellem alle ledelsesniveauer på baggrund af det materiale, det har været muligt at stille til rådighed inden for tidsfristen.

De tidsmæssige og dermed ressourcemæssige rammer for nærværende vurdering af de ledelsesmæssige aspekter giver således anledning til forbehold. Således er fx betydningen af aktivitets- og bemandingsmæssige udfordringer efter COVID, mangeårige økonomiske udfordringer efter hospitalsbyggeri, indflytning, effektiviseringskrav mv. ikke behandlet. Sådanne kontekstuelle forhold og mulige medvirkende årsager bør behandles grundigere ifm. den efterfølgende kerneårsagsanalyse.

Både Region Midtjylland og Aarhus Universitetshospital har i vid udstrækning stillet de oplysninger, data og dokumentation til rådighed, som Implement har efterspurgt.

Det har dog ikke været muligt med kort varsel at etablere mulighed for at interviewe et antal patienter, ligesom det ikke har været muligt for regionen med så kort varsel at udtrække efterspurgte eksempler på patientjournaler. Implement anbefaler derfor, at disse elementer omfattes af den efterfølgende kerneårsagsanalyse.

Der er efter rådgivning fra advokatfirmaet Poul Schmidt ikke gennemført interview med ledere eller medarbejdere på Aarhus Universitetshospital eller i Region Midtjylland i øvrigt i forbindelse med denne indledende vurdering. I et enkelt tilfælde har der været behov for

¹ <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2015/584> - Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme

udbykning af det ledelses- og styringsmæssige grundlag, specifikt en præsentation af regionens BI-system, Early Warning-system og øvrige ledelsesinformation.

Tilgang

I vurderingen er der fokuseret på ledelsesindsatsen, som rent metodisk er opdelt i en række ledelsesmæssigt helt centrale temaer jf. analyserammen, der er nærmere beskrevet i næste afsnit. For hvert tema er forløbet blevet gennemgået og vurderet, og områder med ledelsesmæssige udfordringer eller uhensigtsmæssigheder er opsummeret i nærværende rapport.

Resultatet af den indledende analyse er således en overordnet vurdering af forløbet i et ledelsesperspektiv, og en vurdering af hvilke områder, der skal arbejdes med i forbindelse med styrkelse og genopretning. Dertil peges der på, hvilke ledelsesmæssige områder, der bør udfoldes og afdækkes yderligere i den efterfølgende kerneårsagsanalyse.

Det har været afgørende for Implement, at den indledende ledelsesmæssige vurdering favner den samlede kompleksitet og de sammenhænge, der er i rammevilkår, styringspraksis, ansvarsfordeling og klinisk praksis. Nærværende vurdering er derfor også i særlig grad relevant for det fremadrettede arbejde, hvor omstillinger og implementering forudsætter en realisme i virkning af tiltag, når de møder virkeligheden.

Denne eksterne ledelsesmæssige vurdering er gennemført sideløbende med den eksterne juridiske vurdering, og de to vurderinger er så vidt muligt koordineret givet den korte tid, der har været til rådighed.

Afgrænsning

Vurderingen omhandler kræftbehandlingen på afdelingen for Mave- og Tarmkirurgi på Aarhus Universitetshospital. Dvs. den omfatter udelukkende kræft i mave-tarm-kanalen og har fokus på den kirurgiske behandling.

Vurderingen omfatter forløbet vedr. overskridelser af de maksimale ventetider og den ledelsesmæssige håndtering heraf. Perioden er afgrænset til 1. januar 2022 til 19. marts 2023, hvorefter vurderingen er, at medieomtalen og den politiske opmærksomhed mv. har påvirket de ledelsesmæssige dispositioner.

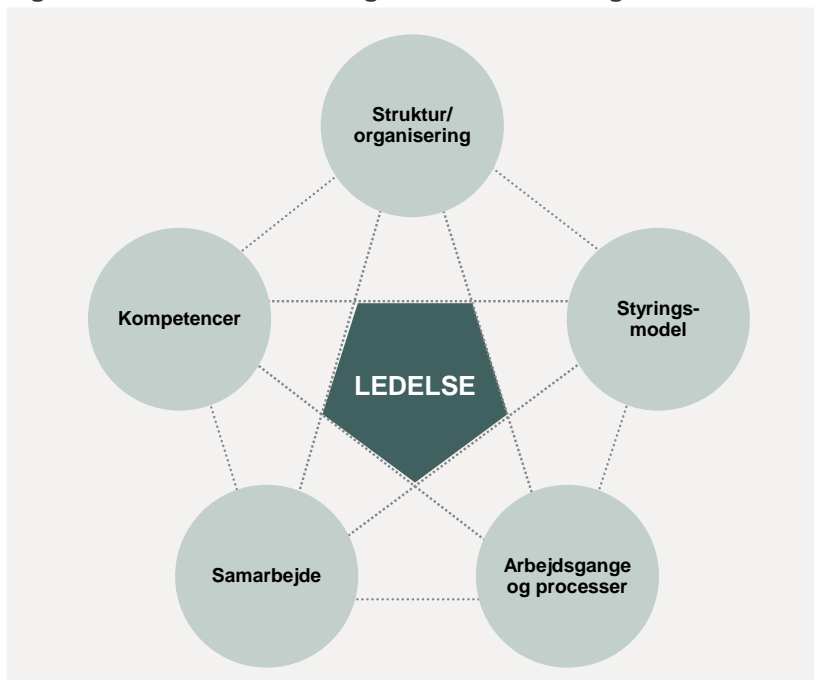
1.2 Anvendte temaer

Vurderingen er struktureret om fem temaer. Disse temaer giver hver for sig et perspektiv på den ledelsesmæssige indsats og praksis.

Temaerne er ikke gensidigt udelukkende og udgør ikke en samlet og udtømmende forståelse af, hvad ledelse omfatter. Dertil er ledelsesopgaven for kompleks. Tilsammen sikrer temaerne dog, at de mest relevante elementer afdækkes.

Hvert tema berører både, hvordan tingene ser ud, hvad det vurderes at have betydet i situationen, hvad der umiddelbart kan udpeges som forbedringsområder, og hvilke elementer, der bør undersøges nærmere i en efterfølgende kerneårsagsanalyse.

Figur 1. Ramme for vurdering af ledelsesmæssige leveranceevne



De enkelte temaer præsenteres kortfattet herunder.

Struktur/organisering

Struktur/organisering knytter sig i denne sammenhæng til de formelle organisatoriske valg, der er truffet om opdeling i enheder, ledelseslag og ledesspænd. Temaet omfatter også de valg, der er truffet vedr. ansvarsfordelingen mellem ledelseslag. Konkret undersøges, hvilken betydning ansvarsfordelingen og de dertil knyttede eller manglende handlemuligheder har haft for den ledelsesmæssige håndtering af og overholdelse af de maksimale ventetider.

Der er desuden under dette tema en opmærksomhed på, hvilken betydning de valgte strukturer har for den samlede organisations evne til at bringe de rette kompetencer og ressourcer i spil for at løse de aktuelle udfordringer. Der er derfor en tæt relation mellem dette team og temaerne kompetencer og samarbejde.

Styringsmodel

Styring forstås i denne sammenhæng som de handlinger og prioriteringer, der iværksættes for at mindske afstanden mellem den ønskede retning eller de ønskede resultater og den faktiske retning og faktiske resultater. Temaet Styringsmodel omfatter således de tilgange, konstruktioner og værktøjer, der anvendes til at sikre, at organisationen leverer de resultater, der er ønsket, og hvordan disse modeller udleveres i praksis.

Det søges afdækket, hvordan de valgte styringsredskaber og styringsmodeller har haft betydning ifm. overskridelserne af de maksimale ventetider, herunder skabt klarhed eller usikkerhed.

Arbejdsgange og processer

I alle organisatoriske enheder opstår en række faste processer og arbejdsgange, der er med til at opretholde den daglige drift og sikre en bæredygtighed – eller robusthed – der rækker ud over den enkelte medarbejder eller interessent. Disse processer og

arbejdsgange kan være mere eller mindre formaliserede, og de kan være mere eller mindre eksplicite og erkendte. Temaet fokuserer på, hvordan arbejdsgange og processer foregår i praksis, og i hvilket omfang disse er formaliserede, dokumenterede og kendte i organisationen.

Samarbejde

Som følge af den valgte organisatoriske model, er afdelingen helt afhængig af et velfungerende samarbejde med såvel de administrative funktioner på hospitalet og i regionen, som andre hospitaler og afdelinger regionalt og udenregionalt.

Temaet Samarbejde indeholder derfor en vurdering af både det interne samarbejde i Region Midtjylland mellem de kliniske enheder og det eksterne samarbejde med andre regioner, privathospitaler og udenlandske hospitalsafdelinger.

