

Erfaringer med kræftpakker

Fra intentioner til implementering i praksis

Publikation

Sidsel Vinge
Anja Elkjær Rahbæk
Jens Albæk
Anders Martedal

**Det Nationale
Analyse- og Forskningsinstitut
for Kommuner og Regioner**

Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut
for Kommuner og Regioner
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon: +45 35 29 84 00
ds@dsi.dk

Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner
og Regioner, som er en sammenlægning af DSI, AKF og
KREVI, blev etableret den 1. juli 2012.

© Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut
for Kommuner og Regioner og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er
tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler,
anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes
sendt til Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for
Kommuner og Regioner.

Forlag: Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for
Kommuner og Regioner
ISBN: 978-87-7488-706-5
Projekt 2489
August 2012

**Det Nationale
Analyse- og Forskningsinstitut
for Kommuner og Regioner**

Dampfærgevej 27-29, Postboks 2595
2100 København Ø
Telefon: +45 35 29 84 00

Dansk Sundhedsinstitut (DSI), Anvendt Kommunal Forskning (AKF) og KREVI er pr. 1. juli 2012 blevet fusioneret til et samlet institut.

Denne publikation udgives derfor i regi af *Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner*, men da selve undersøgelsen er foretaget af DSI før fusionen, henvises der til DSI i teksten.

Forord

Kræftområdet har længe været i fokus i det danske sundhedsvæsen, og kræftplan på kræftplan har set dagens lys. I 2007 blev der indgået en aftale mellem Regeringen og Danske Regioner om at implementere nationale pakkeforløb for alle kræftformer.

Der er blevet monitoreret på kræftpakkerne i både Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner. Denne rapport går bag om tallene i de kvantitative monitoreringer og undersøger hvad der sker i praksis ude på afdelingerne, når pakker skal implementeres. Den stiller skarpt på de organisatoriske konsekvenser og de ledelsesmæssige udfordringer og muligheder, som pakkerne skaber. Siden 2007 har pakkeforløb spredt sig fra kræft til hjerteområdet, og flere er på vej blandt andet indenfor psykiatrien. I stigende grad bruges pakkeforløb som en mulighed for at skabe øget opmærksomhed omkring en patientgruppe og løfte et område. Derfor er det vigtigt at få mere viden om de generelle organisatoriske og ledelsesmæssige udfordringer og muligheder pakkeforløb rummer i et sektoropdelt og specialiseret sundhedsvæsen.

Rapporten henvender sig primært til beslutningstagere, ledere og medarbejdere i sundhedsvæsenet, med interesse for såvel kræftpakkernes implementering, som de udfordringer der knytter sig til pakkeforløb såvel som til forandringsledelse i sygehusvæsenet mere generelt.

Projektet har løbet over længere tid, det empiriske materiale er omfattende, og flere medarbejdere har været engageret i projektet. Senior projektleder Sidsel Vinge er rapportens hovedforfatter, og har udført første interviewrunde. Projektassistent Anja Elkjær Rahbæk har deltager i dataanalysen og har været medforfatter på flere kapitler i denne rapport. Senior projektleder Jens Albæk såvel som projektleder Anders Marthedal har forestået anden interviewrunde.

Projektchef Charlotte Bredahl Jacobsen har stået for internt review af denne rapport. Projektet er finansieret af Det Kommunale Momsfond og DSI.

DSI ønsker at takke den lange række af sundhedsfaglige medarbejdere, afdelings- og sygehusledelser samt ledende embedsmænd, som med stor velvilje har medvirket i projektet.

Charlotte Bredahl Jacobsen

Projektchef

Indhold

Resumé.....	3
1 Indledning	8
1.1 Hvad er pakkeforløb?	8
1.2 Det handler om ledelse	8
1.3 Formål.....	9
1.4 Metode.....	9
1.5 Afgrænsning	10
1.6 Rapportens struktur: En læsevejledning	10
2 Introduktion til kræftområdet og kræftpakker	11
2.1 Kræft og kompleksitet i et organisatorisk perspektiv.....	11
2.2 De centrale organisatoriske elementer i et pakkeforløb.....	11
3 Fra problem til pakkeforløb: Et koncept bliver til	14
3.1 Nye vinde i sygehusvæsenet: Fokus på produktionstid	14
3.2 Kræftplan I (2000).....	18
3.3 Lungepakken på Vejle Sygehus.....	20
3.4 Kræftplan II (2005).....	23
3.5 Fra sundhedsfagligt til politisk problem	24
3.6 Sammenfatning: Fra anbefalinger til topstyring og ufravigelige krav	28
4 Fra papir til praksis: Konsekvenser af pakkeforløb	30
4.1 Konsekvenser for kapacitetsudnyttelsen: Mere eller mindre arbejde?	30
4.2 Konsekvenser for lægerollen	38
4.3 Konsekvenser for patienterne	44
4.4 Sammenfatning: Konsekvenser for kapacitet, lægerolle og patienter	45
5 Hvorfor blev pakkeforløb en succes?	48
5.1 Implementering af en meningsfuld skal-opgave	49
5.2 Prioritering af det tværgående patientforløb.....	50
5.3 Fra politisk fokus til ledelsesmæssigt fokus.....	53
5.4 Task Forces rolle i implementeringen.....	55
5.5 Monitoreringens rolle i implementeringen	56
5.6 Ressourcer	57
5.7 Fra driftsledelse til strategisk ledelse – og tilbage igen.....	58
5.8 Sammenfatning: Hvorfor lykkedes det?	59
6 Hvad kan vi lære om pakkeforløb og ledelse?	61
6.1 (Hvor) er pakkeforløb løsningen?.....	61
6.2 Hvad kan vi lære om ledelse i sygehusvæsenet?	63
6.3 Sammenfatning: Hvad kan vi lære om ledelse?	66
Bilag 1: Interviewpersoner	69
Litteraturliste.....	70

Resumé

I 2007 blev det der indgået en aftale mellem Regeringen og Danske Regioner om at implementere nationale pakkeforløb for alle kræftformer med udgangen af 2008.

Kræftpakker bliver opfattet som en implementeringssucces i det danske sundhedsvæsen. Når man spørger sundhedsfaglige medarbejdere og topembedsmænd skal forklaringen hentes både i et stærkt fagligt fundament, en stærk topledelse med klare mål og ufravigelige krav, en tæt opfølgning og en villighed til at allokere de nødvendige ressourcer. I denne undersøgelse går vi bagom succesen og undersøger optakten til kræftpakker samt de organisatoriske konsekvenser og ledelsesmæssige udfordringer pakkerne skaber. Blandt anbefalingerne til lederne i sygehusvæsenet er at de skal være villige til at sætte klare, entydige mål og til at tage de konfrontationer, det skaber. Samtidig skal de have mere fokus på driften, og de skal være lydhøre og inddrage de medarbejdere og patienter, som det hele drejer sig om.

Nøglerne til en succes

Pakkeforløb ses af næsten alle medvirkende klinikere og ledere som en succes – selvom de er resultat af en politisk beslutning om at forlade frivillighedens vej og gribe langt ind i driften.

En væsentlig årsag til denne succes er at pakkerne gav mening for de sundhedsfaglige, fordi grundtankerne ikke var nye. Accelererede patientforløb, Det nationale Indikatorprojekt og LEAN havde trods store forskelle været med til at sætte fokus på tid som afgørende faktor i relation til klinisk outcome: Liggetid, gennemløbstid og spildtid. Da pakkeforløb blev vedtaget, var det således ikke nyt at opstille tærskelværdier for gennemløbstiden, eller at gennemløbstid er én blandt flere faktorer der er afgørende for kvaliteten af outcome i kliniske processer.

Kræftpakkerne bryder med en lang tradition for at bedrive styring via anbefalinger og retningslinjer. Grundtanken har været at viden spredes i sundhedsfaglige systemer og at forandring sker ad frivillighedens vej, samt at man bør overlade styringen af driften til driftsherrerne. Men som daveerende sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen udtrykte det, så er kræftpakker et udtryk for at "vi har tabt tålmodigheden [og] vi har forladt frivillighedens vej". Med aftalen om pakkeforløb er anbefalinger erstattet med krav. Forhåbninger om implementering erstattet af monitoring i en ledelsestung Task Force. Analysen peger på, at klinikere i vidt omfang også havde tabt tålmodigheden med en organisationsstruktur og en ledelseskultur, som tilsammen gjorde det urealistisk at nå målet ad frivillighedens vej. Analysen påpeger centrale elementer bag succesfulde forandringer i sundhedsvæsenet:

Faglighed

- *Solidt fagligt grundlag:* Mange informanter peger på at det vigtigste var, at kræftpakkerne giver mening for de sundhedsfaglige, og at de har været inddraget i udformningen på nationalt niveau, såvel som i implementeringen på lokalt niveau.
- *Overbygning på kendte metoder og koncepter:* En væsentlig årsag til at pakkerne gav mening var at grundtankerne ikke var nye. Accelererede patientforløb, Det nationale Indikatorprojekt og LEAN havde trods store forskelle alle været med til at sætte fokus på tid som afgørende faktor i relation klinisk outcome: Liggetid, gennemløbstid og spildtid. Da pakkeforløb blev vedtaget, var det således ikke nyt at opstille tærskelværdier for gennemløbstiden af

(del)processer i patientforløb, eller at gennemløbstid er én blandt flere faktorer der er afgørende for kvaliteten af outcome i kliniske processer.

Lederskab

- *Skal-opgave:* For det første var der tale om en skal-opgave. Det var et markant brud med tidligere tiders inspirationskataloger og forhåbninger om at kunne inspirere til forandring.
- *Tværgående organisering:* Pakkeforløb gør op med svaghederne i den organisatoriske struktur på sygehuse præget af stærke selvstændige afdelinger. Strukturen skaber incitament til at suboptimere indenfor afdelingerne, og gør det svært at skabe forpligtende forløb på tværs af afdelinger. Pakkeforløb gør tværgående koordination og tæt pakkede forløb til ufravigelige krav.
- *Tværgående ledelse:* Dermed gør pakkeforløb også op med svaghederne i ledelseskulturen, hvor kun få ledelser havde fået skabt forløb på tværs af afdelinger uden unødigt ventetid.
- *Stærkt politisk fokus:* Kræftområdet var blevet kraftigt politiseret og der var meget på spil for de centrale aktører, ikke mindst Regering og Regioner, som havde indgået aftalen. Derfor var der et ekstraordinært politisk fokus på pakkerne, og det skabte et mindst lige så ekstraordinært ledelsesmæssigt fokus hele vejen ned gennem systemet.
- *Fokus på implementering:* Det politiske fokus og det deraf følgende ledelsesmæssige fokus, kombineret med erfaringerne fra Kræftplan 1 og 2, som tydede på at der skulle mere til at skabe forandring, satte fokus på implementering. Det førte til dannelsen en enhed til implementering i form af en ledelsestung og beslutningsstærk Task Force.
- *Fokus på monitorering:* Selve implementeringen blev monitoreret på mange organisatoriske niveauer, og løbende fulgt op i såvel Task Force, som lokalt på sygehusniveau og afdelingsniveau. Målingerne gjorde implementering og manglen på samme synlig og skabte grundlag for ledelsesmæssig handling.

Ressourcer

- *Ressourcer:* Flere aktører peger på at der var ressourcer til apparatur, lokaler og andet udstyr. Som det fremgår, kan succesen ikke reduceres til en enkel faktor. Informanterne betoner faktorerne forskelligt. Men til sammen udgør disse elementer byggestenene i den succesfulde implementering af kræftpakkerne.

Prisen på kræftpakker afhænger af lokal ledelse og organisering

Implementeringen af kræftpakkerne har været en organisatorisk succes – men har de resulteret i en mere effektiv drift eller har det fordyret produktionen? På baggrund af denne analyse kan vi ikke svare på dette spørgsmål. Analysen viser, at kræftpakkernes konsekvenser for kapacitetsudnyttelsen betragtes forskelligt i de forskellige behandlingsenheder. Hvorvidt indførelsen af pakkeforløb opleves at have ført til effektivisering afhænger af den lokale implementering og dermed arbejdstilrettelæggelse.

Indførelse af pakkeforløb kan både rumme effektiviseringsfordele og ulemper. Sammenpakningen af ydelser kan på den ene side lede til færre individuelle bestillinger, bookninger, indkaldelser osv. Det kan dermed fjerne opgaver, idet udredningsforløb er samlet i pakker som ikke kræ-

ver samme mængde af individuel håndtering. Omvendt kan pakkeforløbenes krav til gennemløbstid have den modsatte effekt: At sikre fuld kapacitetsudnyttelse ved korte tidsfrister og et svingende antal nyhenviste, er en udfordring, som nogen steder håndteres ved at skabe en overkapacitet, som leder til mindre effektiv og dermed dyrere drift. Konsekvensen kan samtidig være en nedprioritering af andre patientgrupper, som kapaciteten tages fra.

Nogle behandlingsenheder har gode resultater med at skabe en mere fleksibel kapacitet, der kan tilpasses det svingende aktivitetsbehov. Disse steder oplever man, at bufferbehovet i forhold til pakkepatienterne ikke leder til lavere effektivitet. Det kan fx ske via en venteliste med ikke-pakke-patienter, som kan udfylde den ledige kapacitet som fluktuationer i antallet af pakkepatienter skaber. Det kan også ske ved at indføre 'bufferarbejdstid' for eksempel en region der havde indført et 'bordrydningstillæg', for at 'rydde bordet' for pakkepatienter, også selvom det betyder uplanlagt overarbejde.

Hensynet til effektiv produktion kan også lede til, at man går på kompromis med tidsfristerne ved at oparbejde ventelister også for pakkepatienterne – med den konsekvens at tidsfrister ikke overholdes, og at implementeringen således er manglefuld.

Informanterne fremhæver, at spørgsmålet om hvorvidt pakkeforløb fører til mere eller mindre rationel produktion også afhænger af, hvor systematisk afdelingerne har sikret rationel produktion og kapacitetsudnyttelse inden pakkeforløbets indførelse. Enheder, hvor man før pakkeforløbene har rationaliseret driften ved at opsamle bestemte arbejdsopgaver, indtil man har en større mængde – et større batch – møder udfordringer med pakkeforløbenes indførelse, fordi det presser dem i retning af en mere individualiseret og dermed mindre rationel produktionsform. Mens enheder, der har haft en mere blandet produktion, kan opleve, at samlingen af alle pakkepatienter muliggør en mere rationel produktionsform.

Kræftpakkers udfordrer den traditionelle lægerolle

Pakkeforløbene skaber ændringer for alle faggrupper. Men især udfordrer de den traditionelle lægerolle ved at kræve mere standardisering og mere koordineret organisering af arbejdsopgaver. Standardiseringen begrænser lægernes faglige frihed, og deres personlige frihed i forhold til arbejdstilrettelæggelsen. Omvendt muliggør pakkerne et tættere samarbejde på tværs af lægelige specialer – særligt gennem de multidisciplinære konferencer – som rummer et potentiale for at understøtte lægernes faglighed og socialisering positivt. Lægerne er meget bevidste om at pakkerne ikke bare ændrer arbejdstilrettelæggelsen, men at de griber ind i den traditionelle lægerolle og dermed deres faglige identitet og kultur. Det skaber både udfordringer og nye muligheder. Det afgørende for succes er, hvordan disse udfordringer og mulige fordele håndteres ledelsesmæssigt.

Medarbejderne skal hjælpe patienterne igennem de hurtige forløb

Pakkeforløbene har ikke bare konsekvenser for patienterne – patienternes reaktioner har også konsekvenser for pakkeforløbenes implementering. Generelt oplever informanterne, at patienternes reaktioner på pakkeforløbene er meget positive, og flere oplever at antallet af klager er faldet. Men det høje tempo stiller krav til patientkommunikationen, hvis det ikke skal føre til forsinkelser i udredningsforløb, som skyldes patienternes aflysninger eller manglende fremmøde ved de korte tidsfrister. Patienterne skal igennem et forløb, hvor de på få dage risikerer at gå fra rask til alvorligt syg. De sundhedsfagliges kompetencer til god patientkommunikation, her-

under særligt, klar besked, forventningsstyring, støtte og hjælp, er afgørende forudsætninger for, at det kan gennemføres med minimale forsinkelser. Hurtig udredning er således ikke kun en funktion af om systemet kan levere akutte forløb. Det afhænger også af om de sundhedsfaglige evner at støtte patienterne igennem forløbene.

Anbefalinger til sundhedsvæsenets ledere

Analysen peger på, at ledelse har været en afgørende nøgle til succes for kræftpakkerne – særligt ledelse i relation til arbejdsorganisering. Både kapacitet og gennemløbstid er også en funktion af organisering – ikke kun af ressourcer i form af apparatur og hænder. Og den valgte organisering er en funktion af den lokale ledelses evner og prioriteringer. Pakkeforløb og forpligtende aftaler griber ind i den traditionelle lægerolle og begrænser såvel faglig om personlig frihed til arbejdstilrettelæggelse. Patienternes evner til at gennemgå hurtige forløb er afhængige af medarbejdernes evner til at støtte, hjælpe og guide dem igennem. Håndteringen af alle disse udfordringer er et spørgsmål om ledelse.