Kompetencer

For at et hospital (og en region) kan fungere, agere og justere, er der brug for, at en lang række specialiserede kompetencer kommer i spil på rette tid og sted. Det gælder naturligvis kliniske specialister vedr. udredning, pleje og behandling, men det gælder også ledelseskompeter, forandringskompetencer, optimeringsspecialister og mange flere.

Temaet omfatter således en vurdering af, om de rette kompetencer er til stede, og om det er muligt hurtigt og effektivt at mobilisere de nødvendige kompetencer, der er behov for, når der opstår udfordringer med vigende kapacitet og/eller stigende behov.

I denne sammenhæng fokuseres på de ledelsesmæssige kompetencer og herunder evnen til at bringe andre fagligheder i spil, mens de rent kliniske kompetencer ikke berøres. Temaet hænger således også naturligt sammen med temaet om struktur og organisering.

2 Generel vurdering

I dette kapitel ses på tværs af de tematiserede vurderinger og gives et samlet billede af de ledelsesmæssige forhold, der synes af størst betydning for overskridelserne af de maksimale ventetider. Kapitlet kan derfor fungere som et resumé uden dog at være fuldt dækkende for de tematiske vurderinger og de afsluttende anbefalinger til den efterfølgende kerneårsagsanalyse.

Først og fremmest viser vurderingerne, at den enkelte afdeling, eller for den slags skyld det enkelte hospital, ikke bør stå alene med ansvaret for at sikre forsyningsforpligtelsen, når det gælder højt specialiserede og regionsfunktioner. Det er ikke kerneopgaven eller kompetenceprofilen for de kliniske afdelinger og deres medarbejdere. Det bør være de eksisterende kompetencemæssigt relevante stabsfunktioner på hospitals- og gerne regionalt niveau, der med faglig rådgivning og støtte fra de kliniske specialister understøtter denne opgave. Dette er samtidig knyttet helt tæt til den regionale forpligtelse til at følge op på kapacitet, kapacitetsbehov, kapacitetsudfordringer og vigende kapacitet samt udviklingen i behovene. Disse bør ligeledes håndteres på regionalt niveau eller subsidiært på hospitalsniveau med kompetencestøtte fra regionale stabe, der har mulighed for at sikre sammenhængende og fælles regional kapacitetsudnyttelse på tværs af matrikler og hospitaler. Sidstnævnte uden forsinkelser eller suboptimering knyttet til de økonomiske transaktioner og diskussioner mellem hospitalerne. Det er derfor også vurderingen, at der med en decentral økonomistyringsmodel, som Region Midtjylland har, ses og risikeres store forsinkelser i de nødvendige justeringer, fordi der mangler konkret kobling mellem ansvar og reelle handlemuligheder, fx rådighed over tilstrækkelige budgetter, mulighed for at disponere puljemidler, anvendelse af samlet regional kapacitet mv. Dette har resulteret i situationer, hvor de økonomiske hensyn overdøver hensynet til og intentionerne i lovgivningen om patienternes rettigheder – og dermed også hensynet til den enkelte patient. Alle styringsmodeller har fordele og ulemper, og det væsentligste er derfor, hvordan organisation og ledelse har fokus på at kompensere for ulemperne, hvorfor en decentral økonomimodel ikke i sig selv kan siges at være u hensigtsmæssig.

Den ovenfor nævnte kapacitetsovervågning kan på ingen måde stå alene. Dette skal helt operationelt følges op af målrettede og kompetente indsatser, der kan skabe mest mulig kapacitet inden for de aktuelle rammer – på den enkelte afdeling, det enkelte hospital og fælles i den enkelte region. Sådanne indsatser bør ikke alene bestå i, at der pålægges udarbejdelse af handleplaner. Igen er det ikke realistisk, at en presset klinisk afdeling på egen hånd er i stand til eller for den sags skyld har de relevante procesfaglige, styringsmæssige og implementeringsmæssige kompetencer til at finde reelle nye løsninger, så der kan opnås en bedre kapacitetsudnyttelse og dermed bl.a. overholdelse af de maksimale ventetider. Det er derfor helt afgørende, at specialister i de nævnte opgaver stilles til rådighed for afdelingens arbejde både generelt og i specifikke situationer. Dertil vurderes det også, at der med rimelighed bør forventes en særlig indsats fra hospitalsledelsens og administrationens side for at støtte og oplære nye afdelingsledelser i at løse de for hospitalet og regionen kritiske opgaver.

De anvendte styringsmodeller og den tilhørende kvalitets- og målopfølgning afspejler også den decentrale ansvarsplacering, hvor der alene rapporteres opad – og følges med ovenfra – når det, der opfattes som alvorlige overskridelser, forekommer. Dermed bliver det ledelsesmæssige fokus også pr. automatik præget af de oplysninger, der er stillet til rådighed. Et overholdt budget opfattes som udtryk for en afdeling i balance, det samme hvis den relevante lovgivning på området kan anses for overholdt (snævert defineret). Patientperspektivet mistes og erstattes af en jagt på opnåelse af KPI'er. I tilfældet på MTK burde opmærksomheden fra alle ledelseslag have været på at sikre tidligst mulig operation for patienterne med henblik på at opnå den optimale kliniske effekt og kvalitet – og dermed

om budgetoverholdelsen burde vige for dette mål. Derfor bør der fremadrettet være fokus på at sikre, at den etablerende monitorering og særligt opfølgning herpå tager højde for disse indimellem modsætningsfyldte målsætninger, og eksempelvis giver plads til at identificere indsatser og handlinger, der kan fremme operation tidligst muligt for de omfattede kræftpatienter.

Gennemgangen af materialet viser betydelige mangler i implementering af de nødvendige strategiske omstillinger, der skal til, for at sundhedsvæsenet kan overkomme de store strukturelle udfordringer, der især knytter sig til det stigende behov samtidig med et vigende udbud af arbejdskraft. I stedet ses en relativt konsekvent fastholdelse af fortidens styringspraksis, en tilbagevenden til tidligere tiders budgettilpasningsgreb og en generel forandringsresistens i forhold til at se på nye og andre muligheder i den kliniske praksis, samt at skabe rammerne herfor. Det er derfor vurderingen, at der helt gennemgående er behov for at revurdere styringslogikken, opfølgingspraksis og indsatsmuligheder samt at installere og placere omstillingsansvaret på samtlige ledelsesniveauer med tilstrækkelig supporterende forandrings- og implementeringseksperter til rådighed. Dette skal samtidig afspejles i budgetterne, så det er muligt at investere i effektiviseringer og robusthed på det lidt længere sigte og i det større perspektiv. Med andre ord er der behov for at skabe styringsmæssige og budgetmæssige rammer, der understøtter beslutninger, der bidrager til de nødvendige omstillinger.

Endelig fremstår det paradoksalt, at lovgivningen tillægger den lægefaglige vurdering af behovet for hurtig udredning og behandling afgørende betydning (herunder i bekendtgørelsen om maksimale ventetider), mens lægefaglige vurderinger og bekymringer i begrænset omfang tillægges ledelsesmæssigt fokus i forhold til økonomi. Dette fremgår blandt andet af korrespondancer mellem speciallæger, Afdelingsledelsen (AL), Hospitalsledelsen (HL) og Koncerndirektionen (KD). I hvert fald kan det konstateres, at der ikke handles hurtigt og opfølgende med nysgerrighed og interesse med henblik på at afklare omfang og grundlag for bekymring samt mobilisering af de samlede regionale kræfter til at løse udfordringer. Der kan på samme vis konstateres en tilbageholdenhed med at tage konstruktivt og aktivt fat, når der eskaleres udfordringer fra det ene ledelseslag til det næste i det samlede ledelsessystem. Det er Implements vurdering, at dette generelt set har negative konsekvenser for tilliden i systemet, og specifikt har betydning for hastigheden, hvormed udfordringer løses. Der synes således at være en betydelig forsinkelse i regionens evne til at sætte ind med regionens samlede kompetencer og ressourcer. Det er ikke muligt på baggrund af materialet, der er stillet til rådighed for denne vurdering, at afgøre, hvad denne latens og tilbageholdenhed mere konkret skyldes. I den efterfølgende kerneårsagsanalyse bør den ledelsesmæssige tilgang og reaktion på medarbejdernes og ledernes bekymringer undergå en nærmere analyse og give anledning til et gennemgribende arbejde med sikre responsivitet og lydhørhed i alle ledelseslag. Se derudover kapitel 8 for anbefalinger til fokusområder for kerneårsagsanalysen. De direkte konsekvenser for patientsikkerheden og overholdelsen af patientrettighederne er tydelige i nærværende sag, ligesom de mere langsigtede konsekvenser er, at medarbejderne mister tillid til ledelsen. Sidstnævnte er en omkostning, der ikke er råd til i et sundhedsvæsen, hvor sundhedsfaglige medarbejdere er en stadigt mere knap ressource.