Informanterne peger på at pakkeforløbene i sig selv ikke er "raketvidenskab", som én siger, mens en anden peger på, at det reelt blot drejer sig om at beslutte hvordan patienterne komme fra A til B - og så lave nogle håndfaste aftaler om hvordan de kommer det, som alle er forpligtede på at overholde. Hvis det er tilfældet må man spørge, hvorfor det har krævet et politisk indgreb at skride til handling. Hvorfor har ledelserne på hospitalerne ikke bare gjort noget ved det selv?

Konklusionen er, at den ledelsesmæssige indsats i regioner og på hospitaler frem til indførelsen af kræftpakker, ikke havde evnet eller prioriteret at skabe hurtige, tværgående patientforløb på kræftområdet. Hvis vi skal tage udgangspunkt i læren fra forløbet omkring kræftpakkerne kan vi pege på flere karakteristika ved den form for lederskab, der er behov for:

- *Samlet og fokuseret ledelse:* Implementeringen af kræftpakker har hvilet på en bred alliance af politisk ledelse, topledelse, sygehusledelse og afdelingsledelse.
- *Vedholdende og entydig prioritering:* Igennem hele forløbet har ledelsen holdt fast i projektet skabt et vedholdende fokus med prioritering, monitorering og opfølgning. Det har stået klart at målene i pakkeforløbene skulle nås, og at det var prioriteret over andre mål. Klarheden om mål og sikkerheden for hvad der opfattes som en succes har kendetegnet forløbet.
- *Fra strategisk ledelse til driftsledelse:* Der har gennem hele forløbet været et ledelsesmæssigt fokus på den konkrete og praktiske indførelse af pakkeforløbene. Det har sat spotlight på ledelsen af selve driften – der hvor patienter og sundhedsprofessionelle møder hinanden. Driftsledelse står ikke nødvendigvis i modsætning til strategisk ledelse. Kræftpakker er multidisciplinære, tætpakkede, tværgående patientforløb på tid. De kan ses som en konkret fortolkning af de strategiske visioner og værdier om bedre kvalitet, bedre logistik og kapacitetsudnyttelse, bedre samarbejde på tværs og bedre patientbehandling og information.
- *Konfrontation og inddragelse – på samme tid:* Med erkendelsen af at driftsledelse er helt afgørende for ledelse på alle niveauer i et sygehusvæsen, hvor de strategiske linjer fastlægges stadig mere centralt, følger også en nødvendighed af at få ledelse tættere på patienternes og medarbejdernes hverdag. På den ene side skal ledelserne kunne skabe tillidsfulde relationer og inddrage medarbejderne i den konkrete udfoldelse af de stadigt mere centralt fastsatte mål. På den anden side skal ledelsen også kunne udfordre, stille spørgsmål, være mindre konfliktsky og mere konfronterende, end der er tradition for i dag. Kræftpakker har haft store konsekvenser for eksempelvis lægerollen og den faglige såvel som personlige frihed knyt-

tet til den. Det har flere steder genereret varierende grader af modstand, som lederne skal håndtere. I praksis har ledelserne haft meget forskellige opfattelser af deres rolle i denne forbindelse, og de har haft meget forskellige evner og kompetencer som grundlag for såvel inddragelse som konfrontation.

- *Faglighed og legitimitet bag de strategiske mål:* Der er langt fra udelt gode erfaringer med topstyring af detaljer i sundhedsvæsenet. Analysen viser, at den initiale problemforståelse i forløbet omkring kræftpakkerne ikke har været begrænset til en politisk/administrativ kontekst. Den har i høj grad været delt af klinikerne. Informanterne beskriver en generel erkendelse af, at det krævede klare beslutninger, og at udfordringerne ikke kunne løses ved for megen konfliktsky laissez-faire ledelse eller ved at ledelserne forblev oppe i den strategiske ledelseshelikopter. Læren er, at ledelserne må komme ned på jorden og tage de svære udfordringer som bl.a. begrænsningerne i frihed, og behovet for en ændret og mere fleksibel arbejdsorganisering skaber. Det handler om ledelsesmæssigt at sætte fokus på drifts- og patientforløb.

Metode

Der findes pakkeforløb for 34 forskellige kræftdiagnoser. Pakkerne har mange grundlæggende fællestræk. Men for at kunne fokusere analysen, har vi valgt at stille skarp på lungekræft.

Analysen er baseret på 30 semistrukturerede interviews med 21 informanter over to runder i hhv. efteråret 2008 og foråret 2010. De interviewede er sundhedsfaglige medarbejdere, ledere og topembedsmænd, som alle har siddet tæt på kræftpakkernes hhv. tilblivelse, implementering og drift. Desuden er der anvendt en lang række dokumenter der beskriver, evaluerer og diskuterer kræftområdets udvikling. Alle kilder er listet i Litteraturlisten.

1 Indledning

I 2007 blev det der indgået en aftale mellem Regeringen og Danske Regioner om at implementere pakkeforløb for alle kræftformer med udgangen af 2008 i hele landet (1).

Denne rapport omhandler de organisatoriske og ledelsesmæssige konsekvenser af kræftpakker. Den undersøger via interviews med en lang række klinikere og ledere over en periode på 1½ år fra 2008-10, hvordan kræftpakker, efter et årti med kræftplaner, endte med at blive en politisk indgået aftale på øverste niveau i sundhedsvæsenet. Og den analyserer pakkernes vej fra papir til praktisk implementering, og de organisatoriske udfordringer og muligheder det har skabt, samt ikke mindst de ledelsesmæssige opgaver og dilemmaer, processen har medført.

Kræftpakker kan anskues som en ledelsesmæssig styringsteknologi, fordi de er forbundet med forventninger om "varige effektiviseringer i form af både bedre arbejdstilrettelæggelse og bedre apparaturudnyttelse i både udrednings- og behandlingsforløbet" ifølge den indgåede aftale (1). Forhåbningen er at "standardiserede og veltilrettelagte forløb skal sikre, at der ikke spildes kostbar tid for hverken patienterne eller for personalet, og at patientvolumen vil som udgangspunkt være den samme" (1).

Denne rapport fokuserer på de organisatoriske og ledelsesmæssige forhold, der er en forudsætning for, at visionerne med pakkeforløb kan blive til virkelighed i praksis.

1.1 Hvad er pakkeforløb?

Et pakkeforløb er betegnelsen for "et sammenhængende forløb, hvor alle trin i udredning, behandling og efterkontrol er planlagt og forhåndsbooket for hele forløbet fra patienten henvises," (2) og "hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder." (3)

Pakkerne beskriver "for hver kræftform et standard udrednings- og behandlingsforløb, herunder hvilke undersøgelser og behandlinger der indgår i de enkelte forløb, hvor længe de enkelte dele af forløbet må tage, standarder for information til patient og pårørende, målepunkter for opfølgning på de enkelte forløb." (1)

Samlet er der indført pakkeforløb for 34 forskellige kræftformer².

1.2 Det handler om ledelse

"Det, der er svært, er, at det rører ved ledelsesstrukturer på sygehusene. Det er det, der er sværest at ændre på overhovedet. Det jo ikke fagligt svært at lave kræftpakker." (ledende embedsmand)

Dansk Sundhedsinstitut gennemførte kort før kræftpakkernes indførelse en interviewundersøgelse om de ledelsesmæssige udfordringer ved implementering af pakkeforløb (4). Den pegede på, at implementering langt fra er ligetil og frem for alt kræver klar ledelsesmæssig opbakning

¹ "Som følge af, at patienterne kommer hurtigere gennem sundhedssystemet, vil der være tale om en midlertidig øget aktivitet på kræftområdet." (1)

² Hoved/hals-kræft, tyk- og endetarmskræft, lungekræft og brystkræft (april 2008). Livmoder-, livmoderhals- og æggestokkræft (gynækologiske kræftformer) (august 2008). Hæmatologiske kræftformer (september 2008). Blære- og nyrekræft, modermærke-, hjerne og nervekræft (november 2008). Prostatakræft, peniskræft, testikelkræft, vulvakræft, leverkræft, kræft i bugspytkirtel, øvre mave-tarm-, børne-, øjne- og de ortopædkirurgiske kræftformer (januar 2009). Øvre-mavetarm-kræft, prostatakræft m.m. (januar 2009). (27)

og prioritering. Implementering af pakkeforløb er således en udfordring for ledere på alle niveauer.

Pakkeforløb rummer mange typer af udfordringer og støder på mange barrierer fra manglende it-understøttelse over problemer med monitorering til ressource- og kapacitetsproblemer vedrørende alt fra personalemangel til scannerkapacitet (2). Men implementeringen af pakkeforløb handler om andet end at sikre de praktiske forudsætninger. Erfaringerne viser, at indførelsen af pakkeforløb også berører dybe kulturelle aspekter og traditioner for arbejdsdeling og samarbejde såvel som arbejdsorganisering i hverdagen for de enkelte ansatte (5). Pakkeforløb er meget konkrete og målbare styringsteknologier, som går på tværs af sektorer, matrikler og afdelinger. Pakkerne foreskriver således et meget konkret ideelt forløb – det er et lokalt ledelsesmæssigt spørgsmål, hvordan det skal virkeliggøres.

Samlet set betyder dette, at ledelse er en helt central faktor, hvis kræftpakker skal blive en succes i praksis. Sundhedsstyrelsens opfølgning på Kræftplan II konkluderer således, at der kan findes mange lokale succeshistorier og innovative projekter, men hvis kræftpakkerne virkelig skal implementeres nationalt og på alle områder, så *”forudsætter det først og fremmest større ledelsesmæssig fokus på alle niveauer. (...) Det forudsætter ledelseskraft og en vilje til nytænkning, og det kan nødvendiggøre ændring af eksisterende beslutningsprocesser og ledelsessystemer”* (2).

Sundhedsstyrelsen er imidlertid ikke ene om at pege på ledelse som en helt afgørende faktor i relation til netop den type forandring i sygehusvæsenet, som implementeringen af pakkeforløb kræver. Allerede i opfølgningen på den første kræftplan pegede CEMTV på basis af en anonym spørgeskemaundersøgelse på, at der var andre barrierer end økonomi, kapacitet og logistik for forandring af kræftbehandlingen (6), og Erik Juhl pegede efter sin *”Rundrejse i det danske sygehusvæsen”* på ledelse som den væsentligste faktor, hvis vi skal komme fra viden til handling og lukke *”the knowing-doing gap”* (7).

1.3 Formål

Formålet med dette projekt er at undersøge, hvilke organisatoriske konsekvenser implementeringen af kræftpakker har haft, herunder hvilke udfordringer og dilemmaer implementeringen stiller lederne overfor.

1.4 Metode

Analysen er baseret på i alt 30 kvalitative interviews med i alt 21 informanter over to runder i hhv. efteråret 2008 og foråret 2010. I bilag 1 s.71 findes en liste med titler på samtlige interviewpersoner og datoer for interviews. Her fremgår det også, at der er tale om i alt fire sygehusenheder og en mindre gruppe af ledende embedsmænd i regioner og øverste sundhedsmyndighed. Alle interviews er lydoptaget.

DSI vurderer at informanternes navne og arbejdssteder er irrelevante for analysen pointer, og derfor er disse oplysninger ikke medtaget ved citering. I stedet anvendes informanternes stillingsbetegnelser, som er anført i oversigten (Bilag 1: Interviewpersoner). Imidlertid fremgår det af analysen, at Vejle Sygehus der har spillet en særlig rolle, har indgået som én af de fire matrikler. Årsagen er at Vejle Sygehus udviklede et pakkeforløb for lungekræft som en tidlig forløber for de senere nationale pakker. Ligeledes fremgår det af analysen, at én af de ledende embedsmænd, er daværende direktør for Sundhedsstyrelsen. Derfor har DSI valgt at tage højde for de steder i analysen, hvor citater vurderes at være genkendelige og kan henføres til enkeltpersoner

i hhv. Vejle og i Sundhedsstyrelsen, ved udtagelsesvis at indhentet disse informanternes særskilte godkendelse af de anvendte citater.

Ved udvælgelsen af informanter er der fokuseret på lungepakken, og der er rekrutteret klinikere og ledere, som er centrale i forhold til lungecancer og implementeringen af lungepakken.

1.5 Afgrænsning

Rapporten er baseret på kvalitative data i form af 30 interviews. I mange af disse interview udtaler informanterne sig om aspekter så som (graden af) effektivisering, kapacitetsudnyttelse, (anvendelse og tildeling af) ressourcer, og indirekte i relation til konsekvenser af de diagnostiske pakkeforløb på den diagnostiske kvalitet og efterfølgende behandlingsoutcomes. Disse udtalelser er alene udtryk for informanternes egen overbevisning, og ikke for, at DSI – eller andre – har undersøgt, at det forholder sig sådan, som informanterne oplever. Dermed er analysen en undersøgelse af de perspektiver, som et udsnit af centrale aktører, der har siddet tæt på kræftpakkernes tilblivelse og implementering, har på kræftpakkernes tilblivelse og implementering. Desuden er det vigtigt et påpege, at denne rapport hverken undersøger, om forløbstiderne overholdes i praksis, eller hvilken sundhedsmæssig effekt kræftpakkerne har. Mht. overholdelse af forløbstider henvises til Sundhedsstyrelsens og Danske Regioners opgørelser (29), samt Danske Regioners egne statusopgørelser over overholdelse af forløbstider (der opdateres løbende på www.regioner.dk). Derudover peger et studie, der dækker perioden 1. oktober 2007 - 30. september 2008 i to regioner, på, at der sker et fald i ventetiden til diagnose og behandling for fire undersøgte diagnoser, hvor der blev indført pakker 1. april 2008. Af de patienter, der udredes i det halve år efter pakkernes indførelse, er det stadig kun 30-40 % af patienterne med hovedhalskræft, brystkræft og colon-rectal kræft, der kommer i behandling inden for pakkernes tidsrammer, hvilket udgør en stigning, mens det for lungekræft drejer sig om 58 %, hvilket ikke udgør en stigning (30). Mht. den sundhedsfaglige effekt henvises til Sundhedsstyrelsen, hvor der dog ikke foreligger nyere tal fra landspatientregistret end 2008. Da pakkerne blev indført i 2007, og da det er overlevelsen efter behandling, som er interessant, kan der ikke drages klare konklusioner om effekten på overlevelsen endnu (31).

1.6 Rapportens struktur: En læsevejledning

Efter dette indledende kapitel følger en introduktion til kræftområdet og til kræftpakker i kapitel 2 (s.14). Dernæst følger en analyse i kapitel 3 (s.17) af den udvikling på kræftområdet, som i 2007 førte til kræftpakkernes tilblivelse. Dette er også historien om, hvorfor kræftpakker endte med at blive til ved en politisk aftale, der griber langt ind i det enkelte sygehus og den enkelte afdelings arbejdsorganisering. Kapitel 4 (s.32) indeholder analysen af pakkeforløbenes organisatoriske konsekvenser, og hvordan de håndteres forskelligt ledelsesmæssigt. I kapitel 5 (s.49) stilles skarpt på de centrale årsager til, at det lykkedes at implementere pakkeforløb – og at langt den overvejende del af informanterne går så langt som til at beskrive dem som en succes. Rapporten konkluderes i kapitel 6 (s.62) med en diskussion af, hvad vi kan lære om pakkeforløb og om ledelse i sygehusvæsenet.

2 Introduktion til kræftområdet og kræftpakker

Dette kapitel indeholder en kort introduktion til kræftbehandlingens kompleksitet set i et organisatorisk perspektiv. Dernæst følger en mere uddybende introduktion til de fire centrale organisatoriske elementer i pakkeforløb. Kapitlet henvender sig særligt til læsere, som ikke kender kræftområdet og dets organisering indgående.

2.1 Kræft og kompleksitet i et organisatorisk perspektiv

For at forstå hvorfor håndteringen af kræft har skabt så store udfordringer for sundhedsvæsenet, er det nødvendigt at forstå kræftens kompleksitet i et organisatorisk perspektiv.

Udredningen og behandling af kræft håndteres ikke inden for et enkelt speciale. Både diagnostik og behandling kræver ydelser fra forskellige kliniske såvel som parakliniske afdelinger. Fx kræver lungekræft, at både lungemedicinere, kræftspecialister (onkologer), kirurger, røntgenlæger og patologer (laboratorielæger) er involverede.

Men udfordringerne handler ikke kun om, at der er mange aktører involveret. Andre parametre spiller også ind. Informanterne peger på, at de kræftformer, som rummer de største organisatoriske udfordringer, er dem, hvor:

- (1) patientens vej gennem systemet er mindst ensartet og regelret, fordi symptomerne er uklare, udfaldsrummet stort, og kun en lille brøkdel af patienter med de givne symptomer har kræft,
- (2) mange specialer og dermed mange aktører er involveret, og hvor
- (3) kræft er en relativt lille del af arbejdsopgaverne for de involverede aktører.

De forskellige kræftformer er ikke ens med hensyn til disse afgørende parametre. Således har det været lettere at lave strømlinede forløb for nogle kræftformer frem for andre. Ikke fordi det fagligt set er sværere at udrede nogle former for cancer. Men fordi graden af organisatorisk kompleksitet i den samlede opgaveløsning varierer meget.

Den organisatoriske kompleksitet, der – i varierende grad – præger kræftområdet, er kendetegnet ved, at der er afhængighed på tværs af afdelinger og matrikler mellem aktører, der ikke har store samarbejdsflader omkring opgaver, der i nogle tilfælde fylder en begrænset tid af deres arbejde. Det er den cocktail, der gør, at det faglige engagement ikke har været nok til for alvor at forbedre kræftudredningen og behandlingen. Og selvom nogle aktører, eller måske ligefrem de fleste, har været motiverede, så er det ikke nok, når aktørerne har været så løst koblet, og resultatet samtidig har været afhængigt af alle led i kæden.

2.2 De centrale organisatoriske elementer i et pakkeforløb

Den indledende definition af pakkeforløb var ”et sammenhængende forløb, hvor alle trin i udredning, behandling og efterkontrol er planlagt og forhåndsbooket for hele forløbet, fra patienten henvises,” (2) og ”hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder” (3).

I praksis betyder implementeringen af pakker mange organisatoriske ændringer, men fælles er fire hovedelementer, som går igen på tværs af matrikler og interviews:

- 1) Indhold: Et standardiseret undersøgelsesprogram
- 2) Gennemløbstid: Korte fastlagte tidsintervaller for alle faser af forløbet
- 3) Pakning af ydelser: Præbookede tider til forventede, men ukendte nyhenviste patienter
- 4) Samarbejde: Multidisciplinær teamkonference

I det følgende beskrives de fire elementer kort.

2.2.1 Indholdsmæssigt standardiseret forløb

I pakkeforløb tages der ikke i udgangspunktet individuelt stilling til, hvilke undersøgelser den enkelte patient skal have eller i hvilken rækkefølge. Når en patient henvises til et pakkeforløb, starter et fastlagt udredningsprogram. I praksis betyder det, at man fjerner den handlingskæde, der hedder: henvisning ⇒ booking ⇒ undersøgelse ⇒ svar ⇒ konklusion, inden man kan tage stilling til næste skridt og gentager kæden, indtil patienten er færdigudredt. I stedet erstatter man denne proces med én kæde, der hedder: Henvisning ⇒ flere undersøgelser ⇒ samlede svar ⇒ samlet konklusion.

2.2.2 Fastlagte tidsintervaller i forløbet

Der er indbygget et antal tidsfrister i selve forløbet. Tidsfristerne varierer fra kræftpakke til kræftpakker. Som eksempel ses herunder tidsintervallerne for lungekræft (8):

Monitoreringsintervaller i pakkeforløb for lungekræft:		
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling:		3 hverdage
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning på udredning:		17 hverdage
Fra afslutning på udredning til start på primær behandling:	Operation	10 hverdage
	Stråleterapi	11 hverdage
	Kemoterapi	8 hverdage
Fra henvisning modtaget til start på primær behandling:	Operation	30 hverdage
	Stråleterapi	31 hverdage
	Kemoterapi	28 hverdage

2.2.3 Præbookede udredningsydelser

For at kunne leve op til de korte tidsfrister har det været nødvendigt at præbooke tider til undersøgelser til de forventede – men ukendte – nyhenviste patienter. En cheflæge beskriver det således:

”Den simple idé i pakkeforløb består i, at man siger, at der kommer 800 patienter til [vores] sygehus pr. år. Det er 16 om ugen fordelt på 50 uger. Skulle vi ikke lade som om, vi er forberedt på dem og simpelthen sætte den kapacitet af, som de erfaringsmæssigt beslaglægger på CT-scanneren, til bronkoskopier, biopsier osv.? Man kender ikke navnet på dem, men der er 16 eller 18 tider reserveret hver mandag formiddag til at scanne lungecancerpatienter. Navnene kommer på i løbet af torsdag-fredag ugen før.” (cheflæge)

At tider i et ambulatorium kan låses fast til unavngivne patienter, er ikke vanlig praksis. Normalt kræver det et cpr-nummer på en person, som en læge har henvist til ambulatoriet. Derfor er det ikke helt uproblematisk:

”Når de skal fra et trin til et andet trin i pakken, så er tiderne forhåndsreserveret uden navn på. Det er altså også noget, der vender op og ned på en hel del i sundhedsvæsenet. At man kan have reserverede tider, uden at der står et cpr-nummer på. At røntgenafdelingen siger, der skal være 10 tider til biopsi på torsdag, vi aner ikke, hvad patienterne hedder, det får I at vide tirsdag eftermiddag. At holde nallerne fra tomme tider. Det kræver mere, end man kan styre mange steder.” (ledende overlæge)

De reserverede ambulatorie- og undersøgelsestider er en forudsætning for at kunne overholde de fastlagte tidsintervaller.

2.2.4 Multidisciplinære konferencer

Et væsentligt element i kræftbehandlingen er valget af behandlingsstrategi. Som det fremgår af oversigten over tidsfristerne for lungekræft herover, er der flere muligheder – operation, stråle- eller kemoterapi.

Med kræftpakker fastlægges det, at *”beslutning om det videre behandlingsforløb træffes på en multidisciplinær teamkonference”* (8), når de krævede undersøgelser er foretaget.

Multidisciplinære beslutningskonferencer er ikke noget nyt fænomen i kræftbehandlingen. I beskrivelsen af pakkeforløb for lungekræft står således:

”Ganske som det anbefales i Referenceprogram fra 2001 har der været en mangeårig tradition for, at behandlingsstrategien drøftes og fastlægges på en klinisk konference med deltagelse af repræsentanter fra alle involverede specialer. Det drejer sig primært om vurdering af operationsindikationen, og patienter med påvist metastaserende sygdom henvises direkte til onkologisk afdeling.” (8)

På trods af den mangeårige tradition har der i praksis været meget stor forskel på, i hvilket omfang og med hvilke deltagere konferencerne har været afholdt. Også i dag varierer teamkonferencerne i størrelse og frekvens, alt afhængigt af hvilken kræftpakke der er tale om.

Lungekræft er et relativt multidisciplinært område, som involverer lungemedicin, patologi, otologi, radiologi, kirurgi, nuklearmedicin og onkologi.

3 Fra problem til pakkeforløb: Et koncept bliver til

Dette kapitel beskriver forløbet frem til aftalen om pakkeforløb i oktober 2007 mellem regeringen og Danske Regioner. Tilblivelseshistorien giver indblik i den udvikling, som kræftpakkerne er et resultat af, og illustrerer, hvordan flere sideløbende processer har spillet en rolle for indførelsen af nationale pakkeforløb – herunder øget fokus på produktionstid i sygehusvæsenet, dokumentation for konsekvenser af selv kort behandlingsventetid samt såvel lokale som nationale løsninger til at forbedre indsatsen på kræftområdet. Samtidig giver historien et billede af den udvikling, som endte med en politisk aftale. Forløbet er afgørende for at forstå, den modtagne pakkerne fik blandt klinikere og ledere.

3.1 Nye vinde i sygehusvæsenet: Fokus på produktionstid

Fra forskellige sider blev der i sygehusvæsenet gennem 90'erne og 00'erne skabt et øget fokus på produktionstid i sygehusvæsenet. Årsagerne er mange. Bevægelsen fra at se sygehuse som rent sundhedsfaglige enheder til også at anlægge et produktionsperspektiv er imidlertid ikke noget nyt fænomen. Det startede længere tilbage, bl.a. med betænkningen fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg med titlen "Sygehusenes organisation og økonomi" fra 1984 som konkluderede, at der var en "vigende produktivitet" i sygehussektoren. Gennem årtier har der været en bevægelse i retning af såkaldt *New Public Management* i sundhedsvæsenet, som har sat mere fokus på hospitalet som produktionsenhed, hvor det var relevant at tale om effektivitet og produktivitet. Dette afsnit fokuserer mere snævert på de koncepter og tiltag, der på forskellig vis er med til at sætte fokus på produktionstid.

I dette afsnit omtales tre forskellige bevægelser med forskellige rødder, men med en kerne af fælles tankegodt: (1) *Accelererede patientforløb*, der blev udviklet i 90'erne inden for kirurgien, hvor man via nye forskningsresultater udarbejdede en metode til forbedring af outcome af specifikke operationsforløb, (2) *Det nationale Indikatorprojekt*, som er et forsøg på at skabe grundlag for kvalitetsudvikling via indberetning af indikatorer til nationale databaser og publicering af sammenlignelige resultater med kvalitetsmål for blandt andet gennemløbstid, og til sidst (3) *LEAN*, som en metode der er udviklet helt uden for sundhedsvæsenet, men som har vundet indpas i 00erne, og som udelukkende fokuserer på forbedring af processer med det formål at eliminere spildtid og aktiviteter, som er overflødige og ikke skaber værdi for 'kunden'. Forskellene er store, men fælles er et fokus på tid: liggetid, forløbstid, gennemløbstid og spildtid.

3.1.1 Accelererede patientforløb

Begrebet accelererede patientforløb blev udviklet i midten af 1900'erne af et team af læger omkring professor Henrik Kehlet, som arbejdede på at forbedre outcome af kirurgiske forløb (9-13). De fandt frem til, at forløbstiden var én blandt flere faktorer, som var afgørende for kvaliteten af det endelige resultat af en kirurgisk behandling:

"Den gamle hypotese sagde, at patienter er trætte efter en operation og har brug for hvile for at komme sig, men vi viste, at trætheden i virkeligheden skyldtes tre ting: For det første er der stressreaktionen på operationen, som faktisk nedbryder musklerne. Hvis patienten har kvalme, eller tarmsystemet ikke fungerer, så kan patienten ikke spise og få næring og ny energi og mister igen sine depoter. Og sidst, men ikke mindst, så taber en immobil patient sin muskelkraft."
(14)

Henrik Kehlet m.fl. viste, at man ved at gribe ind over for disse mekanismer kunne afkorte rekonvalescensperioden.

En væsentlig pointe i forhold til accelererede patientforløb er, at acceleration ikke er et mål i sig selv ud fra et driftsmæssigt effektivitetsperspektiv. Acceleration er et middel – blandt flere andre – til at nå et sundhedsfagligt mål om bedre kvalitet i behandlingen. At accelererede patientforløb også giver mening ud fra et økonomisk perspektiv, er en positiv bivirkning – ikke det primære formål.

I denne analyse af kræftpakkernes implementering trækker flere informanter paralleller til deres tidligere erfaringer med accelererede forløb:

”Vi bruger konceptet på alle de områder, det er egnet til: Vi bruger det på hjerteområdet med hjertepakker. Og på ortopædkirurgien. Der er masser af de der højvolumen-områder. Vi har fire- eller femdoblet produktionen af alloplastikker. DRG-mæssigt er det en kanon fordel. Samtidig har vi forkortet liggetiderne og kører accelererede forløb på hele populationen. De gør det med det samme antal sygeplejersker og samme antal senge, som dengang vi lavede 150. Nu laver vi 900.” (Cheflæge)

Cheflægen her betoner de produktionsmæssige fordele i form af en øget DRG-indtjening. Men konceptet accelererede patientforløb er stadig grundlæggende baseret på sundhedsfaglige forbedringer af outcome.

Den begejstrede cheflæge i denne analyse er dog ikke repræsentativ for det danske sygehusvæsen. For konceptets udbredelse er begrænset. Ligesom pakkeforløb har accelererede patientforløb som koncept og metode haft svært ved at spredes i sundhedsvæsenet. Kehlet peger på, at:

”det store problem er at få de nye faglige metoder udbredt fra idéplanet og til den daglige praksis. Selv videnskabeligt dokumenterede metodeforbedringer i patientbehandlingen har vanskeligt ved at blive accepteret og optaget i andre dele af hospitalsvæsenet.” (15)

Modstanden til trods så er slægtskabet mellem accelererede patientforløb og konceptet pakkeforløb så stort, at flere informanter ser dem som to sider af samme sag, og deres erfaringer med accelererede patientforløb har således været med til at gøde jorden for pakketankegangen.

3.1.2 Det Nationale Indikatorprojekt

I 1999 blev Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) igangsat med det formål at udvikle, afprøve og implementere indikatorer og standarder til vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser. Men NIP har også været med til at sætte fokus på tid – især udredningstid.

Dette afsnit omhandler NIP i forhold til lungekræft – ikke i forhold til andre sygdomme.

NIP dækker aktuelt otte sygdomsområder, hvoraf lungecancer er ét. Kvaliteten i behandlingen af lungecancer er opgjort i forhold til følgende indikatorer: 1) Overlevelse, 2) Overlevelse, opererede patienter, 3) Varighed af undersøgelse (udredning) og tid indtil behandling, 4) Vurdering af sygdommens omfang før og efter operation, 5) Hyppigheden af operation med helbredende sigte.

For hver indikator er der beskrevet en tærskelværdi for kvalitetskravet. Eksempelvis skal andelen af patienter, der får afsluttet det diagnostiske forløb senest 28 dage efter påbegyndelsen, være mindst 85 % (indikator 3a). Landsresultatet lå i 2007 og 2010 på henholdsvis 72,3 % og 84 %. (16)

NIPs indikatorer og standarder er både beregnet til intern kvalitetsudvikling og til offentliggørelse af information om kvalitet (17).

I 2000 oprettede Dansk Lungecancer Gruppe (DLCG) en national klinisk database, som skulle indsamle oplysninger om udredning og behandling af lungecancer i Danmark. DLCG samarbejder med NIP, og de første NIP-resultater for udredningstid i forhold til lungecancer udkommer i 2003.

NIP er baseret på indberetninger fra afdelingerne, og der har været varieret fokus på at sikre korrekte såvel som komplette indberetninger. Derfor har der også været debat om validiteten af NIP-databasernes indikatorer.

NIP har været med til at sætte netop udredningstiden på dagsordenen gennem en årrække op til pakkeforløbene. En overlæge peger på, at: *"Den indikator i NIP, der bliver allermest eksponeret, det er udredningstiden. Så alle har kunnet se, at der er vi simpelthen nødt til at gøre noget ved det"* (Overlæge). NIP-resultaterne pegede på, at der særligt i nogle regioner var meget lange udredningstider på netop lungekræft. Alligevel skete der ikke nok, vurderer en topembedsmand:

"Når vi så oven i købet havde NIP-data, så burde det være endnu mere evident, at man burde gøre noget. Fordi de der NIP-data understregede jo i mange år, at vi internationalt set lå for dårligt. Det er mig lidt uforståeligt, hvorfor vi ikke reagerede lidt hurtigere på den viden." (Ledende embedsmand)

Informanterne i denne undersøgelse peger på flere årsager til, at der ikke blev handlet mere og hurtigere på NIP-tallene. Der var tvivl om validiteten af data. Som en overlæge formulerer det: *"Det er problematisk, at validiteten af nogle af indikatorerne ikke vurderes at være høj nok af visse klinikere"*. Manglende indberetning hænger sammen med manglende ledelsesforankring af NIP, som denne cheflæge forklarer:

"Der er nogen, der har været gode til at melde ind [til NIP, red.], mens andre har været dårlige. Det viser bare, at hvis du ikke har fokus på det, og frivilligheden gælder, så bliver det noget af det, man nedprioriterer. Der skal være en eller anden form for konsekvens af ikke at overholde sine aftaler, fx ingen resultatløse, og der skal fra ledelsens side være et fokus, der skal være et *skal*. Jeg tror, det spiller en rolle, hvis det fra ledelsens side bliver cementeret og fastlagt ned gennem systemet. Hvis ikke du har det fokus og følger op på resultaterne og melder tilbage til afdelingerne og delagtiggør dem i, hvordan det går, så får du ikke de forandringer." (Cheflæge)

NIP er et fagligt kvalitetsprojekt. Men som citaterne antyder, så kræver det andet og mere end en faglig forankring og frivillig dataregistrering at få validiteten af kvalitetsmålingen i top. Endnu vigtigere er imidlertid kvalitetsudviklingen, hvor ledelsesforandring bliver helt central. Her har det faglige NIP-projekt ikke haft den ledelsesmæssige forankring, der kunne sikre udvikling, som overlægen her forklarer:

"Problemet med NIP har været, at de respektive afdelingers NIP-resultater, og diskussioner af hvad der kunne gøres anderledes og bedre, ikke er blevet ført ud i livet. Dette ændrer sig, da der begynder at komme ledelsesforankring, og resultaterne bruges politisk. (...) Det er afgørende, at nogen tager ansvar for at gøre det, der skal gøres, og at nogen tager ansvar for at handle på NIP-resultaterne." (Overlæge)

NIP-resultaterne satte således fokus på udredningstiden. Men tvivlen om validiteten af data og manglende ledelsesforankring kan være med til at forklare, hvorfor der ikke blev handlet effektivt på NIP-resultaterne. Alligevel spillede NIP en væsentlig rolle i optakten til pakkeforløb. En ledende overlæge beskriver relationen således:

"Pakkeforløbet for lungecancerpatienter har ikke været sådan en paladsrevolution, som nogle af de andre pakkeforløb har været, blandt andet fordi Dansk Lungecancer Register og NIP-resultaterne havde startet processen." (Ledende overlæge)

NIPs fokus på udredningstid og tærskelværdier er meget lig pakkeforløbenes brug af forløbstider. Dette fokus på gennemløbstid startede således allerede med NIP tilbage i 1999 – om end med begrænset effekt.

3.1.3 LEAN

Igennem de seneste år er der i sundhedsvæsenet kommet mere fokus på kapacitetsudnyttelse og dermed også på (spild)tid. Et af de koncepter, som har medvirket til denne udvikling, er LEAN, som har holdt sit indtog i det danske sundhedsvæsen gennem det sidste årti.