3 Tema 1 - Struktur/organisering

I det følgende gennemgås de observationer, der ligger til grund for Implements vurdering indenfor ledelsestemaet struktur/organisering. Indledningsvis er Implements ledelsesmæssige vurdering angivet i punktform. Det giver således umiddelbar adgang til vurderingen, hvorefter der kan dykkes længere ned i grundlaget for vurderingen.

Det er Implements vurdering, at:

- Der er en uhensigtsmæssig sammenhæng mellem ansvarsplacering og handlemuligheder på afdelingsniveau – og til dels på hospitalsniveau. Den aktuelle ansvarsplacering på afdelingsniveau (Mave- og Tarmkirurgi (MTK)) for overholdelse af maksimale ventetider har en indbygget udfordring, da der samtidig ikke er givet det tilstrækkelige handlerum på afdelingsniveau til at løse alle de problemstillinger, der er knyttet hertil. Denne udfordring forstærkes, når der er begrænset med direkte bistand og hjælp at hente fra hospitalsniveauet og regionale stabsfunktioner. (Se også vurderingen under temaerne styringsmodel og kompetencer, sidstnævnte specifikt vedrørende ansvarsplacering og praktisk håndtering af den regionale forsyningsforpligtelse knyttet til lands- og landsdelsfunktioner.)
- Der ses en klar tendens til afstandtagen på ledelsesniveauerne fra at påtage sig ansvaret for prioriteringer, når der er udfordringer og dermed behov for at fastlægge, hvad der er vigtigst at sikre før andet. Specifikt når vanskelige prioriteringer skal foretages, så de maksimale ventetider kan overholdes af hensyn primært til patienterne og sekundært af hensyn til overholdelsen af lovgivningen. Ansvaret for denne type beslutninger presses typisk nedad til det niveau, der har de vanskeligste ledelsesmæssige forudsætninger for at træffe disse.
- Der ses en betydelig grad af træghed i det samlede system, som gør, at udfordringerne skal være meget tydelige og synlige, før der kan mobiliseres interesse på tværs af ledelseslagene inklusiv det politiske niveau. Det tager således lang tid, før bekymring griber højere oppe i systemet, og i stedet for en støttende og konkret mobilisering af ressourcer til problemløsningen, er den typiske reaktion, at det gentages, at ansvaret ligger lokalt. Det er ikke fordrende for, at reelle, nye løsninger på udfordringer findes. Der er ganske enkelt ikke givet handlemuligheder, støtte og tilstrækkelig frihed til at prioritere lokalt til, at det kan lykkes. (Se i sammenhæng hermed vurderingen under temaet kompetencer).

3.1 Balance mellem ansvar og handlemuligheder

Hospitalets retningslinjer placerer ansvaret for overholdelse af maksimale ventetider på afdelingsniveauet. Det vil sige, at AL på MTK skal sikre overholdelsen. Omvendt er der begrænsede handlemuligheder på afdelingsniveau og hos AL, som gør det muligt at håndtere større kapacitetsudsving og større periodiske stigninger i behandlingsbehovene. Det omfatter fx beslutninger om prioritering mellem patientkategorier og honorering af mer- og overarbejde mv., der alle forudsætter godkendelse fra HL.

Der er således en ubalance imellem ansvar og handlemuligheder. Håndteringen af udsvingene vanskeliggøres derfor, ikke mindst set i sammenhæng med de under temaet styringsmodel beskrevne udfordringer.

Internt i afdelingen er der en tilsvarende uddelegering af ansvar til de enkelte teams for udnyttelsen af de for afdelingen til rådighed værende lejer, når der opstår flaskehalse og behov ud over det, der er fastlagt af AL i den faste bookingflade (lejefordeling mellem

subspecialerne, teamene repræsenterer). Det fremgår af den interne korrespondance og referater fra afdelingsmøder, fx at speciallægerne i HAC-teamet (HIPEC, Avanceret Cancer) melder om mangel på lejer, får de at vide, de selv må høre om andre teams har ledige tider.

Indenfor afdelingen er der således også en form for ubalance mellem ansvar og handlemuligheder, idet det bør være den overordnede ledelse, der understøtter og sikrer, at der afstemmes på tværs af forskellige rationaler og prioriteter, der nødvendigvis og i alle organisationer altid følger af, at enheder har forskellige opgaver og et ansvar for "egne" patienter. Det er vel nærmest ledelsens kerneopgave; at sikre de bedste vilkår for medarbejderne til at lykkes, og at reducere den friktion og uenighed, der altid vil være.

I det foreliggende materiale ses der primært eksempler på, at ansvaret for løsning af udfordringer forventes løst på egen hånd, uden at de overordnede ledelseslag bidrager med konkret bistand, løsninger eller afklaring af prioriteringer. Det gælder ikke mindst, når der efterspørges bistand og vejledning til håndtering af overholdelse af maksimale ventetider fra AL og HL – uanset, om der henvises til en lægefaglig vurdering af negative konsekvenser for den enkelte patient, eller om der peges på grundlæggende udfordringer med helt generelt og fremadrettet at overholde de maksimale ventetider.

Der ses således i kombination hermed en tendens til afstandtagen på ledelsesniveauerne fra at påtage sig ansvaret for de nødvendige prioriteringer, når der er udfordringer og behov for at fastlægge, hvad der er vigtigst at sikre før andet. Specifikt, når der skal foretages vanskelige prioriteringer, så de maksimale ventetider kan overholdes. Ansvar for de vanskelige beslutninger presses typisk nedad til det niveau, der har de vanskeligste ledelsesmæssige forudsætninger for at træffe disse.

3.2 Ledelsesreaktioner og mobiliseringsevne

I materialet modtaget til brug for vurderingen tegnes der et generelt billede af et samlet ledelsessystem, som er reaktivt og samtidig præget af træghed og en afventede ofte skeptisk tilgang.

Det kan forekomme paradoksalt, når der i sundhedsvæsenet er en ambition og et ønske om at øge forebyggelse og de tidlige indsatser med henblik på at reducere behovet for senere, omkostningstunge og vidtgående, invasive indsatser. Samme logik gælder også, når der er udfordringer på system- og organisatorisk niveau. Håndteringen – eller manglen på samme – af overskridelserne af de maksimale ventetider og konsekvenser heraf for patienterne er et eksempel herpå.

Det har ikke været muligt i korrespondance eller mødereferater at finde eksempler på umiddelbar lydhørhed eller tydelig empati overfor de ansattes perspektiv og situation eller fx for det vanskelige i at skulle håndtere ansvaret overfor patienten ved overskridelse af de maksimale ventetider. Indtrykket er, at den umiddelbare hjælpsomhed udtryk ved "hvad kan vi hjælpe med" ikke har været udfoldet i nævneværdigt omfang. Derimod synes den gængse reaktion at være, at det er forventningen, at det skal løses lokalt. Alternativt efterspørges der udarbejdelsen af en handleplan fra afdelingen, teamet eller den enkelte speciallæge uden medfølgende bistand hertil. Den samme reaktion kan findes i korrespondance mellem HL og KD.

Sådanne ledelsesmæssige reaktioner er ikke fordrende for, at reelle, nye løsninger på udfordringer findes. Der er ganske enkelt ikke givet handlemuligheder og tilstrækkelig frihed til at prioritere lokalt til, at det kan lykkes. (Se i sammenhæng hermed vurderingen under temaet kompetencer).

4 Tema 2 - Styringsmodel

I det følgende gennemgås de observationer, der ligger til grund for Implements vurdering indenfor ledelsestemaet styringsmodel. Indledningsvis er Implements ledelsesmæssige vurdering angivet i punktform. Det giver således umiddelbar adgang til vurderingen, hvorefter der kan dykkes længere ned i grundlaget for vurderingen.

Det er Implements vurdering, at:

- Anvendelsen af flere samtidige – og ofte modsatrettede – styringsmodeller gør det vanskeligt for afdelingerne på egen hånd at navigere og prioritere korrekt, når ressourcerne for alvor bliver knappe. I tilfældet med overskridelserne af de maksimale ventetider på MTK kommer økonomifokus til at overdøve og dekoble drøftelserne om at sikre patienterne hurtig udredning og behandling, og dermed leve op til intentionerne i bekendtgørelsen.
- Det er generelt et sundt økonomistyringsprincip at sammenkoble aktivitets- og budgetansvar. Men dette kræver også, at der er et reelt handlingsrum for den, der disponerer, ellers risikere det at blive en pseudoøvelse, som er dømt til at fejle. I en situation, hvor MTK er kraftigt udfordret på kapacitet, virker det ikke realistisk at forvente, at udenlandsk aktivitet kan finansieres ved besparelser på den i forvejen knappe bemanning. I sådanne tilfælde er der behov for, at HL og stabene sammen med AL finder den rette løsning uagtet placeringen af budgetansvaret.
- Kvalitets- og overvågningssystemerne har ikke været i stand til at fokusere på de rigtige ting, når det kommer til overskridelser af de maksimale ventetider – og dermed kvalitetsudfordringerne for patienterne. Det er alene indrapporteret, når patienter ikke har accepteret en forsinkelse, uagtet manglende viden om, hvordan de frasorterede accepter er fremkommet, og hvad dette betyder for patienterne.
- Den nuværende budgetopfølgningstilgang understøtter ikke i tilstrækkelig grad et mere langsigtet strategisk fokus på nødvendige omstillinger fsva. bæredygtighed og håndtering af de store udfordringer for sundhedsvæsenet. I stedet afspejles et kortsigtet, konservativt og forældet budgetopfølgnings- og handlefokus. Dette leder bl.a. til den fejlagtige antagelse, at et overholdt budget er det samme som, at alle forpligtigelser er opfyldt, uagtet at årsagen til budgetoverholdelsen måske netop skal findes i overskridelser af patientrettighederne.