Hvor accelererede patientforløb og NIP består af meget konkrete forløbsbeskrivelser, databaser og interventioner udviklet til og i det danske sundhedsvæsen, er LEAN en metodisk tilgang til udvikling og optimering og re-design af processer. LEAN indeholder en vifte af metoder og værktøjer til analyse, kortlægning og løbende forandring af processer. Målet er at eliminere enhver form for spild i betydningen aktiviteter (eller manglen på samme), som ikke skaber værdi for kunden – i dette tilfælde patienterne. Et væsentligt element af spild i sundhedsvæsenet er spildtid i form af unødvendig ventetid.

Sundhedsvæsenet har i varierende grad taget LEAN til sig, og flere informanter beskriver, hvordan LEAN har været et værktøj, de har brugt i forbindelse med implementeringen af pakker:

”Allerede dengang det begyndte at ligge i luften, at der skulle komme pakkeforløb, der begyndte vi med LEAN på CT-funktioner. Vi har hele tiden kunnet opfylde de 48 timer, men det skete på bekostning af andre, og det var en af grundene til, at vi også gik ind i LEAN-projektet og har haft meget fokus på at effektivisere i modaliteterne [billeddannende metoder, red.]” (Ledende overlæge)

Pakkeløb beskriver hvad patientforløb skal indeholde, og hvor lang tid det må tage. LEAN indeholder ikke mål, men er i stedet en metodik, der kan bruges til at nå pakkernes målsætninger med et minimalt ressourceforbrug, så kræftpakkerne ikke bliver indført ”på bekostning af andre” patienter.

Langt fra alle har været bevidste om at bruge LEAN, eller de har et begrænset kendskab til LEAN. Alligevel peger de på LEAN som en inspirationskilde eller betegnelse for det, de har gjort lokalt i forbindelse med udvikling og implementering af pakkeforløb:

”Det er LEAN-tankegangen, kan vi jo se bagefter. Ikke fordi vi nogen sinde har haft en teoretisk tilgang til det. Men vi kan se, at det med at skære omsvøb væk og lade folk bygge imperier bestående af en højtidelig venteliste og et kontor med en sekretær der visiterer, det har vi aldrig tilladt.” (Cheflæge)

LEAN er i den forstand blevet en bred betegnelse for det, oversygeplejersken kalder ”*at strømline forløb*”. At begrebet bruges så bredt kan handle om den megen fokus, der har været på LEAN som metode til at effektivisere processer, hvilket også har affødt en vis kritisk holdning over for LEAN nogle steder.

3.1.4 Sammenfatning af fokus på produktionstid

Hverken LEAN, accelererede patientforløb eller NIP har haft nogen let gang i sygehusvæsenet, og udbredelsen og anvendelsen sker langsomt og som antydnet ikke uden modstand. Afsnittet har også vist, at NIP har måttet slås med manglende og mangelfulde indberetninger som konsekvens af, at det var baseret på ”*frivillighedens princip*”. Og ”*til trods for videnskabelig evidens og gode praktiske resultater har det vist sig vanskeligt at udbrede metoden [accelererede patientforløb, red.] til hele det danske sundhedsvæsen.*” (15)

Men hvorom alt er, så har accelererede patientforløb, NIP og LEAN på forskellig vis været med til at sætte fokus på procestid i relation til patientforløb via begreber som gennemløbstid, spildtid og ventetid. Forskellene mellem de tre koncepter er store, og metoderne såvel som målene er forskellige. Men da pakkeforløb blev vedtaget i 2007, var det ikke noget nyt fænomen i sygehusvæsenet at sætte tærskelværdier for gennemløbstiden af (del)processer i patientforløb, eller at gennemløbstid er én blandt flere faktorer, der er afgørende for kvaliteten af outcome i kliniske processer, eller at det er muligt at arbejde systematisk med løbende forbedringer i enhver organisation for hele tiden at sikre eliminering af spild – ikke mindst spildtid.

Imidlertid startede det nationale arbejde med kræftplanerne et ganske andet sted end spørgsmålet om indhold og tidsmæssig målsætning for kliniske processer.

3.2 Kræftplan I (2000)

På baggrund af offentlig debat om kræftbehandlingens kvalitet og resultater i Danmark nedsatte Sundhedsministeren en kræftstyregruppe i maj 1998 (18). Gruppen bestod af repræsentanter fra ministeriet, Sundhedsstyrelsen, amterne og relevante faglige selskaber. Dens opgave var at udarbejde en national kræftplan med fokus på:

- 1) undersøgelser af kræftforekomst og behandlingsresultater
- 2) en gennemgang af udvalgte kræfttyper
- 3) forslag til forbedring af kræftbehandlingen
- 4) implementering (18).

I juni 1999 udkom en delrapport om udbygningen af strålebehandlingskapaciteten, der anbefalede en massiv udbygning af kapaciteten (65 % i forhold til 1998 niveauet (18)), og i februar 2000 lå den første nationale kræftplan færdig. Rapporten "*National Kræftplan. Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen*" (18) konkluderer, at antallet af kræfttilfælde stiger med omkring 1 % om året, og sammenlignet med Sverige, Norge og Finland er både kræftforekomsten og dødeligheden højere i Danmark. Årsagerne til den højere forekomst forklares med livsstil: Danskere ryger, drikker og spiser mere end vores naboer. Men forskellene i dødelighed er sværere at forklare: Skyldes det *patient's* og/eller *doctor's delay*³? Skyldes det manglende kapacitet – især på strålebehandling og billeddiagnostisk? Eller skyldes det, at den usunde livsstil reducerer effekten af behandlingen? Kræftstyregruppen kan ikke "*påpege systematiske mangler i sygehusenes indsats*" (18). Alligevel anbefaler den en udbygning af strålebehandlingskapaciteten og kemoterapien samt ressourcer til den kirurgiske kræftbehandling og centralisering af behandlingen. Derudover efterlyses ressourcer til kliniske kvalitetsdatabaser og forskning, og det anbefales at satse mere på forebyggelse, palliation og rehabilitering.

Men kræftplanen rummer også flere eksempler på, at retningslinjer og anbefalinger fra bl.a. Sundhedsstyrelsen ikke følges helt. Fx anførte Sundhedsstyrelsen i vejledningen om specialeplanlægning i 1996, at den thoraxkirurgiske behandling centraliseres til landsdelsfunktion. Alligevel foregår en del af behandlingen stadig på almindelige kirurgiske afdelinger i 2000. Derfor anbefaler Kræftplan I, at man følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger: Altså anbefaling af anbefalinger.

³ Man taler i relation til kræftudredningen om forsinkelse – *delay* – som enten skyldes, at patienterne kommer (for) sent til lægen, også kaldet *patient delay*, eller at lægerne/behandlersystemet reagerer (for) sent på patienternes henvendelser, kaldet *doctors delay*.

Et andet karakteristisk træk er understregningen af, at viden og ressourcer er de væsentligste forudsætninger for forandring og forbedring af indsatsen. Fx påpeges det, at:

”Et forbedret resultat af behandlingsindsatsen er afhængigt af, at primærsektoren identificerer risikopatienter, og at sekundærsektoren har ressourcer til at undersøge dem. Det må forventes, at det fokus på lungecancer, der er sket i faglige kredse med udarbejdelsen af det nationale lungecancerreferenceprogram og med oprettelsen af et nationalt lungecancerregister, vil have en positiv afsmittende effekt på behandlere i såvel sekundær- som primærsektoren og hermed også en parallelt afsmittende effekt på almenbefolkningen, hvor holdningen herhjemme nok i højere grad end i udlandet hidtil har været præget af nihilisme.” (18)

Som citatet illustrerer, ligger der bag mange af kræftplanens anbefalinger og ræsonnementer en antagelse om, at viden skaber forandring (i primærsektoren i dette tilfælde), og at ressourcer (i sekundærsektoren i dette tilfælde) gør det samme. Men planen indeholder ingen overvejelser om, hvorvidt de nuværende ressourcer måske kan udnyttes bedre. Og på trods af at Kræftplan I giver eksempler på, at viden i form af retningslinjer og anbefalinger ikke i sig selv har været nok til at skabe markante forandringer hidtil, indeholder kræftplanen ingen overvejelser om, hvad der skal til for at forbedre kræftbehandlingen ud over viden og penge.

Implementering er ét af de fire hovedindsatsområder i Kræftplan I, men alligevel behandler rapporten stort set ikke emnet. Kræftplanen indeholder en række anbefalinger, men de handler ikke om implementering. Fx anbefaler Kræftplanen, at der nedsættes tværfaglige lokale kræftgrupper inden for de hyppigt forekommende kræftformer. Formålet er at finde arbejdsgange og metoder, der kan øge kvaliteten i behandlingen. Desuden anbefaler rapporten, at alle amter foretager analyser af mulighederne for at optimere opgave- og ressourcefordelingen til de relevante afdelinger. Rapporten anbefaler også at etablere faglige råd i tilknytning til de kliniske databaser, der kan komme med anbefalinger til de behandlende afdelinger. På rehabiliteringsområdet anbefales systematiske erfaringsopsamlinger og evalueringer, og at de nationale myndigheder på den basis opstiller faglige retningslinjer for rehabilitering, ligesom det anbefales at evaluere den palliative indsats.

Anbefalingerne handler således primært om at oprette flere fora og råd, foretage flere analyser og evalueringer og udarbejde flere retningslinjer. Men hvorvidt denne type tiltag leder til implementering i praksis, beskæftiger kræftplanen sig ikke med, på trods af at implementering var et af kommissoriets fire fokusområder.

3.2.1 Evaluering af Kræftplan I

Efter opdrag fra Kræftstyregruppen udarbejder Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV) i 2004 rapporten: *”Evaluering af kræftplanens gennemførelse – Status og fremtidig monitorering”* (6).

CEMTV evaluerer for det første, hvorvidt kræftplanens anbefalinger er implementeret. For det andet giver rapporten forslag til fremtidig monitorering af indsatsen på kræftområdet.

Helt overordnet har evalueringen identificeret fem områder, hvor der kan være behov for en forstærket indsats: kirurgiens organisering, monitorering af kræftområdet, samspil mellem primær- og sekundærsektor, uddannelse og kapacitetsudbygning og -anvendelse (6).

Rapporten er bl.a. baseret på kvalitative interviews med formændene i de lokale kræftgrupper samt en landsdækkende anonym spørgeskemaundersøgelse på relevante afdelinger. I disse undersøgelser begynder man at interessere sig for, hvorfor forandring og implementering ikke sker af sig selv. Ved at lave spørgeskemaundersøgelsen anonym, håber man at få mere indsigt i, hvor

og hvorfor barriererne og problemerne opstår. De interviewede peger på en række barrierer for implementeringen af anbefalingerne såsom mangelfuld evidens for anbefalingerne, mangelfuld efteruddannelse af praktiserende læger og uddannelse af sygehuspersonale og modstand fra lokale sygehuspolitikere. Hermed er evalueringen med til at sætte fokus på, at ressourcer og viden ikke er nok, for at anbefalinger implementeres.

Rapporten konkluderer, at Kræftplan I ikke lever helt op til kravene for, hvad implementering skal bygge på:

”WHO udgav i 2002 en rapport om nationale handlingsprogrammer på kræftområdet. I rapporten opstilles der bl.a. en række krav til, hvad implementeringen af et nationalt handlingsprogram på kræftområdet skal bygge på. Hvis den danske kræftplan sammenholdes med disse WHO-kravspecifikationer, vurderes det, at den danske plan havde for lidt fokus på specielt følgende områder: 1) prioriteringer inden for programmet, 2) nødvendige ressourcer til at implementere programmet, 3) roller og ansvar for de forskellige aktører der skal implementere programmet og 4) indikatorer til brug for monitorering og evaluering af programmet (evalueringsovervejelser bør ifølge WHO indtænkes fra starten af programformuleringen). Dette har haft betydning for muligheden for både at implementere og evaluere programmet.” (6)

For at forstå hvorfor implementeringen halter, er både barrierer såvel som kræftplanens mangler væsentlige. Evalueringen konstaterer således, at:

”Et (...) væsentligt karakteristikum ved den nationale Kræftplan I er, at den ikke er en *beslutning* truffet af en myndighed med hjemmel til dette, men er et sæt af *anbefalinger* til, hvad de myndigheder, som har hjemmel til det, kan gøre.” (6)

En af årsagerne til dette er ifølge en ledende embedsmand, som deltog i arbejdet omkring Kræftplan I, at man på dette tidspunkt ikke ønskede nogen bindende aftaler, da det samtidig ville åbne en diskussion om (flere) ressourcer:

”Jeg var frustreret over, at vi ikke kunne gøre den [Kræftplan 1] mere konkret: At det var de og de målbare mål, vi skulle nå. Men vi kunne ikke komme videre med at få lavet nogle mål omkring, at vi skal gøre det og det imod rygning, vi skal gøre det og det omkring kræftkirurgi, fordi Sundhedsministeriet var imod det, fordi det ville give anledning til en diskussion om penge. Hvis vi sagde, at nu ville vi gøre det og det omkring tobaksafvænning eller diagnostik, så betød det jo, at vi ville sige, at her er en kræftplan, der koster nogle penge. Nu blev det sådan pakket ind, at der skulle ske nogle ting på kræftområdet, og det blev diffust, hvornår vi havde succes, og hvornår vi havde fiasko. Men vi var så også dejligt fri for at diskutere penge.” (Ledende embedsmand)

Hvorvidt denne fortolkning er korrekt, kan dette projekt ikke afgøre. Men citatet viser, at der allerede på dette tidspunkt var centrale aktører, som så et behov for at stille mere konkrete ”*målbare mål*”, og som oplevede anbefalinger som ”*diffuse*”. Men samtidig kan der også have været væsentlige politiske interesser i ikke at gøre planen til bindende beslutninger – andet og mere end ”*et sæt af anbefalinger*”.

3.3 Lungepakken på Vejle Sygehus⁴

”Men der var jo en mønsterbryder i den her periode. I 1999 laver Vejle den første lungepakke, og det er faktisk før, vi får den første kræftplan.” (Ledende embedsmand)

Der er blevet talt og skrevet meget om Vejle Sygehus’ rolle i det danske sygevæsen, ikke mindst i relation til kræftpakker. Dette afsnit handler om Lungepakkens tilblivelse på Vejle Sy-

⁴ Følgende er baseret på interviews med ledende klinikere på Vejle Sygehuse (som det fremgår af oversigt over informanter i Bilag 1: **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.**, s. 69) og på Bilag 6.1. i Kræftplan II om *Erfaringer på Vejle Sygehus* (5).

gehus, hvor den opstod som løsning på et lokalt problem, der imidlertid gjorde sig gældende mange andre steder: lange udredningstider og behandlingstider.

Da de nationale pakkeforløb blev vedtaget, havde hospitalerne i hele Region Syddanmark lavere udredningstider end alle andre regioner⁵. Der var således andre sygehuse end Vejle, som også var hurtige til at udrede kræft. Men Vejle Sygehus skilte sig ud, fordi sygehuset havde udviklet og formidlet en model for udredning af kræft i form af en Lungepakke tilbage i 1999.

I 1990'erne havde man på stort set alle sygehuse problemer med lange udredningstider på kræft, ikke mindst lungekræft. Vejle var ingen undtagelse. Men flere faktorer gjorde, at Lungepakken blev udviklet netop her, og at de centrale elementer i Vejlemodellen blev det standardiserede forløb, det præbookede, tætpackede, ambulante undersøgelsesforløb og den multidisciplinære beslutningskonference.

I Vejle startede processen i forbindelse med forløbsprotokoller for udredning af bestemte sygdomme, bl.a. lungekræft. Standardiseringen af udredningsforløbet var ikke i udgangspunktet koblet til nogen bestemt organisering af processen eller noget mål for gennemløbstid.

Ifølge de ledende klinikere i Vejle skete denne kobling som følge af en bestemt hændelse, nemlig historien om "*målmandens far*", der her er fortalt på basis af artikler (19) og interviews med den ledende radiolog, som dengang var førstereservelæge – og spillede oldboys fodbold:

En holdkammerats far havde fået lungekræft, men da det havde taget over tre måneder at få stillet diagnosen på Vejle Sygehus, var han i mellemtiden blevet inoperabel. Reservelægen gik tilbage og undersøgte forløbet og bragte det op i afdelingen:

"Så sad vi ved morgenkonference, hvor jeg skulle fremlægge dagens kirurgibilleder. Så tog jeg den frem og sagde: 'Prøv lige at se på den her'. Og kirurgen han sad og jamrede og sagde, at det var også alt for tit, det var sådan, men 'Jeg skal jo bare operere på dem, når de er udredt, så det er ikke mit problem, men det er for dårligt'." (Ledende overlæge)

Tilbage på radiologisk afdeling gik snakken videre, og det blev klart, at målmandens far ikke var den eneste, der havde et problem:

"Lynhurtigt viste det sig, at hver uge kunne man finde 3-4 cases mere, der også tog 3 måneder. Vi prøvede at lukke øjnene op for, at det egentligt var træls, at vi lavede alle tingene godt og omhyggeligt, og så endte det dårligt, fordi det tog for lang tid." (Ledende overlæge)

Problemet var ikke kvaliteten af de enkelte undersøgelser men arbejdsprocessen, hvor hver specialist arbejdede individuelt i sit eget system med egen henvisningspraksis, ventetid og svartid:

"Vi laver den ene undersøgelse. Så tænker vi. Så laver vi nummer to. Så tænker vi: 'Det var nok en god idé med nummer tre'. Og så venter vi på svaret. Så laver vi nummer fire. Og når vi så har lavet nummer fem, så tænker vi: 'Nu skal vi også have lavet en vævsprøve.' Når vi når til biopsien [vævsprøven], så har de stort set alle sammen fået lavet alle fem." (Ledende overlæge)

Da forløbsprotokollerne skulle implementeres, opstod der en anledning til at diskutere udredningstiderne og dermed organiseringen af arbejdsprocesserne med sygehusledelsen:

"Vi havde ledelsesrådslagning med sygehusledelsen og røntgenafdelingen, og vi havde fået lavet forløbsprotokollen for lungekræft, hvor sagde jeg: 'Jamen, den virker ikke.' Så tog jeg simpelthen casene frem og sagde, det ikke var godt nok. Det kan vi ikke være bekendt, og så kørte snakken henover bordet. Så kom de forløsende ord – det har garanteret været Per [Askholm Madsen, daværende sygehusdirektør]: 'Så må man jo bare lave alle undersøgelserne på én gang, og så tænke bagefter.'" (Ledende overlæge)

⁵ Ifølge NIP indikator IIIa: "*Andel patienter med afsluttet diagnostisk pakkeforløb senest 28 dage efter påbegyndelsen*" var tærskelværdien i 2007 85 %, landsgennemsnittet var 72,3 % dækkende over følgende spredning: Hovedstaden 72,6 %, Sjælland 75,3 %, Syddanmark 86,8 %, Midtjylland 55,7 % og Nordjylland 59,2 % (20).

Den idé fangede imidlertid ikke umiddelbart an:

"Der vakte voldsomme protester resten af vejen rundt om bordet, men jeg købte lidt idéen og tænkte ved mig selv, at det kunne da godt være, man kunne lave det hele på én gang. Så kom den der tanke ind, at hvis nu vi sørgede for at lave nogen bestemte undersøgelser på dag ét og så tænkte os om, så skulle de derefter ud i tre spor, og så skulle der bestilles tid. Så kom den anden del af pakken: de forhåndsreserverede tider. Så begyndte snakken at køre, og det tog jo en farlig tid at få [x]-afdelingen med. Der er jo en masse mennesker, der skal involveres, og de skal alle sammen afgive deres [ambulante] tider, have låste tomme tider stående, som de først får navn på 2 dage i forvejen. Det er ikke sjovt." (Ledende overlæge)

Men efter "*en farlig tid*", som overlægen udtrykker det, lykkedes det at få lavet en model, som man kaldte Lungepakken. Et centralt element var det standardiserede udredningsforløb, som kom ind via forløbsprotokollerne. De sikrede ikke hurtig udredning, men, som overlægen forklarer, så var "*forløbsprotokollerne forudsætningen for, at man kunne tage stilling til, hvor lang tid forløbene skulle tage. Fordi nu var patienterne færdige, når de var igennem det der. Det kunne man forholde sig til.*"

Reservelægen, som senere blev ledende overlæge på røntgenafdelingen, mener selv, at det var sammenfaldet af forløbsprotokollerne og målmandens fars forløb, som tilsammen gjorde, at Lungepakken på Vejle blev til på dette tidspunkt og fungerede i mange år, inden de nationale pakkeforløb kom til:

"Den der fodboldhistorie var konkret katalysatoren. Men hvis forløbsprotokollerne ikke var blevet lavet, så havde vi ikke haft noget at stille det op på. Men forløbsprotokollerne fjernede ikke den kæde, der hed: henvisning, booking, undersøgelse, svar og konklusion osv. Vi sagde jo: henvisning, 5 undersøgelser, svar og konklusion. Men hvis man ikke havde taget det der møde [med sygehusledelsen], var der heller ikke sket noget." (Ledende overlæge)

Radiologen beskriver således nogle af de centrale elementer, som skabe lungepakken: Der var allerede lavet en skabelon i form af forløbsprotokollerne, så en del af fundamentet for det, der blev til pakken, var lagt. Der var et konkret problem, som var til at forstå: Målmandens far – og mange andre med ham – havde været alt for længe under udredning. Og der var ledelsesopbakning til at finde en løsning. Men der var også et individ, som bed sig fast i problemet og arbejdede på at løse det, hvilket bl.a. en ledende embedsmand uden for Region Syddanmark bemærkede:

"Pakkeforløbene i Vejle startede med, at de havde en af deres diagnostikere, som styrede det: Som tog initiativet, og som reelt var forløbsleder. Det var ham, der gik ind og sagde: 'Nu bliver vi nødt til at have nogle aftaler om, hvordan vi gør det her.' Han påtog sig opgaverne, og var stærk nok til at kunne konkurrere med søjlerne i det der tværgående perspektiv. Vejle er et eksempel på, at vi lever af ildsjæle, som bryder noget ny grund." (Ledende embedsmand)

Lungepakkenes tilblivelse peger på centrale elementer i en organisatorisk innovationsproces, der fører til forandring. Det startede som et enmandsprojekt, hvor en væsentlig del af motivationen var en personlig oplevelse af problemerne med de lange udredningstider. Populært sagt var det et projekt båret af en ildsjæl. Men som "*ildsjælen*" selv pointerer, så var der "*ikke sket noget*", hvis ikke sygehusledelsen havde bakket op om projektet – og som han selv husker forløbet, var idéen faktisk sygehusdirektørens og ikke hans egen.

Vejle Sygehus har haft succes med at få pakkeforløb til at give mening lokalt, med at fastholde og forbedre modellen og med at formidle modellen og dens resultater. I 2007 var Vejle langt hurtigere end landsgennemsnittet mht. at sikre udredning af lungecancer inden 28 dage, som var målsætningen i NIP. I Vejle lykkedes det i over 90 % af forløbene, selvom tærskelværdien kun var 85 % (20). Men lungepakken spredte sig ikke af sig selv:

”Det jo et klassisk problem, som Erik Juul glimrende har beskrevet i sin rundrejse⁶. Det største problem er, at vi er enormt dårlige til at lære af hinanden. Der går enormt lang tid, fra man har noget, som man egentlig godt ved, er det rigtige, til det er ude i hele sygehusverdenen. Man vil hellere tage på studietur til Boston end at tage på besøg i nabo-regionen. Man kunne jo tage til Vejle. Men det gjorde man ikke. Og Vejle var ugleset i mange år, og der var perioder, hvor man nærmest ikke kunne tillade sig at nævne Vejle, for Vejle blev så *hypet*. Men der var ikke nogen tvivl om, at det var fornuftigt, det de lavede. Og alt efterfølgende har jo vist, at de betrødte nogle hensigtsmæssige veje. Det vidste man vel også dengang.” (Ledende embedsmand)

Andre peger på, at der generelt var ”*modstand mod at skulle belæres af lille Vejle*” (overlæge), og at ”*andre sygehuse reagerede kraftigt imod at få ting trukket ned over hovedet*”. Der var meget stor forskel på at være fra Vejle Sygehus, hvor man fandt en lokal løsning, som gav det lille sygehus anerkendelse – og på at være på andre sygehuse hvor man oplevede Vejles pakker og den standardisering af forløb, som de indebar, som dårlig kvalitet: Ord som ”*konfektionsvare*” og ”*standardvare*” blev brugt om Vejles Lungepakke – i modsætning til mindre standardiserede forløb der blev kaldt ”*skræddersyede*”. (Cheflæge)

Holdningerne til lungepakken på Vejle er delte. Men der er stor enighed om, at det er svært at inspireres af andres initiativer i sygehusvæsenet, og at det – sagt med Erik Juhl-rapportens ord – er endog meget svært at lukke ”*the knowing-doing gap*” ad frivillighedens vej. Man vil helst opfinde alle sine egne dybe tallerkner – eller i det mindste sætte sit eget særlige stempel på dem. Det er dog Vejles model for Lungepakken, som senere blev beskrevet i Kræftplan II, som grundlag for anbefalingen af nationale pakkeforløb på hele kræftområdet.

3.4 Kræftplan II (2005)

Kræftplan II ”*Sundhedsstyrelsen anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet*” (3) er ikke udarbejdet af Kræftstyregruppen, som udarbejdede Kræftplan 1, men af Sundhedsstyrelsen.

Hovedanbefalingerne i kræftplan II er øget tobaksforebyggelse, styrkelse af kræftkirurgien, flere MTV'er af kræftlægemidler, forbedret organisering af patientforløbene samt mere generel monitorering af indsatsen på kræftområdet. Kræftplan II anbefaler desuden, at forløbene standardiseres ved at implementere pakker – med henvisning til erfaringerne i Vejle – fordi:

”Erfaringer har vist, at det er muligt at etablere patientforløb, hvor den enkelte patient uden unødige forsinkelser og med en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse tilbydes et ubrudt behandlingsforløb fra almen praksis og videre gennem de involverede sygehusafdelinger.” (5)

Men når det kommer til at skabe konkret forandring via implementering, må Kræftplan II nøjes med håbet om at kunne inspirere:

”Det anbefales, at sygehusledelser og sygehusafdelinger lader sig inspirere af den organisering af standardiserede udrednings- og behandlingsforløb, der beskrives i Kræftplanen.” (5)

I Kræftplan II tages der således mere klart og eksplicit stilling til planens status, nemlig anbefalinger til inspiration, og det påpeges, at der er behov for konkret operationalisering og handling lokalt, hvis anbefalingerne skal have nogen reel virkning på kræftområdet:

”Planen indeholder faglige anbefalinger på en række områder, hvor der vurderes at være behov for en styrket indsats. Anbefalingerne må efterfølgende operationaliseres og omsættes til handling i driftsorganisationerne tilpasset lokale forhold. (...) Muligheden for at opnå forbedringer er afhængig af, i hvilket omfang de opstillede anbefalinger implementeres.” (21)

⁶ Der henvises her til ”*Rundrejse i det danske sundhedsvæsen*” (7), hvor lungepakken på Vejle er behandlet som case nr. 16.

I Kræftplan II gøres det således klart, at Sundhedsstyrelsen ser det som et driftsherrernes ansvar at omsætte og implementere anbefalingerne – men at der skal sættes handling bag ordene.

3.5 Fra sundhedsfagligt til politisk problem

Udviklingen tog fart i 2007. I foråret kom der politisk fokus på konsekvenserne af selv relativ kort ventetid for kræftpatienters liv. Hen over sommeren tiltog debatten, og diverse politiske udspil og markeringer resulterede i en fælles aftale mellem Regeringen og Danske Regioner om nationale kræftpakker i løbet af efteråret.

3.5.1 Ventetid dræber (marts 2007)

Den 6. marts 2007 blev en vigtig dag for kræftbehandlingen i Danmark. Under et møde på Christiansborg arrangeret af Kræftens Bekæmpelse og de Danske Multidisciplinære Cancergrupper (DMCG) fremlagde professor Jens Overgaard dokumentation for, at selv relativ kort ventetid kan have store konsekvenser, fordi tumorer vokser hurtigt⁷. En af de ledende embedsmænd, der deltog, beskriver det således:

”Der var en stor høring på Christiansborg, hvor Jens Overgaard viste sine berømte billeder både af hoved-halskræft, hvor meget det udvikler sig, og hvor meget selv små ventetider betyder for udviklingen af cancer. Det var et rigtig vigtigt foredrag, han holdt der, for der var en masse politikere, der hørte på. Og det var ved den konference, at begrebet akut kræftbehandling blev introduceret. (...) Der er jo tit nogle særlige situationer, der er med til at sparke en udvikling i gang. For det var jo med til at generere en masse debat henover sommeren, hvor en af de mediehistorier der kørte, det var kræftbehandling og kræftområdet.” (Ledende embedsmand)

På det tidspunkt var det syv år siden, at Kræftplan I var blevet lanceret efterfulgt af CEMTVs evaluering og Kræftplan II, og en opfølgning til denne var på vej. Der havde i faglige kredse været megen debat om, hvorvidt de hurtige forløb på Vejle Sygehus var den bedste løsning, og der var stadig ikke enighed om betydningen af behandlingsventetid. En ledende overlæge beskriver, at han oplevede, at der havde været en lidt ”*nihilistisk indstilling*” til patienter med lungekræft, fordi man mente, at man ”*alligevel ikke kunne gøre noget for dem – de skulle alligevel dø*”. Andre beskriver det som en ”*kollektiv sovepude*” og en ”*laden-stå-til*”:

”Man havde en kollektiv sovepude, der hed, at man kan ikke rigtig gøre andet: ’Vi har ikke penge nok, vi har ikke folk nok, vi har ikke teknologi nok. Vi kan ikke rigtig gøre noget.’ Der var sådan en passiv stemning til de der meget lange ventelister. De var der jo i årevis, og det ville jo slet ikke være acceptabelt i dag. Men på det tidspunkt var der jo ikke den store diskussion. Jo, der var jo lidt diskussion hist og pist, men det var ikke sådan, at det virkelig rykkede noget. Kræftområdet har været præget af en overraskende grad af laden-stå-til. Man har igennem mange år kunnet se på de internationale sammenligninger, at det faktisk gik relativt skidt i Danmark.” (Ledende embedsmand)

Men der var nogen, der forsøgte at gøre noget – om end det set i et nationalt perspektiv havde karakter af spredte initiativer ”*hist og pist*”. Et eksempel er denne regionale leder, der med Vejles Lungepakke som eksempel oplevede, at han løb ind i barrierer omkring ressourceforbrug, muligheden for at få tværgående aftaler i stand såvel som opfattelsen af, hvorvidt det nu også var så vigtigt i et klinisk perspektiv at nedbringe ventetiderne:

”De enkelte hospitaler havde flere chancer for selv at gøre noget ved pakkeforløbene, inden der kom en politisk aftale. Jeg var selv ude og snakke med flere afdelingsledelser om pakkeforløbene, men de anså det som urealistisk at organisere arbejdet systematisk på den måde. Af tre års-

⁷ Dokumentationen vedrørte hoved-hals cancer (28).

ger: Den ressourcemæssige udfordring blev opfattet som meget stor og blev også overvurderet. Man havde dårlige erfaringer med at få lavet om på uvaner på tværs af hospitalsafdelinger. Og så var der varierende klinisk opfattelse af vigtigheden. Det skal man ikke underkende: Hvis det fra en klinisk betragtning er lige meget, om patienten udredes på 14 dage eller 6 uger, så vil man ikke lave om på en masse ting for at få det sat ned til 14 dage." (Ledende embedsmand)

Det var særligt opfattelsen af vigtigheden af ventetiden, som Overgaard m.fl.s forskning for alvor fik ændret ved at slå fast, at det ikke var "*lige meget, om patienten udredes på 14 dage eller 6 uger*".

Rundt om på afdelingerne var der også klinikere, som gerne ville ændre ved status quo, men som ikke havde held med det – andre steder end på Vejle⁸. Alle peger de på, at det er meget svært for menige medarbejdere – herunder overlæger – såvel som for afdelingsledelser at mobilisere et hospitalssystem bestående af selvstændige afdelinger – og i et vist omfang også selvstændige overlæger – til tværgående koordineret handling.

En ledende overlæge reflekterer her over sin egen rolle i forløbet. Han kendte tidligt til pakkeforløbene på Vejle og var varm tilhænger af idéen, men sad selv på et stort universitetshospital. Og på spørgsmålet om hvorfor han ikke selv implementerede pakkeforløb, svarer han:

"Jo, men ... jeg ved det ikke rigtigt. Jeg tror jeg var desillusioneret i virkeligheden. Den der kæmpe organisation og kæmpe dyne: Det var simpelthen som at slå i en hovedpude." (Ledende overlæge)

Ikke mindst på de store hospitaler opleves det som meget svært for den enkelte at ændre noget – eller få nogen i tale, som kan medvirke til at ændre noget. Særligt hvis der er tale om processer, der går på tværs af hierarkiets afdelinger og søjler.

Efter Jens Overgaards billedokumentation får såvel fagfolk som politikere dokumentation for, at tid er en afgørende faktor for at forbedre kræftbehandling, og foredraget beskrives af en chef-læge som et "*vendepunkt*" og "*historisk skelsættende*" for kræftbehandling i Danmark. En ledende overlæge, der var til stede, fortæller, hvordan Jens Overgaard viste, at:

"... hver dag i virkeligheden talte. For jeg tror nok, at vi lidt har dækket os ind under, at kræft i virkeligheden er en sygdom, som opstår over en lang periode. Det er ikke sådan noget, der kommer fra dag til dag. Så herreste gud, hvis vi er en små otte dage mere eller mindre om det. Det kan jo være ligegyldigt, når det tager femten år for kræften at udvikle sig. Nu viste han, at sådan forholder det sig ikke (...) Man fik dokumenteret, at de der patientforløb kunne blive rigtig, rigtig lange, og det havde betydning for patienten." (Ledende overlæge)

Konferencen var således med til at fastslå, at tid er en vigtig faktor for kvaliteten af kræftbehandling, fordi ventetid dræber – hurtigere end mange klinikere såvel som embedsmænd og politikere havde troet. Dermed var konferencen medvirkende til at gøre ventetid på udredning og behandling til et problem, som ikke blot var den enkelte overlæges eller leders. Ventetiden blev til et politisk problem, der krævede handling.