4.1 Intentionerne bag lovgivningen og daglig praksis

Et af de centrale styringsparadigmer, der er lagt ned over kræftområdet, er de nationale regler om maksimale ventetider. Disse er både udfoldet i selve betænkningen og i den tilhørende vejledning samt i notater og løbende præciseringer og rådgivning til regionerne fra Sundhedsstyrelsen (SST).

Udover at beskrive et maksimalt antal dage til at påbegynde udredning eller behandling, beskrives også en handlepligt, når de maksimale ventetider ikke kan overholdes. Dette omfatter, at der straks skal findes et alternativ, hvis kapaciteten på en afdeling er udfordret, og patienten i øvrigt er klar til behandling. Det er således tydeligt, at intentionen er at sikre, at de omfattede patienter hurtigst muligt bliver udredt og behandlet for deres sygdom.

I praksis har presset på sygehuskapacitet og -økonomi betydet, at fokus er skiftet væk fra intentionen og over mod en mere firkantet og snæver tilgang til overholdelse af bekendtgørelsens krav. Hos den enkelte speciallæge, som har patientkontakten, synes der fortsat at være opmærksomhed på de faglige konsekvenser for patienterne, men resten af

den regionale styringskæde er overgået til en opfattelse af, at "alt er godt", når blot patienten har accepteret ventetiden.

Dertil synes der at være en sammenblanding af hhv. overholdelse af de maksimale ventetider (antal dage) og overholdelse af handlepligten (tilbud om alternativt behandlingssted). Det er to forskellige ting, og begge ting kræver uafhængigt af hinanden forskellige handlinger og indberetninger mv.

Også overholdelse af de mere grundlæggende patientrettigheder og behov, såsom fyldestgørende information, synes at træde i baggrunden, når der følges op på maksimale ventetider. Dette har i sidste ende medført en generelt manglende forståelse af regler og forpligtelser, både i afdeling og på hospital.

4.2 Økonomimodel og styringspraksis

På Aarhus Universitetshospital (AUH) er det valgt som overordnet økonomiske styringsprincip, at afdelingsledelserne har budgetansvar for såvel løn som øvrig drift. Det er afdelingsledelsens opgave at planlægge og tilrettelægge driften, så det er muligt at overholde afdelingens budget, herunder også ved ubalance at udarbejde en risikovurdering til drøftelse med afdelingens kontaktdirektør samt at iværksætte tiltag med henblik på at genopretning.

Den gældende "Retningslinje vedrørende patienter, der henvises til behandling i udlandet" formulerer desuden klart, at afdelingen selv skal betale, hvis patienter sendes til udlandet pga. manglende kapacitet. Tilsvarende oplyses til AL ad flere omgange herom ifm. drøftelser med administrationen om konkrete tilbud i UK og Sverige.

Retningslinjen flugter ikke umiddelbart med hospitalets budgethåndbog, der anfører, at budgetansvaret for patientbehandling på tværs af regionsgrænser ligger centralt på AUH, herunder højt specialiseret behandling². Samme formulering går igen i et netop udarbejdet notat fra Koncernøkonomi om budget og budgetansvar ved højt specialiseret behandling i andre regioner, på privathospitaler og i udlandet. Heraf fremgår desuden, at budgettet til køb af behandling i andre regioner og på privathospitaler er placeret på en central konto på AUH, hvorfor afdelinger ikke har budgetansvaret herfor.

For udgifter til behandling i udlandet henviser notatet fra Koncernøkonomi til ovennævnte retningslinje, dog med tilføjelsen, at hvis afdelingens budget ikke kan bære denne udgift, vil håndtering af økonomien kunne aftales mellem afdelingsledelsen og kontaktdirektøren. Det uddybes, at for borgere fra andre regioner, som er henvist til behandling på en lands- eller landsdelsfunktion på AUH og viderehenvises til et udenlandsk hospital, er der ingen økonomisk konsekvens for AUH, da regningen betales af hjemregionen. Disse særlige forhold fremgår ikke af den skriftlige vejledning, AL modtager fra staben på AUH.

Heller ikke budgettet for MTK afspejler, at der er afsat separate budgetposter til at sende patienter til andre regioner, privathospitaler eller til udlandet. Økonomirapporter viser, at budgettet til medicin, lægelige artikler, analyser mv. anvendes fuldt ud, og derved er det for AL nærliggende at konstatere, at hvis patienter sendes til udlandet, så skal midlerne til dette hentes fra andre dele af driften, hvoraf løn udgør hovedparten.

Af referaterne fra møderne mellem AL og administrationen om økonomi og aktivitet på MTK fremgår det, at fokus er på at realisere besparelser og korrigerer for sengelukninger.

² Afsnittet om samhandel har fokus på hjemtag af aktivitet, men udgifter til behandling i andre regioner nævnes.

Der er ikke tegn på, at det drøftes, hvordan afdelingen håndterer kapacitetsudfordringen og lever op til de maksimale ventetider ved hjælp af udenregional bistand – og hvordan dette kan og skal håndteres budgetmæssigt i en situation, hvor MTK er kraftigt udfordret af personalemangel og oplever stigende lønudgifter til både fast personale og vikarer.

De økonomiske drøftelser har desuden i nogle tilfælde karakter af, hvad kunne ligne en tilbagevendende til tidligere tiders budgetgreb. Fx opfordring til at afsøge muligheder for billigere indkøb, uden skelen til de reelle og langsigtede omkostninger og virkninger. Det sammen gælder, når der sættes spørgsmålstejn ved relevansen af at have ansat andre faggrupper end sygeplejersker på afdelingen.

4.3 Målstyring og opfølgning med snævert fokus

Region Midtjylland anvender et omfattende BI-system, der er baseret på en lang række regionale datakilder, og data kan som udgangspunkt tilgås med blot en dags forsinkelse. Dette suppleres med systemet "Klinisk Logistik", der viser et øjebliksbillede af kapaciteten på bl.a. sengeafsnittene.

Der er således rig mulighed for løbende at følge udviklingen på afdelingsniveau, og der er adgang for både AL, HL og KD samt tilhørende stabe (visse begrænsninger ift. personhenførbare data). For maksimale ventetider er udarbejdet en række standardrapporter, der viser både historisk performance og Early Warning lister over kommende (målte³) overskridelser.

Det er afdelingernes ansvar og opgave at anvende BI-rapporterne i det daglige. Det er ved præsentationen af BI-systemet oplyst, at MTK bruger Early Warning dagligt, og at afdelingen desuden holder tavlemøder med HL, hvor bl.a. de maksimale ventetider gennemgås. Her skulle de anvendte lister været blevet manuelt sorteret, så overskridelser pga. hensyn til patientens helbredstilstand eller patientens ønske kan fratrækkes, og det samme gælder forløb, hvor patienten har accepteret ventetiden. Er dette foregået på denne måde, er der en betydelig risiko for, at fokus fjernes fra omfanget af forløb, der tager mere end 14 dage, og i stedet handler om den snævre mulige opfattelse af 'målopfyldelse', nemlig forløb, hvor patienten ikke har accepteret en tildelt operationstid, hvor de maksimale ventetider er overskredet.

Region Midtjylland har desuden nedsat "Task Force for Forløbstider på Kræftområdet", som skal sikre stabil og høj målopfyldelse for kræftpakkerne, samt sikre den nødvendige udrednings- og behandlingskapacitet. En gennemgang af Task Forcens referater viser, at der har været begrænset fokus på mave-tarm-kræft-området, og at det ikke er nævnt som et område under pres. Fokus har været på de nationale monitoreringer af kræftpakkerne, hvor mave-tarm-kræft ligger forholdsvis godt, ligesom der har været få indberetninger af overskridelser af de maksimale ventetider.