3.5.2 Danske Regioners Syvpunktsplan (august 2007)

Efter megen debat om kræftbehandling hen over sommeren 2007 fremlægger Danske Regioner den 17. august 2007 en "Syvpunktsplan for kræftområdet" (22). Planen indebærer, at udredning og behandling af kræft nu skal være akut, hvilket betyder, at udredning skal påbegyndes inden for to hverdage efter henvisning ved såkaldt begrundet mistanke. Varigheden af forskellige kræftforløb kan variere, men fælles er, at kun faglig begrundet ventetid kan accepteres.

⁸ Som beskrevet i indledningen var der også andre hospitaler, der havde lave udredningstider – langt overvejende hospitaler i Region Syd i årene lige op til de nationale pakkeforløb.

3.5.3 Opfølgning på Kræftplan II (september 2007)

Den 12. september 2007 udgiver Sundhedsstyrelsen en opfølgning på Kræftplan II (2) med det formål at evaluere og udvikle kræftindsatsen. På trods af mange initiativer på området konkluderer Sundhedsstyrelsen, at udviklingen går langsomt. For eksempel er Kræftplan IIs anbefalinger om at implementere pakkeforløb kun blevet fulgt få steder.

Opfølgningen anbefaler særligt fokus på seks punkter:

- 1) Pakkeforløb
- 2) Samling af kirurgien
- 3) Implementering af nationale kliniske retningslinjer
- 4) Monitorering af indsatser og resultater
- 5) Sammenhæng i forbindelse med sektorovergang
- 6) Øget tobaksforebyggelse

Imidlertid lægges der vægt på én samlet anbefaling, som vedrører samtlige fokuspunkter: *"Større ledelsesmæssigt fokus på alle niveauer"*. Der efterlyses systematisk ledelse, som kan *"formulere få, men forpligtende mål."* (2)

Opfølgningen refererer til Erik Juhls *"Rundrejse i det danske sygehusvæsen"* (7), som kort forinden havde sat fokus på, at forandringer i sygehusvæsenet er indlejret i en projektkultur drevet af ildsjæle, men at der mangler systematisk ledelsesopfølgning for at sikre bredere anvendelse om implementering af viden. Mange af de cases, Juhl-udvalgets rapport beskrev, var netop karakteriseret af at være båret af ildsjæle i innovations- og udviklingsfasen, men at udbredelse afhæng af ledelsesopfølgning. Dette var givet også tilfældet for rapportens case nr. 16, som omhandlede Lungepakken på Vejle Sygehus. Det er kort sagt ikke nok at have *viden* om, hvad der virker – det kræver ledelse at *gøre* viden til virkelighed. Opfølgningen peger på det samme grundlæggende problem som Juhl-udvalget *gør*:

"Rigtig mange steder arbejdes der med nye projekter og nye organiseringer, men projekterne bliver sjældent bearbejdet og omsat til nye organiseringer, retningslinjer eller lignende ... Ledernes udfordring er at sikre, at gode ideer og erfaringer bliver bearbejdet og omsat til nye organiseringer og indsatser. Det forudsætter ledelseskraft og vilje til nytænkning." (2)

Samlet set er der sket et væsentligt skred i synet på de grundlæggende problemer på kræftområdet og dermed også de relevante løsninger. Kræftplan I peger groft sagt på behovet for mere viden og flere ressourcer, mens vi med opfølgningen til kræftplan II 8 år senere ser et helt andet fokus på *"ledelseskraft og vilje til nytænkning."*

Begge kræftplaner skal komme med forslag til forbedring, men der er stor forskel på tilgangen til den opgave: Hvor Kræftplan I stort set ikke forholder sig til implementering og påpeger behov for ressourcer på alle områder samt anbefaler flere udredninger og evalueringer, pointerer Kræftplan II, at implementering er et helt centralt tema. Kræftplan II peger på, at en del forbedringer kræver interne organisationsændringer – ikke eksterne ressourcer. Hvor Kræftplan I ikke havde *"kunnet påpege systematiske mangler i sygehusenes indsats"* (1), peger Kræftplan II på, at diagnostiske udredninger og behandlinger bør tilrettelægges i standardiserede forløb (pakker). Pakkerne omhandler diagnostik og udredning i hospitalsregi og peger således i høj grad på, at sygehusenes indsats kan forbedres. Pilen peger i høj grad indad.

Desuden forholder Kræftplan II sig skeptisk til den handlingslammelse, som årelange "alt andet lige"-evalueringer kan medføre:

”Samtidig bør man ikke vente flere år, som der ofte lægges op til i evalueringsplaner, før man vurderer, om der blev opnået effekt af indsatsen. Det afgørende er løbende at monitorere, om udviklingen går i den ønskede retning – fx om der sker et fald i dødeligheden som følge af tarmkræft – så man om nødvendigt kan justere indsatsen.” (3)

Dermed er attituden til viden en anden: Fra at efterlyse en videnskabelig tilgang til (ofte længelevende) forskningsprojekter fokuseres der nu mere på løbende monitorering af nøgletal som grundlag for løbende justering af indsatsen.

I Kræftplan I gøres der flere steder opmærksom på, at tidligere anbefalinger ikke er fulgt i praksis – hvorfor man gentager anbefalingen. Men fordi Kræftplan I ikke forholder sig til implementeringen, er der her ingen overvejelser om, hvad årsagen er til, at anbefalingerne ikke er blevet fulgt i første omgang, eller hvorvidt en gentagelse af anbefalingerne vil have nogen effekt. Således indeholder anbefalingerne i Kræftplan I ikke overvejelser om ledelsesmæssige aspekter som implementering. Kræftplan II indeholder også mere eksplicitte overvejelser om rollefordelingen og stiller dermed klare forventninger til driftsherrerne om at tage ansvaret for at omsætte og implementere anbefalingerne.

Alt i alt er der sket en markant bevægelse i tilgangen i kræftplanerne over perioden, og opfølgningen er udtryk for dette skift, hvor ikke mindst Juhls rundrejse og de manglende resultater af de to kræftplaner er med til at sætte fokus på ledelse og behovet for at kunne sætte ”*få men forpligtende mål*” som den afgørende parameter i forhold til at sikre varig forandring og forbedring på kræftområdet.

3.5.4 Danske Regioners plan for ”Kræftbehandling uden ventetid” (september 2007)

To uger efter opfølgningen på kræftplan II udsender Danske Regioner d. 27. september 2007, en handlingsplan for, hvordan kræftbehandlingen skal gøres akut, og der skal implementeres pakkeforløb for de forskellige kræftformer. Planen er at starte med fire kræftformer: hoved-halskræft og lungekræft fra d. 1. oktober 2007, tarmkræft fra d. 12. november 2007 og brystkræft inden udgangen af 2007. Med tiden skal pakkeforløbene udvides til at dække alle kræftsygdomme og på sigt alle livstruende sygdomme. Der lægges i planen vægt på, at der er tale om en lokal opgave, idet de fem regioner har forskellige forudsætninger for at implementere pakkeforløbene (23).

3.5.5 Politisk indgreb: Pakkeforløb for samtlige kræfttyper (oktober 2007)

”Regeringen afsatte for år tilbage puljer for at fremme den tanke, man har udviklet på bl.a. Vejle Sygehus, med at lave diagnostiske pakker. (...) Men at vi har gjort det godt, og at udviklingen går den rigtige vej, er jo ikke det samme, som at det ikke kan gøres bedre. Det er jo baggrunden for, at vi nu siger: ’Vi har tabt tålmodigheden, nu skal vi have akut og resolut handling, og vi skal have diagnostiske pakker på samtlige kræftdiagnoser.’ De skal ikke vokse frem ad frivillighedens vej, de skal planlægges centralt, og regionerne skal forpligtes på at implementere dem i løbet af 2008.” (Lars Løkke Rasmussen) (24)

Regeringen beslutter, at alle patienter med livstruende kræft eller mistanke om kræft skal udredes og behandles akut, og det skal ske ved at udarbejde pakkeforløb for samtlige kræfttyper. D. 12. oktober 2007 indgår Regeringen og Danske Regioner ”Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter” (1). Ifølge den skal der ske en fuld udbredelse af pakkeforløb – såvel geografisk som på kræftformer.

I aftalen indgår flere delmål og konkrete tidsfrister: Således skal pakkerne vedrørende hovedhals-, lunge-, tarm- og brystkræft være beskrevet inden udgangen af 2007, og der er sat dead-

lines for de øvrige kræftformer i 2008. Hertil kommer, at når et pakkeforløb er beskrevet, skal det implementeres lokalt inden for tre måneder.

For at sikre fremdriften i processen nedsættes en Task Force for kræftområdet med deltagelse af regionerne, Danske Regioner, KL og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (25).

Sundhedsstyrelsens daværende direktør oplevede forløbet således:

”Statsministeren kom hjem fra sommerferien og sagde: ’Nu sætter vi dagsordenen for efteråret.’ Det gav den officielle blåstempling af den debat, som så havde været hen over sommeren, som havde meget at gøre med Jens Overgaards oprindelige oplæg på Christiansborg. Og så kommer aftalen efterfølgende. Plus at vi jo på det her tidspunkt har været langt inde i nogen debatter – også med ministeriet – om Kræftplan II: Hvad skal vi gøre? For vi kan jo godt se, at det her ikke er godt nok. Det trænger simpelthen til et stærkt centralt initiativ. Vi har haft Kræftplan I, og Kræftplan II går jo grundlæggende ud på at udbygge Kræftplan I og så sige: ’Gør nu som vi skrev i Kræftplan I.’ Og evalueringen af Kræftplan II viser jo også, at man ikke er nået så langt. Så der var behov for et centralt politisk initiativ.” (Direktør i Sundhedsstyrelsen)

Som det fremgår af citatet, var der flere ting på spil, som tilsammen skabte fundamentet for et politisk initiativ om at indføre nationale kræftpakker – blandt andet Jens Overgaards billeddokumentation og de hidtidige kræftplaners begrænsede effekt på kræftbehandlingen.

3.6 Sammenfatning: Fra anbefalinger til topstyring og ufravigelige krav

Kapitlet har vist, at der er sket en markant udvikling, fra den første Kræftplan blev lanceret frem til indgåelsen af aftalen om pakkeforløb – ikke blot i indhold, men også i forandringsgenre og retorik.

- Kræftplan I: Anbefalinger af viden, penge og flere anbefalinger

Kræftstyregruppens nationale Kræftplan skulle beskæftige sig med implementering, men forbigår stort set emnet. Der peges på behovet for mere viden og flere ressourcer, uden at det egentlig diskuteres, om – og i så fald hvordan – viden og penge i sig selv skaber de ønskede forandringer.

- Kræftplan II: For nu at blive lidt mere konkret: Hvad skal der til!?

Med Sundhedsstyrelsens Kræftplan II har man nu forladt tanken om, at der ikke kan påvises mangler ved sygehusbehandlingen, og pakkeforløb anbefales. Pakkeforløbene er en realitet på Vejle, og man sætter sin lid til, at de vil spredes via anbefalinger og inspiration. Kræftplan II gør det meget klart, at der er tale om anbefalinger til inspiration – det er den rolle Sundhedsstyrelsen kan indtage i forhold til driftsherrerne, som har det driftsmæssige ansvar.

- Opfølgning på Kræftplan II: Viden og penge er ikke nok – behov for ledelse og forpligtende mål

Sundhedsstyrelsens opfølgning på Kræftplan II sætter et meget klart fokus på behovet for ledelse – på alle niveauer – og for et skift fra anbefalinger til få, men forpligtende mål.

- Aftale om pakkeforløb: Så er det alvor!

Kort efter indgås politisk aftale om kræftpakker. De forgangne år har der været udarbejdet planer, evalueringer og opfølgninger med hver deres sæt af anbefalinger. De har ændret fokus fra efterlysning af mere viden og flere ressourcer, til et mere eksplicit fokus på barrierer for forandring og forudsætninger for forandring – ikke mindst ledelse.

Dette er begrundelsen for det skift, der sker med vedtagelsen af pakkeforløb. Alle de tidligere anbefalinger, retningslinjer og rapporter har håbet på at kunne forandre. Der har på forskellig

vis været tilført flere midler til området. Strategien har overordnet set været baseret på en antagelse om, at viden spredtes og implementeres i sundhedsfaglige systemer, at man skulle overlade ledelsen af driften til driftsherrerne, og at forandring bedst sker ad frivillighedens vej. Aftalen om pakkeforløb bryder med denne traditionelle forståelse af forandring i sundhedsvæsenet. Anbefalinger er erstattet med krav. Aftalen er således det første dokument i denne række af rapporter, som ikke anbefaler noget: Den beordrer. Som ministeren udtrykte det: *"Vi har forladt frivillighedens vej"*.

4 Fra papir til praksis: Konsekvenser af pakkeforløb

Nationale kræftpakker blev en realitet i løbet af 2008. Men hvad skete der i praksis ude på afdelingerne, da pakkerne skulle implementeres i hverdagen? Hvilke udfordringer og dilemmaer stillede det medarbejdere og ledere overfor? Og hvilke konsekvenser har det fået?

Dette kapitel ser nærmere på den lokale implementering af pakkeforløb i praksis på de undersøgte hospitalsenheder. Afsnit 4.1. omhandler konsekvenserne for kapaciteten såvel som kapacitetsudnyttelsen og stiller spørgsmålet, om pakkeforløb giver mere – eller måske ligefrem mindre – arbejde, og hvad der betinger dette. Afsnit 4.1.6 undersøger, hvilke konsekvenser de organisatoriske ændringer har for lægerollen, særligt i forhold til lægernes frihed og (sam)arbejdsformer. Afsnit 4.3 omhandler konsekvenserne for patienterne – set gennem klinikerenes og lederes øjne. Det skal understreges, at denne rapport undersøger organisatoriske konsekvenser af kræftpakker, og at der ikke indgår patienter eller andre former for patientdata. Kapitlet afsluttes med en sammenfattende diskussion i afsnit 4.4.

4.1 Konsekvenser for kapacitetsudnyttelsen: Mere eller mindre arbejde?

Pakkeforløb skaber nye rammer og betingelser for arbejdet, og derfor påvirker de organiseringen på en række områder. Nogle steder har man fokuseret snævert på udelukkende at implementere pakkerne i den eksisterende organisation. Andre steder har man set pakkerne som en anledning til større ændringer:

”Jeg tror mange ledelser har set det lidt som en hjælp til at få effektiviseret nogle forløb, hvor de selv har tænkt, ’Hvad er det lige, der skal til, for at der kommer et større drive på de udredningsforløb?’ Og det er jo en kultur, hvor, hvis der ikke på en afdeling er nogle ildsjæle, som har en vis magt, det så kan være svært at ændre nogen ting. Så jeg tror, det var meget velkomment, at kræftpakkerne kom.” (Overlæge)

Men ikke alle har set pakkerne som en hjælp til at få skubbet på en effektivisering af forløb og ændring af arbejdsgange. Og selvom pakkerne alle steder har betydet ændret arbejdsorganisering, er der stor forskel på, hvor gennemgribende ændringer der er foretaget. Det er en af årsagerne til, at der er stor uenighed blandt informanterne om, hvorvidt pakkerne giver mere eller mindre arbejde. Flere spørgsmål presser sig på: Hvordan påvirker kræftpakkerne henvisningsmønstret? Giver pakkerne mere eller mindre rationel produktion? Hvordan håndterer man løbende udsving i patientindtaget? Og hvordan påvirker pakkerne prioriteringsproblemer i relation til andre patientgrupper? Spørgsmålene behandles efter tur.

4.1.1 Giver kræftpakker flere henvisninger?

Kræftpakker kan have konsekvenser for kapaciteten, hvis de forårsager et indikationsskred, som betyder, at flere patienter henvises til udredning for kræft og dermed skaber en højere aktivitet. Blandt informanterne er der meget delte meninger om pakkernes påvirkning af antallet af henvisninger. Det har ikke været muligt at finde tal for udviklingen i antallet af henvisninger på de enkelte sygehuse. Nogle informanter oplever et større indikationsskred, andre en svag stigning i antallet af henvisninger og nogen slet ingen aktivitetsstigning, som disse tre citater fra tre forskellige matrikler illustrerer:

”Vi laver flere undersøgelser end for 5 år siden, fordi tærsklen for opmærksomheden på lungecancer er så meget lavere nu. Dengang havde vi 130-160, sidste år havde vi 190 lungecancerpatienter. Og hvis vi diagnosticerer 180-190 cancerpatienter, så skal vi gange med 3-3,5 for at få det antal patienter, vi skal sluse igennem for at finde dem. Vi får mange flere praktiserende læger, der tænker den tanke [at det kan være lungekræft], og på den måde er henvisningsfrekvensen øget.” (Overlæge, lungemedicin)

”Forbigående kommer der en stigende aktivitet, når du skal ned på de korte ventetider, men den er næsten ikke til at mærke. På langt sigt giver det en aktivitetsstigning på måske 3-5 %. Men gevinsten i at drive det her rationelt overstiger langt de 3-5 %. Så må man kigge tilbage på, om den permanente stigning, der kommer, er en gevinst. Efter min mening, ja. Argumentet er de små tumorer, som vi finder på den måde.” (Cheflæge)

”Det kræver ikke mere kapacitet, end det har gjort tidligere. Det er det samme antal patienter, vi ser.” (Chefsygeplejerske)

Hvorvidt kræftpakkerne genererer mere aktivitet og dermed lægger beslag på mere kapacitet afhænger af, om antallet af henvisninger stiger. Imidlertid har det ikke været målet med dette projekt kvantitativt at undersøge udviklingen i henvisningsmønstret, og derfor er det ikke muligt at be- eller afkræfte et indikationsskred. Hvorvidt den stigning i henvisningsfrekvens, som fx lungemedicineren i citatet oplever, skyldes kræftpakker, kan heller ikke afgøres.