I marts 2023 har Task Forcen besluttet, at alle bruttooverskridelser fremadrettet skal indberettes på gynækologi, urologi, brystkræft og mave-tarm-kræft til HL. Dvs. alle patienter, som ikke får tilbudt undersøgelse og behandling inden for de maksimale ventetider, uanset om de ønsker omvisitering eller ej. Dette vil give regionen en reel mulighed for fremadrettet at vurdere behovet for tilpasning af kapacitet eller etablering af faste aftaler med andre behandlingssteder.

³ Registreringstekniske forhold ved LPR3 betyder, at faglig eller patientinitieret ventetid først kan registreres sent i forløbet. Det er derfor ikke altid muligt at sortere forløb baseret på fx begrundelse.

5 Tema 3 - Arbejdsgange og processer

I det følgende gennemgås de observationer, der ligger til grund for Implements vurdering indenfor ledelsestemaet arbejdsgange og processer. Indledningsvis er Implements ledelsesmæssige vurdering angivet i punktform. Det giver således umiddelbar adgang til vurderingen, hvorefter der kan dykkes længere ned i grundlaget for vurderingen.

Det er Implements vurdering, at:

- Der ikke i nødvendigt omfang har været ledelsesmæssigt fokus på at etablere et planlægningsgrundlag og en daglig praksis, der er baseret på virkelighedens præmisser og forhold. Problemer vokser hurtigt, hvis der fx ikke er lagt et operationsprogram, som tager højde for den faktiske aktivitet og kapacitet – kombineret med de politiske prioriteringer, der blandt andet følger af bekendtgørelsen om maksimale ventetider⁴.
- Der har manglet en ledelsesmæssig prioritering af at sikre faste processer for implementering og fastholdelse af intentionerne i de forskellige politisk fastsatte regler og rammer for den kliniske praksis, herunder eksplicit patientrettigheder og overholdelse af maksimale ventetider. Lovgivningen har ikke været omsat til og anvendt til at skabe meningskabende og patientfokuseret praksis.
- Der ikke synes at have været en ledelsesmæssig tilgang til åbenhed, dialog, konkret støtte og hjælpsomhed, der har fremmet opmærksomheden og seriositeten om de faglige bekymringer, der har været luftet. Herunder mangler der en struktureret tilgang til betydningen af den lægefaglige vurdering, og hvordan konkrete udfordringer i den forbindelse skal og bør håndteres.

5.1 Planlægningsgrundlag og -praksis

AUH har udarbejdet en prioriteringsalgoritme for alle operationsforløb, og bortset fra de akutte operationer ligger forløb omfattet af maksimale ventetider og kræftpakker øverst på prioriteringslisten.

Hver afdeling, herunder også MTK, har desuden udarbejdet en lokal prioriteringsalgoritme, der detaljeret beskriver, hvilke planlagte operationstyper, der hører til hvilken prioriteringskategori. Beskrivelsen viser med tydelighed, at MTK er en meget stor afdeling, og at mange operationstyper tilhører den højst prioriterede kategori.

I praksis omsættes prioriteringsalgoritmen på MTK til en fast "bookingflade", som i 14-dages-perioder fordeler operationstider mellem afdelingens teams. Det fremgår ikke af det udleverede materiale, hvordan denne fordeling er fremkommet (fx baseret på realiseret aktivitet, ventetid, personale til rådighed etc.).

Mailkorrespondance mellem teams og AL viser, at der ikke er konsensus om fordelingen. Fx peger HAC-teamet i november 2022 på, at man er tildelt 9 lejer på 14 dage, mens teamet typisk får 20 nye patienter til operation i samme periode. Et forsøg tilbage i maj 2022 med aflysning af alle benigne patienter viste sig dog ikke tilstrækkeligt til at undgå forsinkelser for kræftpatienter.

En arbejdsgangsbeskrivelse fra AL anfører, at det er hvert teams opgave at prioritere patienterne inden for de tildelte tider på bookingfladen. Er der ikke tider nok til rådighed,

⁴ BEK nr. 584 af 28/04/2015

opfordres til dialog med øvrige teams, sengeafsnittet og OP/opvågningen. Tilsvarende opfordres teams til at tilbyde evt. ledige lejer/senge til de øvrige teams.

Processerne for optimal udnyttelse af kapaciteten givet den faktiske efterspørgsel i form af de konkrete patienter, synes i meget begrænset omfang dataunderstøttet. I stedet er man afhængig af løbende koordinering og individuelle aftaler med stor fare for suboptimering og beslutninger baseret på asymmetrisk information.

Efter det oplyste har andre, og mindre, afdelinger med succes arbejdet med automatiseret fordeling af operationstiderne baseret på bl.a. fremmødeplaner og realiseret patientmix. Optimering af booking og prioritering er en del af MTKs igangværende handleplan, idet fokus dog ser ud til primært at være på bedre sammenhæng mellem operationskapacitet og ressourcer i sengeafsnittene.

5.2 Kontinuerlig implementering, meningskabelse og tydelighed

Det er nødvendigt løbende at sikre implementering af intentionerne i de forskellige politisk fastsatte regler og rammer for den kliniske praksis, herunder patientrettigheder og overholdelse af maksimale ventetider. Dette sker ikke af sig selv, men kræver en struktureret tilgang som forudsætning for, at praksisudmøntningen sker meningsfuldt, og ikke, som det har været tilfældet på AUH/MTK, dekoblet fra intentionen bag.

En sådan implementering omfatter først og fremmest klar og vedholdende kommunikation samt tydelighed i handling og adfærd på alle ledelsesniveauer. Dvs. fra det regionale politiske lederskab, fra KD, HL og AL. Forudsætningerne herfor er blandt andet et helt lokalt og eksplicit ledelsesarbejde, hvor intentionerne bag – og den kliniske og dermed den patientrelaterede mening i – de maksimale ventetider, diskuteres og tydeliggøres – og konsensus skabes.

Samtidig er det særdeles vanskeligt at følge op på implementering og overholdelse, når der ikke sikres reel mulighed herfor gennem specifik og klinisk relevant dokumentation i patientjournaler og andre systemer. Her tænkes ikke kun på at dokumentere overholdelse ift. SSTs vejledninger, men også på de kliniske og lægefaglige vurderinger af risici og behov. Misforståede hensyn til patienten, frygten for faglige repressalier eller andet må ikke stå i vejen for reel og nødvendig dokumentation, der også vil kunne anvendes til efterfølgende læring og forbedringer.

Endelig forudsætter det autenticitet i ledelsesprioriteringer og -handlinger at fastholde vigtigheden af overholdelsen. Dvs. at både kommunikation, prioritering og handling skal signalere vigtigheden og meningen med overholdelsen. Det bør således være muligt at se dette i materialer til og referater fra diverse mødefora (kvalitetsforum, ledelsesmøder, opfølgingsmøder mv.), hvilket ikke har kunnet genfindes i det foreliggende materiale. Finder dette ikke systematisk sted, mister medarbejderne tilliden til ledelsen, hvilket også er sket i flere tilfælde i den omfattede periode.

5.3 Betydningen af den lægefaglige vurdering

I lovgivningen står den lægefaglige vurdering centralt, når det kommer til at afgøre, om patientens tilstand eller forhold skal have betydning for enten fremrykning eller udsættelse af behandlingen.

Men i praksis synes der i mindre grad at være faste rammer og tilgang til anvendelse af disse vurderinger, særligt i situationer, hvor det er svært at nå til enighed eller finde løsninger på tværs af teams.

Dette kommer tydeligt til udtryk undervejs i det aktuelle forløb, hvor sundhedsfaglige medarbejdere på MTK føler sig nødsaget til at anvende den regionale whistleblower-ordning til at eskalere helt kerneopgavenære bekymringer. Forud for dette er gået en række bekymringsmails, ligesom udfordringerne løbende er forsøgt taget op på møder og via breve mellem AL, HL og KD.

Det må således anses for et udtryk for en dysfunktionalitet i ledelseskæden, når bekymringer øjensynligt bliver overhørt, betragtet som useriøs brok eller blot returneret med besked om, at det er pågældendes eget ansvar.

Det er uundgåeligt at lignende situationer, hvor den lægefaglige vurdering står i kontrast til den umiddelbare planlægning og fordeling, vil opstå i fremtiden. Der bør derfor arbejdes intensivt på at sikre, at sådanne vigtige "datapunkter" med højtuddannede og kompetente medarbejdere som kilde, umiddelbart giver anledning til mere direkte og understøttende indsatser fra de højere ledelseslag på hospitalet og i regionen.

Dette er en forudsætning for, at patientsikkerheden ikke kommer under unødigt pres, og at udfordringerne generelt set kan håndteres effektivt og hurtigt. Sidstnævnte i modsætning til det aktuelle forløb.

6 Tema 4 - Samarbejde

I det følgende gennemgås de observationer, der ligger til grund for Implements vurdering indenfor ledelsestemaet samarbejde. Indledningsvis er Implements ledelsesmæssige vurdering angivet i punktform. Det giver således umiddelbar adgang til vurderingen, hvorefter der kan dykkes længere ned i grundlaget for vurderingen.