Et afledt spørgsmål er, hvorvidt en stigning i antallet af henvisninger giver overflødig merarbejde – eller om de er en sundhedsmæssig gevinst, som cheflægen i citatet mener, fordi flere tumorer opdages tidligere. Også lungemedicineren peger på, at de finder flere cancertilfælde – ikke kun at de oplever flere henvisninger. Det interviewbaserede datagrundlag i denne analyse kan dog ikke bruges til at konkludere generelt, men vi kan konstatere, at ingen på de 4 matrikler oplever en stigning i henvisninger, som *ikke* fører til, at der findes flere kræfttilfælde.

4.1.2 Giver kræftpakker mere eller mindre rationel produktion?

Kræftpakkernes korte faste svartider påvirker hospitalernes mulighed for at organisere arbejdsprocesser rationelt. Hvorvidt produktionen i praksis bliver mere eller mindre rationel af pakkeforløb afhænger af udgangspunktet for de enkelte afdelinger: En patolog fra et laboratorium, som har effektiviseret deres produktion meget ved at lave store portioner af ensartede analyser ad gangen – ”*store batches*”⁹ – beskriver her, hvilke udfordringer det giver ham, at pakkerne grundet de korte svartider kræver, at han omstiller produktionen til mindre batches med højere frekvens:

”I det her laboratorium har vi været rigtig gode til at lave store batches. Altså kunne lave det effektivt fordi man har kunnet lavet det i store portioner ad gangen: Vi fik en masse prøver ind, så stablede vi dem, indtil vi havde 400 af den type, og så kørte vi dem. Så kunne der godt være gået 3 dage, inden vi havde så mange, og så kørte det. Så fik vi pludselig ordre på, at vi skulle tage dem én efter én [pga. kræftpakkerne]. Vi er nødt til at komme i gang, lige så snart prøverne er i hus, så vi har ikke tid til at samle dem op over 2 dage og så køre dem samlet. Det giver en helt anden arbejdsgang. Der bliver meget mere individuel håndtering.” (Leder af patologisk afdeling)

For denne patologiske afdeling påvirker kræftpakkerne produktiviteten i negativ retning, fordi produktionen skal foregå i mindre batches og dermed bliver mere blandet – set i forhold til udgangssituationen. For andre afdelinger, som i udgangssituationen har været mere præget af blandet produktion og dermed små batches, kan pakkerne give en mere rationel produktion:

⁹ *Batch* betyder ’bundt’ og bruges om bundter af ensartet produktion. Udtrykket bruges ofte i relation til LEAN, hvor størrelsen af bundtet er afgørende for den optimale udnyttelse af kapaciteten. På et laboratorium, hvor der produceres forskellige typer af analyser – og hvor forskellige maskiner har forskellig kapacitet – er det oplagt, at batch størrelse er afgørende.

”De der 18 lungepakkescanninger som man laver mandag formiddag, der kører vi jo 4 patienter igennem i timen. Det er ikke standarden, hvis man kører blandet produktion, men når du kører lungepakke, lungepakke, lungepakke, så kører du meget rationel drift. Og i øvrigt meget rationel og effektiv oplæring af de yngre læger der skal læres op i det på røntgenafdelingen, og dem der laver CT-vejledte biopsier torsdag-fredag, der laver de 2-3 i træk, og det betyder, at mulighederne for at lære op, er hamrende gode. Det er en meget effektiv måde at drive flere forskellige dele af butikken på.” (Cheflæge)

Alt afhængig af afdelingerne udgangspunkt med hensyn til hvor rationel eller blandet produktionen var inden pakkeforløb, kan pakkerne både betyde mere eller mindre blandet produktion og dermed også mere eller mindre rationel produktion. De korte svartider kan således betyde, at afdelinger, der før har samlet til bunke, så at sige, for at lave et mere rationelt produktionsflow, må bryde produktionen op i mindre størrelser igen. Dette kan for nogen specialer betyde andet og mere end ændret arbejdsorganisering, men også et behov for andet apparatur der er bedre egnet til hurtige, små batches. Det skal dog bemærkes, at den nævnte patologiske afdeling var den eneste afdeling i denne undersøgelse, som i udgangspunktet havde så rationelt tilrettelagt en produktion, at de pegede på, at pakkeforløbene ville give dem mere blandet produktion end før.

Men de kortere forløb giver ikke bare mindre batchstørrelse i nogen afdelinger. En lungemediciner oplever en gevinst, fordi patienterne er under udredning i væsentligt kortere tid, og dermed er der færre ”bolde at holde i luften”:

”Vi mærker de positive konsekvenser af pakkeforløbene: Da vi tidligere havde meget lange forløb, gjorde det, at vi samtidig havde ufattelig mange bolde i luften, fordi patienterne var tilknyttet vores udredning i så lang tid. Det, vi kan se nu, er, at hvert forløb tager kortere tid, og på en måde har vi også lidt rationaliseringsgevinst i det. Vi kan kompensere for, at vi faktisk ser flere patienter [som følge af flere henvisninger til denne afdeling].” (Overlæge, lungemedicin)

Et sidste aspekt af rationel produktion og pakkeforløb handler om standardiseringens pris: Når man laver et fast undersøgelsesprogram til alle, vil der i nogen tilfælde blive foretaget undersøgelser, som viser sig at have været unødvendige. Alle prøver at undgå dette, og flere af informanterne taler om behovet for at kunne individualisere forløbene. Men samtidig peges der på, hvilke fordele standardiseringen rummer for produktionen – ud over at patienterne kommer hurtigere igennem udredningsforløbet, hvilket er det primære formål. Et eksempel fra radiologien:

”Nogen har tænkt for meget i effektiv ressourceudnyttelse og har fuldstændig blindt sagt, at ’Vi ikke kan lave 100 undersøgelser, hvis det bagefter viser sig, at 2 af dem var unødvendige.’ Vi siger, at det ikke gør noget, for vi kan lave 100 undersøgelser på den halve tid af, hvad man kan lave de 98 [individualiserede] på.” (Ledende overlæge)

Overlægen påpeger, at når produktionen kommer op i en højere volumen, så følger der så mange stordriftsfordele med, at det stadig er rentabelt, selvom der laves flere unødvendige undersøgelser¹⁰.

Spørgsmålet om, hvorvidt kræftpakker giver anledning til mere eller mindre rationel produktion på den enkelte afdeling – og dermed om de binder eller frigør kapacitet – handler således om, hvor systematiserede opgaverne var før implementering af pakkeforløb. Samlet set fjerner pakkeforløbene en del opgaver, idet der ikke længere tilrettelægges individuelle udredningsforløb. Standardiseringen har således fjernet kæden med henvisning ⇒ booking ⇒ undersøgelse ⇒ svar ⇒ konklusion for hver enkelt undersøgelse i en udredningsproces. Det giver samlet set væsent-

¹⁰ Det er væsentligt at skelne mellem de diagnostiske specialer. Radiologen laver undersøgelser, som ikke er den store gene for patienterne. Det samme kan ikke siges om andre typer af diagnostik, fx vævsprøver (biopsier). Derfor kan der være betydelige gener forbundet med det set fra patientens perspektiv inden for andre områder end det radiologiske.

ligt færre boldberøringer, en lavere organisatorisk kompleksitet og ”færre bolde i luften”, som en lungemedicinsk overlæge formulerede det. Samlet set peger informanternes udsagn på, at pakkeforløb rummer potentiale for en mere rationel produktion for det samlede udredningsforløb på tværs af afdelinger, om end der for enkeltafdelinger kan være negative påvirkninger, fordi de korte svartider kan betyde mindre batches og dermed mindre rationel produktion.

4.1.3 Hvordan håndteres udsving i patienttallet?

”Alle var indstillede på, at det her det skal bare fungere. Men mange havde svært ved at se, hvordan får vi det til at fungere? De går til lægen i dag og kommer til os i morgen: Hvordan er det lige vi gør det? Og tænk hvis nu der kommer 8 nede ved lægen i dag og 3 i morgen? Hvordan er det lige, vi får os planlagt ud af det?” (Oversygeplejerske, lungemedicinsk afdeling)

Den ledelsesmæssige udfordring ved pakkeforløb er ikke blot at leve op til selve skal-opgaven i form af pakkernes indhold af undersøgelser og behandlinger inden for de fastsatte tidsfrister. Udfordringen er samtidig at få ændret organiseringen af arbejdet, så det bliver muligt at sikre en høj kapacitetsudnyttelse på trods af de udfordringer, som korte svartider kombineret med udsving i patienttallet giver. Spørgsmålet bliver således:

”Hvordan kan man lave en organisering, der i højere grad matcher fluktuationerne i patient in-flowet, frem for bare at gøre mere af det man plejer? For det er akutte og ikke elektive patienter, man har med at gøre, men man organiserer, som om det var elektive patienter: Man laver et lukket ambulatorium, og det kræver ekstra lægeressourcer.” (Overlæge)

Overlægen påpeger, at det kræver en anden form for organisering at varetage en akut opgave effektivt. Og hvis man blot udbygger det ambulante system, man kender, og laver endnu et lukket ambulatorium, så falder kapacitetsudnyttelsen, og det binder flere ressourcer som i dette tilfælde:

”Lungecancerpakken koster ekstra ressourcer, fordi speciallægerne hele tiden skal sidde klar. De skal hele tiden booke en speciallæge på fuld tid hver dag til at tage sig af lungecancer. Før kunne man skubbe patienterne nogle dage. Men det kræver ekstra speciallægetid, at de nu skal sidde klar hele tiden.” (Ledende overlæge)

Udfordringen er, at flowet af patienter ikke er jævnt, og de kommer lidt i klumper: Gennemsnitligt er der fx 14 patienter – men hvad gør man så de dage, der kun kommer 10, hvis man har speciallæger og undersøgelsestider klar til 14? Går kapaciteten til de 4 sidste til spilde? Og hvad så når der er 17? Sætter man så 3 på venteliste? Denne opgave er svær at løse effektivt i et vanligt lukket ambulatorium egnet til elektiv produktion. Udfordringen er nemlig både at leve op til skal-opgaven og sikre høj kapacitetsudnyttelse ved at undgå uudnyttet overkapacitet. Lokalt er der fundet meget forskellige løsninger på disse udfordringer.

4.1.3.1 For få patienter: Uudnyttede tider?

For at undgå uudnyttede tider når der henvises færre patienter end gennemsnitligt, er det væsentligt at have et system, der sikrer, at de for-bookede tider, som de akutte kræftpatienter ikke bruger, bliver frigivet tid nok til, at andre kan bruge dem:

”Vi har booket tider til alle undersøgelser, og det gør også, at der ikke er ventetider på dem. Men det gør jo også, at vi så skal afbestille dem inden et bestemt tidspunkt, hvis vi ikke bruger dem, således at de kan bruges til andre formål.” (Overlæge, lungemedicin)

Dette kræver flere ting: For det første at der er andre patienter, som skal ses af de samme specialister, og som ikke er i pakkeforløb, så afdelingerne må lave ventelister for dem, og at der er nok af dem, som er villige til at springe til, når en ledig tid opstår med (meget) kort varsel:

”En række patienter står og venter på at komme til forundersøgelser. De er jo også meget villige til at komme ind med kort varsel. Så når vi kan se, at den tid i ambulatoriet der egentlig var dedikeret til cancerpatienterne, den er der ikke henvist nogen til, jamen så kan man jo med relativt kort varsel – i nogle tilfælde timer – kalde patienter ind til en ledig tid, sådan at man får udnyttet den.” (Cheflæge)

For det andet kræver det, at organiseringen fungerer effektivt: At få ”*låst tiderne op*” på rette tid – så sent at ingen kræftpatienter risikerer at vente – men tidsnok til at det lykkes at bruge kapaciteten på andre. Her peger flere (læger) på det store arbejde, der udføres af sekretærer og sygeplejersker:

”Oversygeplejersken på røntgenafdelingen er et unikum til at finde at de pakketider, som ikke bliver brugt, og få kaldt andre patienter ind, og så får man en effektiv kapacitetsudnyttelse. Der er ingen tvivl om, at der spiller sygeplejerskerne en stor rolle.” (Cheflæge)

Det kræver, at der både er nogle typer patienter, der kan fungere som buffere, der står på venteliste og kaldes ind med kort varsel, såvel som det kræver en praktisk organisering, der skaber fleksibilitet og kan fungere med korte varsler og små marginaler, hvis kapaciteten skal udnyttes effektivt. Dette kræver noget andet end det klassiske elektivt orienterede ambulatorium.

4.1.3.2 For mange patienter: Overkapacitet, ventelister eller ”bordrydningstillæg”?

For mange patienter – i forhold til den reserverede kapacitet – er også en udfordring. En måde at møde den på er ved at lave overkapacitet:

”I starten var der en vis negativ holdning til kræftpakkerne. (...) Vi skulle have en rimelig stor ledig kapacitet for at kunne holde patienter inden for de regler, der nu er givet. (...) Det ville komme til at gå ud over andre patienter end kræftpatienter.” (Cheflæge)

Som citatet antyder, så var overkapacitet mange steder det første og umiddelbare løsningsforslag på den udfordring, som de korte faste svartider rummede for organisationerne. Antagelsen er, at den eneste løsning er at udvide den faste kapacitet frem for at skabe en mere fleksibel kapacitet, så kapacitetsudnyttelsen ikke falder. Fra første til anden interviewrunde ses en udvikling i holdningen blandt interviewpersonerne, og i anden runde arbejder ingen længere med ledig overkapacitet som permanent løsning.

En anden metode til at håndtere for mange patienter er at oparbejde ventelister. Denne løsning er selvfølgelig problematisk i forhold til de faste svartider, men ikke desto mindre er det et problem, der opstår i praksis, som denne ledende overlæge forklarer:

”Pludselig hører jeg, at de opretter ventelister. Hvis der kom 12 den ene uge, så var det sådan, det var, og man havde ikke regnet med, at der kom 14, for så lavede man en venteliste. Men vi kan ikke have ventelister i et pakkeforløb. Så duer det ikke mere. Det er jo det, man har lavet hele pakkeforløbet for, det er imod hele ånden.” (Ledende overlæge)

En tredje metode er det, man i en region kalder *bordrydningstillæg*, som er en forhandlet løsning på det fleksibilitetsbehov, der opstår som konsekvens af fluktuationerne i patientindtaget kombineret med de korte svartider. Og som det fremgår af citatet, er det et modtræk til det, man kunne kalde *beredskabsløsningen*, som er den faste overkapacitet:

”Nogle steder var tænkningen: ’Så må vi jo sikre, at der er overkapacitet på alle dimensioner ved at lave beredskaber. Så er vi altid sikre på, at vi har plads til, at patienterne kan komme hurtig til.’ Og der sagde vi, at det er fuldstændig uacceptabelt i et sundhedsvæsen, der mangler arbejdskraft, at der skal stå ledig kapacitet. Derfor har vi forhandlet nogle centrale aftaler med Dansk Sygeplejeråd og med FAS, om det vi kalder bordrydningstillæg. Dvs. at et antal gange om ugen er der en, der får et tillæg for at blive, indtil han er færdig med at udrede de patienter, der er kommet ind.” (Ledende embedsmand)

Bordrydningstillægget er et eksempel på, hvordan man i et overenskomststyret system med relativt faste arbejdstider forsøger at skabe mere fleksible arbejdsformer.

Overordnet set kan patientudsving håndteres på to måder: Ved at udvide en elektiv produktionsform og skabe overkapacitet – 'beredskabsløsningen' – eller ved at finde metoder som på forskellig vis indarbejder en vis fleksibilitet i systemet. Undersøgelsen har dog ikke fundet nogen matrikler, som havde foretaget en mere grundlæggende omlægning af den traditionelle udbudsstyrede drift (også kaldet *push* idet man så at sige skubber ydelser gennem organisationen), til mere fleksibel efterspørgselsstyret drift (også kaldet *pull* idet ydelserne så at sige trækkes af patienternes behov). Det beskrevne bordrydningstillæg er dog et skridt i retning af en mere pull-orienteret drift.

Metoden med at oparbejde ventelister falder så at sige uden for kategori, idet det ikke er et eksempel på en måde at løse på udfordringen. Det er et eksempel på, at udfordringen grundlæggende set ikke løses.