Det er Implements vurdering, at:

- Det interne samarbejde mellem teams på MTK ikke er velfungerende, trods ALs opfordringer til at hjælpe hinanden på tværs ved kapacitetsudfordringer. Omprioriteringer synes primært at foregå indenfor hvert team, om end der kan være udveksling af operationstider mv., der ikke fremgår af det udleverede materiale. Det er samtidig klart, at afdelingsledelsens bidrag til at understøtte og fremme samarbejdet mellem teams, ikke har været tilstrækkeligt.
- Samarbejdet med andre regionale hospitaler i mindre grad er systematiseret, og når muligheder for aflastning tidligere er opstået, har reaktionen fra MTK og AUH i visse tilfælde været langsommelig, krævet gentagne henvendelser og endt uden effekt. Muligvis pga. krav om medfølgende budget. KDs ledelsesfacilitering som fremmede for hospitalssamarbejdet synes samtidig ikke at have været tilstrækkelig, før overskridelsen af de maksimale ventetider blev en mediesag.
- Der findes reel mulighed for at sende patienter til behandling i udlandet, og i hvert fald de kontaktede hospitaler i Uppsala og Basingstoke reagerer hurtigt og med konkrete tilbud ved henvendelse. De fremsendte priser matcher ikke det, der senere refereres fra stab og AL, og det er uklart, hvordan beløbene vurderes til det dobbelte af de skriftlige tilbud. Samarbejdet må ses som værende primært transaktionsbaseret og i mindre grad som et tæt fagligt samarbejde.
- Det synes at være en generel situation, at samarbejdet mellem både teams og hospitaler, virkelig skal nødes på vej, for at det fungerer. Der forekommer at være for få incitamentter til at samarbejde, mens incitamentter til at lukke sig om sig selv og opfylde egne isolerede mål er flere og stærkere. Dette perspektiv skal ses i tæt sammenhæng med vurderingerne indenfor temaerne struktur/organisering og styringsmodel.

6.1 Intern tilgang til åbenhed, nysgerrig og hjælpsomhed

Baseret på det udleverede materiale er det vanskeligt at se, at der har eksisteret en større grad af dag-til-dag koordinering og samarbejde på tværs af teams på MTK, herunder at der er sket en fælles prioritering og fordeling af operationstider og/eller sengepladser, når patientgruppen har ellers har fordret dette.

Det synes snarere, at hvert team som udgangspunkt er overladt til at prioritere indenfor egne pladser på bookingfladen. På de månedlige møder mellem AL og funktionsledere gennemgås overskridelser af ventetider/kræftpakker, men dette kobles tilsyneladende ikke til drøftelser af, hvordan man kan bistå og hjælpe hinanden på tværs. Det kan meget vel være, at MTKs højtspecialiserede profil i kombination med en cheflæge, der forsat er klinisk aktiv på eget specialiserede felt, gør det ekstra udfordrende at skabe et effektivt samarbejde om den optimale fordeling af kapaciteten mellem teams og patienter.

Udveksling og hjælp på tværs af afdelinger på AUH, virker heller ikke til at være sat i system. Der er indgået aftaler om lån af senge på andre afdelinger, mens det er uklart,

hvordan hospitalets samlede prioriteringsalgoritme for operationer fungerer ved løbende overskridelser af de maksimale ventetider på MTK.

Dette skyldes blandt andet, at den dybe specialisering relateret til højt specialiserede behandlinger ses som gældende for alle de involverede funktioner, hvis udførelsen af de respektive operationer skal være optimal eller ligefrem gennemførbare. Det vanskeliggør mere fælles og fleksibel anvendelse af personalet, selv når der er behov for at udføre særligt hastende operationer. Dette kan med fordel belyses og udforskes yderligere i en senere sammenhæng, så det afklares, hvad der skal til, for at sårbarheden kan reduceres gennem øget fleksibilitet.

For visse typer af behandlinger er det muligt at sende patienterne til andre hospitaler i regionen. I november 2022 henvender Regionshospital Randers sig til AUH og tilbyder at hjælpe med specifikke patientgrupper, da man ikke oplever samme personaleudfordringer som de øvrige hospitaler. Det kræver dog samarbejdsaftaler og tilhørende økonomi. Trods en generelt positiv stemning i korrespondancen trækker forløbet ud, og Randers må flere gange rykke for svar fra AUH. I januar lægges aftalen ned tilsyneladende uden resultat.

Da mediernes interesse for sagen tager fart i marts 2023, kontaktes regionshospitalerne i Randers og Horsens af HL med et ønske om hjælp, og i løbet af bare to dage indgås en aftale om at øge bistanden til MTK.

6.2 Mulighed for at få udenregional hjælp

Til nogle af de specialiserede behandlinger er det grundet specialeplan ikke muligt at få hjælp fra andre hospitaler i Region Midtjylland. Til gengæld viser det sig muligt at indgå en aftale med Herlev Hospital og Rigshospitalet, som skal sikre, at sjællandske patienter med bestemte typer af cancer først henvises til disse afdelinger, inden der evt. viderehenvises til AUH.

Dette medfører i januar 2023, at der kan udarbejdes en vejledning på området, der er underskrevet i fællesskab af cheflægerne på alle tre hospitaler. Betydningen og udnyttelsen af disse aftaler fremgår ikke af materialet, men kan med fordel undersøges for at uddrage erfaringer og følge op på de fælles intentioner.

Også på det højt specialiserede HIPEC-område, hvor AUH har landsfunktion viser det sig muligt at indgå aftaler om ekstern bistand, i dette tilfælde fra to udenlandske hospitaler. Der er således hurtig respons fra et svensk og et engelsk hospital, som kort efter virtuelle møder i august 2022 kan levere konkrete behandlingstilbud.

Staben bistår i forbindelse med mødet, men afviser at agere mødeleder og indgå direkte i prisforhandlinger. Efterfølgende deles oplysningerne om mulighed for behandling i udlandet både med HL, afdelingens speciallæger og med stabsmedarbejdere. Beløbet refereres nu som det dobbelte af de skriftlige tilbud (årsagen hertil er ikke klarlagt), og AL konkluderer, at der på daværende tidspunkt ikke kan sendes patienter afsted, da afdelingen ikke har tilstrækkeligt budget. Dette synes ikke at blive udfordret eller korrigeret af stabe eller HL. Aftalerne med de svenske og engelske hospitaler har ikke været bragt til anvendelse.

Mens de udenregionale (potentielle) samarbejdspartnere er imødekommende og hurtige i deres tilbagemeldinger, opleves i nogen grad intern modstand mod forandringer. Med baggrund i de store kapacitetsudfordringer og overskridelser af ventetiderne, foreslår AL i september 2022, at der ses på mulighederne for at lade andre danske hospitaler bistå med dele af patientbehandlingen. Dette kunne bl.a. være ved etablering af endnu et HIPEC-

center i Danmark. Dette modtages dog med mange forbehold og indsigelser fra HAC-teamet, og det er svært at se en "fælles front" for at løse patientbehovene.

En perspektiverende betragtning, taget presset på det samlede sundhedsvæsen og en fortsat udvikling af nye og fortsat mere specialiserede behandlinger til stadigt mindre patientpopulationer i betragtning: Der synes at være grundlag for et langt mere systematisk og operationelt nationalt samarbejde om sikring af adgangen til rettidig behandling inden for landsdelsfunktioner. På samme vis kan det overvejes, om der for mange højt specialiserede landsfunktioner med fordel kan etableres nationalt koordinerede samarbejder med fx de øvrige skandinaviske lande med henblik på at sikre forsyningsevnen mere generelt, ligesom mulighederne i mellemnationalt koordineret specialplanlægning og kapacitetsopbygning kunne være relevant at se nærmere på.

7 Tema 5 - Kompetencer

I det følgende gennemgås de observationer, der ligger til grund for Implements vurdering indenfor ledelsestemaet kompetencer. Indledningsvis er Implements ledelsesmæssige vurdering angivet i punktform. Det giver således umiddelbar adgang til vurderingen, hvorefter der kan dykkes længere ned i grundlaget for vurderingen.

Det er Implements vurdering, at:

- Der ses en utilstrækkelig sammenhæng mellem ledelseskompetencerne og de relativt krævende ledelsesopgaver, der forventes løst i de forskellige ledelseslag, og eksplicit på en stor afdeling som MTK. Dertil ses en manglende anerkendelse eller erkendelse af behovet for egentlig ledelsesstøtte og kompetenceløft fra de øvre ledelseslag. Det gælder også i forhold til opgaven med at forstå og oversætte de lovgivningsmæssige rammer til praksis.
- Der ses begrænset adgang til de specialiserede fagligheder og kompetencer, som skal gøre det muligt for en afdeling som MTK at udfordre egen praksis og dermed skabe grundlag for optimering af processer, udnyttelse af kapacitet samt at se muligheder indenfor og i samarbejde med andre afdelinger og funktioner. Det bliver derfor en noget nær umulig opgave for afdelingen på egen hånd at finde realistiske udviklingsveje.
- Der ses en uhensigtsmæssig rollefordeling mellem AL og stabsfunktioner, når det kommer til at etablere aftaler med især privathospitaler og udenlandske hospitaler om behandling af patienter, der ikke kan tilbydes tid inden for de maksimale ventetider. Den aktuelle placering af ansvaret for at afsøge og at indgå aftaler med andre behandlingssteder på afdelingsniveau fordrer, at der er forhandlingskompetencer, økonomikompetencer samt administrative og juridiske kompetencer i spil. Der ses en meget utilstrækkelig understøttelse af AL og afdelingen til denne opgaveløsning.
- Det er vanskeligt at se en tilstrækkelig regional håndtering af forsyningsforpligtelsen, når det kommer til beredskab og planlægning relateret til MTKs højt specialiserede landsfunktioner. Retningslinjerne tager umiddelbart ikke tilstrækkeligt højde for, at denne forpligtelse er regional, og der er ikke handlerum eller kompetencer til at varetage denne opgave på den enkelte afdeling. Det er derfor også oplagt at undersøge nærmere, hvorfor det ikke synes at have været muligt at mobilisere KD tilstrækkeligt i bestræbelserne på at løse udfordringerne.

7.1 Ledelseskompetencer og -støtte

Det ledelsesmæssige ansvar for at sikre og etablere konsensus om forståelsen af prioriteringerne – på tværs af afdelingens medarbejdere specialister – med afsæt i de givne politiske prioriteringer udtrykt i lovgivningen, indenfor de regionalt og hospitalsfastsatte rammer, har ikke været håndteret tilstrækkeligt. Ansvaret herfor synes bredt fordelt på tværs af hele organisationen og alle ledelseslag.

Konkret er det dog lokalt på MTK tydeligt, at der er en utilstrækkelig sammenhæng mellem ledelseskompetencerne og de relativt krævende ledelsesopgaver, der forventes løst på en stor afdeling som MTK med mange højt specialiserede funktioner og behandlinger. Der kan samtidig i korrespondancer mellem AL og HL og i referater fra møder i afdelingen og mellem AL og HL samt mellem HL og KD ikke findes nogen anerkendelse eller erkendelse af behovet for egentlig ledelsesstøtte og kompetenceløft.

På samme vis kan der ikke findes tydelig korrektion af misforståelser eller fejltolkninger i oversættelsen af de lovgivningsmæssige rammer til praksis på MTK. Sidstnævnte på trods af entydige fejltolkninger fx af forpligtelserne til at afsøge muligheder for behandling i ind- og udland. Vores vurdering, der i modsætning til den eksterne juridiske vurdering, ikke forholder sig til lovligheden af praksis, er, at der i alt for ringe grad sker en ledelsesmæssig og juridisk understøttelse af både AL og afdelingen generelt i implementeringen af bekendtgørelsen om maksimale ventetider. Det foreliggende materiale er ikke tilstrækkeligt grundlag for at vurdere, om der i regionen er foretaget en fælles og bevidst håndtering af bekendtgørelsens implementering, eller om dette kun gør sig gældende på hospitalsniveau eller afdelingsniveau. Det vil være oplagt i den efterfølgende kerneårsagsanalyse at forfølge dette yderligere.

Varetagelsen af den ledelsesmæssige opgave og ansvar ses ikke som have været tilstrækkeligt til stede, hvilket vurderes at have medvirket til at skabe udfordringerne. Da der er tale om en relativt uerfaren leder som cheflæge på MTK, kan man forvente, at hospitalsledelsen havde opmærksomhed herpå. Derfor må der også med rimelighed forventes et særligt fokus fra hospitalsledelsens side i at støtte og understøtte en ung/uerfaren afdelingsledelse i at løse de for hospitalet og regionen kritiske opgaver.

Der foreligger ikke dokumentation for, at der har været bragt kompetent og konkret støtte til afdelingsledelsen i spil fra hospitalsledelsens side, herunder fx at sætte stabsfunktioner fra både hospital og region i spil til at styrke og hjælpe afdelingsledelsen og afdelingen. Dette på trods af afdelingsinterne faglige uenigheder som udtrykt fx i referater fra afdelingsmøder og i bekymringshenvendelser fra overlæger til både AL og HL.

7.2 Adgangen til og anerkendelsen af behovet for særlige ikke-kliniske specialistkompetencer

Den ledelsesmæssige opgave på afdelingsniveau af en afdeling som MTK er betydelig og krævende rent kompetencemæssigt – både når det gælder cheflæge og chefsygeplejerske. Det er nødvendigt, men ikke tilstrækkeligt, at der er en stærk klinisk legitimitet, erfaring og ekspertise.

Kompetencerne til at udfordre egen praksis og dermed skabe grundlag for optimering af processer og kapacitet samt at se muligheder indenfor og i samarbejde med andre afdelinger og funktioner har ikke været efterspurgt eller stillet aktivt til rådighed for MTK. Som højt specialiseret afdeling med meget specialiserede kliniske eksperter, er det på ingen måde at forvente, at der også er tilstrækkelige kompetencer repræsenteret, når det kommer til ekspertise i kapacitetsanvendelse, procesoptimering, omstilling og innovation.

Med en relativt stor grad af centralisering af stabsfunktioner i Region Midtjylland på hhv. hospitalsniveau og regionalt niveau, er det derfor helt afgørende, at specialister i de nævnte opgaver stilles til rådighed for afdelingens arbejde generelt, og ikke mindst, når der specifikt efterspørges handleplaner for genopretning, for håndtering osv.

Der kan i materialet ikke findes nogen form for aktivering af forbedringseksperter, ledelseseksperter, optimeringseksperter eller planlægningseksperter med samme specialiseringsgrad heri, som forventes af de kliniske eksperter.

Det synes derfor relevant, at både HL og KD burde have sat fx kompetencer og ressourcer fra hospitalets og de regionale stabsfunktioner i spil hhv. som en del af HLs bestillinger af handleplaner og som opfølgning på henvendelser fra HL til KD. I fald disse kompetencer ikke er at finde på tilstrækkeligt niveau i de eksisterende stabe, bør der etableres adgang til sådanne specialister på anden vis.

Det er i den sammenhæng naturligvis vigtigt at sikre sig, at sådanne eksperter har tilstrækkelig legitimitet og forståelse for de særegne vilkår, og sundhedsfaglige forhold, der gør sig gældende på en hospitalsafdeling og på et hospital. Ellers er der betydelig risiko for, at effekten af indsatsen enten udebliver eller har en decideret negativ indvirkning – i hvert fald på kort sigt.

7.3 Forhandling, kontraktindgåelse og administration – samt forsyningsforpligtelse

I sammenhæng med ovenstående ses der tilsvarende manglende sammenhæng mellem kompetencer (og ressourcer) på MTK til at varetage opgaverne knyttet til at indgå og forhandle aftaler med private og udenlandske behandlingssteder om behandling af patienter, der ikke kan tilbydes tid inden for de maksimale ventetider. Den aktuelle placering af ansvaret for at afsøge og at indgå aftaler med andre behandlingssteder på afdelingsniveau fordrer, at der er forhandlingskompetencer, økonomikompetencer samt administrative og juridiske kompetencer til rådighed.

I AUHs "Retningslinje vedrørende patienter, der henvises til behandling i udlandet" placeres ansvaret hos den enkelte speciallæge. Selv om det samtidig står nævnt, at speciallægen kan overlevere dette ansvar til en anden, har speciallægen ikke instruktionsbeføjelser hertil overfor de administrative stabe. Derfor bliver opgaven reelt liggende hos den enkelte speciallæge.

Det kan ses i korrespondancen mellem afdelingen, HL og stabsfunktionerne, at der er en helt utilstrækkelig understøttelse af AL og afdelingen til denne type opgaveløsning. Udfordringen tydeliggøres i øvrigt i korrespondancen med de udenlandske hospitaler, hvor modpartens forhandling håndteres af en økonomi- og juristfaglig stabsfunktion.

Vores vurdering er, at en sådan specialiseret funktion og tidskrævende opgave bør være et regionalt anliggende, som understøttes ikke kun af AUH, men også på regionalt plan, og hvor de lægelige specialister på de højtspecialiserede områder er rådgivende – og ikke omvendt, som det ser ud til at have været hidtil.

I forlængelse heraf er det desuden uhensigtsmæssig anvendelse af de kliniske ressourcer til sådanne specialiserede, administrative opgaver. Her kan der med fordel ses på, hvordan de sundhedsfaglige ledere og medarbejdere friholdes mest muligt til den kliniske ledelsesopgave og især til patientbehandlingen. Dette er samtidig et af mange nødvendige tiltag, der skal gøres for at håndtere sundhedsvæsenets udfordringer.

For så vidt angår varetagelsen af den regionale forsyningsforpligtelse, som er særligt skærpet, når det gælder lands- og landsdelsfunktioner, ses den eksisterende praksis og de regionale retningslinjer som uhensigtsmæssige. Det følger derfor også, at den nuværende ansvarsplacering hos den enkelte speciallæge kun har en vis mening, når tolkningen af forpligtelsen til at afsøge muligheder og indgå aftaler med udenlandske behandlingssteder, er, at det kun skal finde sted ad hoc, når et sådant behov opstår.

Det er Implements vurdering, at forpligtelsen til at sikre forsyning, nødvendigvis må ses som havende et mere generelt planlægningsmæssigt perspektiv. Det følger naturligt af, at ingen intern kapacitet altid vil være tilstrækkelig til periodiske udsving i patientbehovene. Derfor er der en særlig forpligtelse til at have et beredskab på plads. Også af den grund er det vurderingen, at det er uhensigtsmæssigt at placere ansvaret for aftaler, kontrakter og prisforhandling alene på afdelings- og/eller hospitalsniveau. Derfor bør de eksisterende regionale ressourcer kunne aktiveres og målrettes sådanne kritiske opgaveløsninger i tæt samarbejde med hospital og relevante speciallæger. I sammenhæng med vurderingen

under temaet styringsmodel er der også her grund til at revurdere budgetansvar, handlemuligheder samt kompetence- og ressourcebehov til opgaven. Ikke kun for MTKs lands- og landsdelsfunktioner, men for alle Region Midtjyllands lands- og landsdelsfunktioner.

8 Fokusområder til kerneårsagsanalysen

I dette afsnit videregives Implements overvejelser i kortfattet form om, hvad der bør omfattes af den efterfølgende kerneårsagsanalyse fsva. de ledelsesmæssige forhold, som nærværende indledende vurdering har omfattet. Anbefalingerne har to dele: En vedrørende de metodiske og empiriske perspektiver og et vedrørende ledelsesmæssige temaer.

Metode og empiri

- **Patientinterview**

Der bør gennemføres en længere række interview med patienter og deres pårørende. Interviewene bør omfatte en betydelig del af de patienter (og deres pårørende), der i journalerne er registreret som havende accepteret en længere ventetid, samtidig med, at de fik besked om, at de ville miste deres plads på ventelisten, hvis de ønskede mulighederne for behandling på et andet hospital (i Danmark og i udlandet) undersøgt. Derudover bør mindst halvdelen af de patienter (og/eller deres pårørende), der ønskede undersøgt mulighederne for en hurtigere tid, interviewes. Afslutningsvis bør der så vidt muligt foretages interview med patienter (og deres pårørende), der har modtaget en tid til behandling ud over den maksimale ventetid efter, at afdelingen ikke længere meddeler, at tiden til operation på AUH mistes. Formålet er at komme til bunds i de faktiske oplevelser og at opnå en reel indsigt i den dynamik og de overvejelser, der ligger og lå bag "accepten" af den tilbudte tid på AUH eller det modsatte.

Der kan med fordel rekrutteres til disse interview på flere måder; gennem åben opfordring til selvhenvendelse, i forbindelse med kontakt til patienter, der henvender sig til regionens kommende hotline og via direkte kontakt til patienterne. Det vil formentlig være vigtigt at sikre, at der er tryghed og fuld anonymitet forbundet med kontakt og interview.

- **Interview med ledere og medarbejdere**

I det omfang, det vurderes muligt i relation til de ansættelsesretlige og ansvarsretlige forhold, bør der gennemføres interview med en række af følgende:

- Tidligere og nuværende medarbejdere på MTK
- Ledelser og medarbejdere på samarbejdsafdelinger på AUH
- Medarbejdere og ledere i relevante stabsfunktioner på både AUH og i regionen
- Tidligere og nuværende AL på MTK
- Tidligere og nuværende HL på AUH
- Tidligere og nuværende medlemmer af KD

Formålet med disse interview er at få samtlige perspektiver afdækket samt at få afklaret bevæggrunde, grundlæggende rationaler og uenigheder.

- **Gennemgang af patientjournaler**

Der kan med fordel gennemføres en ekstern gennemgang af et udvalg af patientjournaler udvalgt som i indholdsbeskrivelsen til nærværende opgave. Formålet er at klarlægge den hidtidige journaliseringspraksis, samt at etablere grundlaget for en fremtidig praksis, der understøtter opfølgning og planlægning mulig.

Ledelsesmæssige temaer

- **Kontekstuelle forhold og mulige medvirkende årsager** bør behandles grundigere. Det gælder fx betydningen af bl.a. aktivitets- og bemandingsmæssige udfordringer efter COVID, mangeårige økonomiske udfordringer efter hospitalsbyggeri, indflytning, effektiviseringskrav mv.
- **Monitorering og ledelsesinformation med tilhørende mitigerende handlinger**
Der kan med fordel foretages en dyberegående analyse af datagrundlaget for monitorering og ledelsesinformation, den hidtidige datarapportering til de forskellige funktioner og ledelseslag samt en afklaring af, hvad der skal tilpasses, så der er tydelige handlinger og handlemuligheder koblet til tidlige tegn på afvigelser og udviklinger. Herunder specifikt også en afklaring af, hvad der rent datamæssigt kan anvendes som tidlige indikatorer for, at kapaciteten kommer under pres. En del af denne analyse omfatter også en afklaring af, hvordan ventetiderne i dag og fremadrettet bør registreres og opgøres, så det modsvarer bestemmelserne i bekendtgørelse og vejledning om maksimale ventetider.
- **Betydningen af fordelingen af ledelsesopgaver i HL på AUH**
Det bør indgå i analysen, hvilken betydning organiseringen af direktionens ledelsesansvar på AUH har. Det omfatter blandt andet kontaktdirektørmodellens fordele og ulemper fsva. kompetenceprofiler, forskelle og sammenhæng på tværs.
- **Krydspresset på AL på MTK**
Det kan med fordel undersøges nærmere, hvordan rollen som AL på MTK (og andre tilsvarende afdelinger) kan løses, når fx cheflægen også indgår i det kliniske arbejde og med specifikt fagligt fokus på en bestemt patientkategori. Dette særligt set i lyset af, at det må være afdelingsledelsens opgave at skabe konsensus og balancere de forskellige hensyn.
- **Stabsunderstøttelse af afdelinger og afdelingsledelser**
Denne indledende analyse har afdækket, at der er grund til at se nærmere på understøttelsen af afdelingerne og afdelingsledelserne fsva. andre specialiserede kompetencer end de rent kliniske og lægefaglige. Kerneårsagsanalysen bør derfor også omfatte en analyse af stabsfunktionernes kompetenceprofiler, aktivering og samarbejdsformer som grundlag for udvikling og optimering af dette kritiske samspil. Det gælder både stabsfunktioner på hospitalsniveau og regionalt niveau.
- **Budgetansvar og planlægningsansvar til sikring af forsyningsforpligtelse**
Der bør – jf. denne indledende vurdering – foretages en dyberegående analyse af forskellige modeller for håndtering af både budgetansvar og planlægningsansvar vedr. aftaler med udenregionale og især udenlandske behandlingssteder, så forsyningsforpligtelsen til lands- og landsdelsfunktioner robustgøres, så forudsætninger for, at de maksimale ventetider kan overholdes, er sikret. Et fokus i denne analyse bør være at afklare, hvordan incitamenterne – både de ønskede og de utilsigtede – håndteres på både afdelings- og hospitalsniveau. Det er herunder også relevant at undersøge nærmere, hvordan og om reglerne for mellemregional afregning påvirker prioriteringen af regionale og udenregionale patienter.
- **Implementeringen af lovgivning**
Der bør ses på processer og tiltag, der aktuelt og fremadrettet bringes i spil for at sikre kontinuerlig implementering af lovgivningen og realisering af intentionerne deri. Der kan med fordel arbejdes med simulation og scenario-planlægning: Hvilke udfald er mulige, og hvad er så vores handlinger i de givne tilfælde, og hvad er konsekvensen for lovmedholdelighed, for klinikerne og for patienten? Hertil anbefaler Implement, at det undersøges, om der i regionen er foretaget en fælles og bevidst håndtering af bekendtgørelsen om maksimale ventetidens implementering, eller om dette kun gælder på hospitals- eller afdelingsniveau.

Implement Consulting Group

Strandvejen 54
2900 Hellerup, Denmark
implementconsultinggroup.dk

Phone: +45 4586 7900
Email: info@implement.dk

CVR: 32767788
BANK: Danske Bank