4.1.4 Nøglen til kapacitetsudnyttelsen ligger i detaljen – og i medarbejderinvolvering

Implementeringen af pakker handler om at få skabt effektiv organisering af en akut og fluktuerende opgave. Det kræver fleksibilitet, hvis ikke dyr overkapacitet skal være svaret. For at det kan lykkes, er der mange detaljer og arbejdsprocesser, som skal reorganiseres, så det samlet set giver optimale forløb på tværs af afdelinger. Det nødvendiggør involvering af mange interessenter, som alle har del i arbejdet, og som har indgående og afgørende viden om de praktiske detaljer. Derfor har medarbejderinvolvering flere steder været fremdraget som nøglen til at sikre kapacitetsudnyttelsen:

"Vi er nødt til at samle samtlige samarbejdspartnere, der ved noget om det [lungekræftudredning]. Det er afgørende både at have ledelsesrepræsentanter, og folk der ved noget om det, så man kan få aftalt helt konkret, jamen, hvad er det, der skal ske fra dér til dér. Sådan så at både dem, der scannede, og dem der stak, og dem der bookedede, og dem der tog telefonen, har været repræsenteret. Både læger og sygeplejersker og sekretærer og det er faktisk ikke ret tit, man gør det, når man nedsætter nogen til at gøre noget. Så nedsætter man en styregruppe af ledere, og så uddelegerer man til nogle arbejdsgrupper. Men de der arbejdsgrupper de har ikke mandat til at sige, at sådan skal det være. Så det [implementeringen af kræftpakker] har nok været specielt på den måde, at der har været både ledere og de folk, der arbejder med det – og fra alle interessenter." (Overlæge)

Kræftpakkerne er således helt afhængige af ledernes evne til at motivere og involvere medarbejderne i at finde praktiske løsninger og reorganisere arbejdsgangene. Fx nævner en anden ledende overlæge på et andet hospital "*en radiograf, der pludselig kunne finde en anden måde at lave tingene på og var yderst behjælpelig*", som forklaring på at en håndknude blev løst.

Hvis pakkeforløb skal fungere, skal alle tandhjul, så at sige, gribe gnidningsfrit ind i hinanden. Ledelserne har ikke al den detaljerede praktiske viden om hverdagens arbejdsorganisering, der gør, at de kan designe arbejdstilrettelæggelsen, så den bliver optimal. Det kræver inddragelse af medarbejdere fra alle led i processen, som citaterne illustrerer. Det afgørende i relation til ledelse af pakkeforløb bliver således ledernes evne til at motivere og involvere medarbejderne i at implementere pakkeforløb og finde lokale løsninger, der både sikrer de formelle krav i pakkerne, men som også sikrer en optimal kapacitetsudnyttelse.

Grundlæggende set er den ledelsesmæssige udfordring i relation til kræftpakkerne ikke kun at leve op til de formelle krav, men også at reorganisere arbejdet så det både lykkes at lave akut udredning uden ventelister, og uden at det går ud over kapacitetsudnyttelsen og dermed andre

patienter, som man må tage kapaciteten fra. Og netop spørgsmålet om (ned)prioritering af (andre) patienter bliver aktuelt, når det ikke lykkes at sikre fuld kapacitetsudnyttelse.

4.1.5 Hvad betyder pakkeforløb for kapacitet og ressourcer?

Det er særligt én af de fire undersøgte matrikler, som oplever, at kræftpakkerne – med fokus på lungepakken – beslaglægger mere kapacitet, og derfor er det også på denne matrikel, at prioriteringsdiskussionen fylder langt mest. Disse to citater stammer fra dette hospital:

”Mange af vores astmapatienter eller patienter med andre lungesygdomme har væsentlig mere behov for at se en læge her og nu, end en patient med en lungecancer, som er gennemmetastaseret på diagnosetidspunktet, og hvor vi ikke har nogen terapeutiske muligheder. Så om det er den rigtige prioritering er tvivlsomt.” (Overlæge, lungemedicin)

”Ved sygdom eller ferie aflyser vi aldrig lungecancer eller blodcancer, men vi kan godt finde på at aflyse arbejds-EKG'er, fordi der ikke er hænder til at lave dem. Så vi mister fleksibilitet pga. cancerpakkerne. Af og til har vi været ude i at måtte aflyse allergi-udredninger, selv om de har stået på venteliste i et halvt år, fordi der ikke er nogen læger til at tage sig af dem. Så de får et halvt års længere ventetid, men det har vi fået at vide, at vi skal. Det synes jeg er svært.” (Ledende overlæge)

Klinikerne på denne enhed forholder sig langt mere kritiske til pakkeforløbene, hvilket de selv kæder sammen med, at de oplever mange negative bivirkninger særligt i form af andre patienter, der må nedprioriteres – og det giver negativ feedback fra patienterne. Klinikere de andre steder peger også på, at kræftpakkerne har bivirkninger i form af længere ventetider for andre typer af patienter om end i et væsentligt mindre omfang:

”Der er så nogle andre patienter, der bliver sat bag i køen i vores dagafsnit. Og vi får mindre overlægestuegang i vores sengeafsnit, fordi der altid skal være en overlæge tilgængelig [til kræftpakken]. Dem der udreder fibrosepatienter og andre slags lungesygdomme, synes det tager for lang tid at få en bronkoskopi. Men vi må jo sige, at cancerpatienterne de skal igennem. Ellers får vi tæsk. Det bliver gjort op, og det kan man jo se sort på hvidt. Når tallene kommer, så ved vi jo, om vi har fejlet, eller om vi har gjort det godt nok.” (Oversygeplejerske, lungemedicin)

”Det er gået ud over nogen. Svartiderne på pakkeforløbene dem overholder vi strikt, for det bliver vi målt og vejret på. Til gengæld: Alle de prøver, som kommer ude fra privatpraksis, de bliver skudt. Så der er nogen, der må vente længere tid på deres svar. Men det var jo også sådan, vi formulerede det i Dansk Patologisk Selskab: 'Det rigtige svar til den rigtige tid.' For det kan godt være, at den rigtige tid er om fjorten dage.” (Ledende patolog)

Begge citater peger på, at monitoreringen af pakkerne og den ledelsesmæssige bevågenhed, de har, er den direkte årsag til, at prioriteringen på kræftpatienterne fastholdes – med konsekvenser for andre. Men patologen peger også på, at (om)prioriteringen ikke nødvendigvis i alle tilfælde er et problem ud fra et fagligt synspunkt, idet nogle patientgrupper kan have mere behov for et hurtigt svar end andre.

Der er også klinikere, der er positive over for pakkeforløbene, men alligevel stiller spørgsmålstegn ved, hvorvidt det er rigtigt at prioritere *alle* kræftformer over *alle* andre sygdomme:

”Som gammel levermand [hepatolog] synes jeg, der er en del af de sygdomme, der er mere hurtigt forløbende og maligne end nogen af kræftsygdommene. Og man har talt om, at de her forløb også kan bremse for andre, så det er svært at få en CT-scanningstid. Vores reumatologer synes, det er vanskeligt, og de har jo svære sygdomme, hvor de ikke kan få foretaget undersøgelser på patienter. Men nu er vi startet et sted, og det er noget, man ønsker at køre videre med. (Ledende overlæge)

Som overlægen påpeger, er kræftpakkerne ”*et sted at starte*” mht. at få pakket komplekse multidisciplinære forløb, så de løses på kort tid. Det har bivirkninger og kræver justeringer løbende.

Samlet set er de bivirkninger, der nævnes i interviewene, få og små i forhold til de fordele, som klinikerne ser særligt i form af kortere og dermed bedre behandling af kræftpatienterne.

Spørgsmålet om konsekvenserne for kapaciteten er nært forbundet med spørgsmålet om ressourcer. Og ligesom informanternes syn på konsekvenserne for kapaciteten er forskellige, så er oplevelsen af konsekvenserne for ressourceanvendelsen det samme. De divergerende oplevelser illustreres af følgende 2 citater, som stammer fra det samme hospital:

”Når man organiserer tingene på den her måde, så kan man godt risikere, at det faktisk bliver billigere, end det vi gjorde før.” (Cheflæge).

”Der mangler penge til pakkerne. Det er nogle store arbejdsgange, man skal lave om, og der kommer flere og flere pakker. Men man går ikke ud og fortæller borgerne, at det er cancerpatienterne, der går forud, når økonomien kradser, og at alle de andre så må sejle deres egen sø. Cancerpakkerne har medført øgede driftsomkostninger i mange år fremover.”
(Ledende overlæge)

Imellem disse 2 yderpoler findes mere moderate synspunkter. Nogen oplever små og midlertidige omkostninger i forbindelse med implementeringen af pakkeforløb i forbindelse med honorering af overarbejde.

Meget tyder imidlertid på, at holdningerne til ressourcespørgsmålet netop er holdninger, mere end det er indiskutable facts. Ressourcetrække t er ligesom kapacitetspåvirkningen bl.a. en funktion af interne organisatoriske og ledelsesmæssige forhold, og ikke nogen direkte funktion af pakkeforløbene i sig selv.

4.1.6 Kapacitetsspørgsmålet mellem politiske forventninger og organisatoriske konsekvenser

Analysen viser, at pakkeforløb opleves at påvirke kapaciteten forskelligt, og at det bl.a. er afhængigt af den valgte arbejdsorganisering og dermed den ledelsesmæssige tilgang at sikre en fortsat høj kapacitetsudnyttelse. Men blandt de institutionelle aktører var udgangspunktet et andet. Således mener Danske Regioner ikke, at opgaven kan løses uden at opbygge bufferkapacitet:

”Regionerne vurderer, at det er nødvendigt at opbygge en større kapacitet for at sikre, at patienterne kan komme til hurtigt. En bufferkapacitet på mellem 20-30 % er en forudsætning for en hurtigere håndtering af kræftpatienterne. Kapaciteten er nødt til at være planlagt ud fra det højeste antal forventede patienter.” (23)

Analysen har imidlertid vist, at nogle regioner, hospitaler og afdelinger har haft en mere innovativ tilgang til spørgsmålet om kapacitet og arbejdsorganisering, hvor bufferkapacitet langt fra er den eneste – endog mest hensigtsmæssige – måde at organisere arbejdet på.

Den fælles aftale mellem Regeringen og Danske Regioner lagde til grund, at aktiviteten ikke ville stige permanent, men kun midlertidigt (pga. pukkelafvikling):

”Patientvolumen vil som udgangspunkt være den samme, men som følge af at patienterne kommer hurtigere gennem sundhedssystemet, vil der være tale om en midlertidig øget aktivitet på kræftområdet.” (1)

Målet har således ikke været en intensiveret indsats med aktivitetsstigning til følge, men i stedet en forbedret og ikke mindst hurtigere indsats – deraf udtrykket ”akut kræft”.

En sidste central forventning til pakkerne var, at de skulle være løftestang for varige effektiviseringer og bedre kapacitetsudnyttelse:

”Anvendelse af pakkeforløb på kræftområdet [skal] bidrage til, at der sker varige effektiviseringer i form af både bedre arbejdstilrettelæggelse og bedre apparaturudnyttelse.” (1)

Der er flere eksempler på, at man med pakkerne netop har forsøgt at opnå denne effekt. Men der er også eksempler på, at pakkerne ifølge informanterne ikke har medført ændring af den eksisterende drift, men i stedet kun en udvidelse af driften med kapacitetsproblemer til følge.

4.2 Konsekvenser for lægerollen

Kræftpakkerne har konsekvenser for alle faggrupper i de berørte afdelinger. Alle involverede medarbejdere oplever nye arbejdsgange og ændrede processer. Men for lægerne er udfordringen større end for andre faggrupper, fordi kræftpakkerne griber ind i deres arbejde og påvirker selve lægerollen mere grundlæggende, end tilfældet er for de andre faggrupper. Derfor fokuserer dette afsnit på konsekvenserne for lægerollen.

Det er dog vigtigt at påpege, at dette fokus på lægerollen ikke forklejner andre medarbejders rolle i kræftpakkerne. Som denne ledende overlæge påpeger, spiller fx sygeplejerskerne en helt central rolle:

”I samme sekund du skal have de forløb til at køre, skal du have sygeplejerskerne ind over dem. Det er dem, der skal styre låsningen af tiderne¹¹, oplåsningen, at patienterne bliver kaldt ind, at flowet kører og patienterne får information. For at sige det kynisk: Når først skemaet er aftalt og kører, så er det sygeplejerskerne, der laver alt det administrative arbejde, det er dem, der skal have fleksibilitet, snuhed, overblik og styring på det. Lægerne stiller sig bare op i et lokale, og så kommer der en patient, og så gør de det, de skal lægefagligt, og så tager de den næste, de får besked på. Jeg er ikke et sekund i tvivl om, at lægerne sidder på bremsepedalen, men sygeplejerskerne sidder på speederen i sundhedsvæsenet. Hvis ikke de er med, så får du ikke styr på tingene. Det skal man give dem.” (Ledende overlæge)

Sygeplejerskerne er således helt centrale. Men pakkerne ændrer ikke grundlæggende ved deres arbejde, rolle eller faglige identitet, om end mange af dem er væsentligt gladere for at arbejde med pakker – og med mere tilfredse patienter – end de var før. Men der er ingen sygeplejersker blandt informanterne, som påpeger grundlæggende ændringer af sygeplejerollen som følge af pakkerne. Det samme kan ikke siges om de lægelige informanter. I citatet beskrives lægernes rolle i pakkeforløb som mere perifer. Men alligevel påvirker pakkerne lægerollen, særligt lægernes faglige frihed, deres muligheder for fri arbejdstilrettelæggelse og i nogle tilfælde også deres samarbejde med læger fra andre specialer. Lægernes faglige identitet og selvforståelse udfordres således mere end andre faggruppers. Derfor er en analyse af pakkernes konsekvenser for lægerollen et væsentligt led i at få en bedre forståelse af, hvilke faktorer der hæmmer og fremmer implementeringen af pakker.

4.2.1 Mindre faglig frihed: Behandlingsvalget begrænses

Som overlægen herover beskrev lægens rolle i pakkeforløb, så stiller ”lægerne bare op i et lokale, og så kommer der en patient, og så gør de det, de skal lægefagligt, og så tager de den næste, de får besked på.” Med den beskrivelse er det let at forstå, hvorfor denne cheflæge – som i øvrigt er varm tilhænger af pakkeforløb – kalder dem ”industrielle”:

”Pakkeforløb er jo en industriel måde at drive produktionen. Det er en standardiseret problemstilling med ensartet præg, som man har et standardiseret svar på. (...) Jeg er intern mediciner og det med, at man industrialiserer produktionen, det appellerer ikke til intern medicin. Det er

¹¹ Blokering af de præbookede tider til (ukendte) kræftpatienter i ambulatorier og til diagnostiske undersøgelser.

jo folk, der har gået rigtig længe i skole og tænkt sig meget om og skrevet lange afhandlinger.”
(Cheflæge)

Cheflægen forklarer videre, at læger, qua deres uddannelse og den metodiske tilgang der er indlejret i den, helst vil forholde sig individuelt til den enkelte patient – på basis af deres brede såvel som dybe faglige viden. Medicinere beskriver ofte deres arbejde som detektivarbejde. Derfor oplever mange, at deres faglige frihed begrænses af pakker, og derfor bliver pakker af mere kritiske læger set som *”konfektion i stedet for skræddersyet”* og *”det kunne man ikke være bekendt at byde patienterne”*, som en cheflæge refererer kritikken. Argumentet er, at den standardiserede *”konfektion”* – i form af pakker – ikke er i patienternes interesse. Cheflægen mener dog selv, at problemet snarere handler om lægernes interesser:

”Det [implementeringen af pakker] var virkelig op ad bakke, fordi du afgiver nogle privilegier.”
(Cheflæge)

Både sammenblandingen af patienternes og lægernes interesser og pakkernes konsekvenser for lægearbejdet og dermed for lægerollen uddybes af en anden lungemedicinsk overlæge i 2 længere citater herunder.

”Vi havde en mistanke om, at der var nogle patienter, der blev undersøgt for invasivt¹² [i pakkeforløb]. Og så er det ikke længere til patientens gode, men til patientens ulempe. Og det er noget, som læger ofte i pakkeforløb vil være kritiske overfor, for vi har som regel en idé om, hvad der for den enkelte patient er den bedste udredningsmetode. Hvis man har indtryk af, at man selv taber styring over patientens gang i de her pakkeforløb, så er det frustrerende. Vi kører ikke et regelret pakkeforløb, vi tillader os at individualisere så meget, at vi også begrænser antallet af undersøgelser. Men det koster selvfølgelig, og derfor ligger vi stadigvæk ret højt inden for de 28 dage. Men det er simpelthen for at undgå, at vi laver for mange undersøgelser, som vi efterfølgende mærker, at patienten faktisk ikke havde gavn af. Vi er nødt til at indbygge plads til individualisering, så vi kan vente på nogle resultater, før vi kører en pakke, som patienten måske ikke har gavn af. Generelt er læger nok lidt kede af at afgive noget af indflydelsen og styringen af patientens vej igennem systemet.” (Lungemedicinsk overlæge)

Overlægen forklarer videre, hvordan pakkerne ændrer hans lægerolle, fordi han ikke længere kan bruge sin faglighed som grundlag for at prioritere patienterne:

”Vi fik lovliggjort den prioritering, at vi kunne sige: ’Det her er en cancerpatient, ergo må den anden patient bare sættes tilbage i køen.’ Og på en måde er jeg jo ked af det, for noget af min leder- og lægerolle er, at jeg på baggrund af patienternes sygdom og forventede behandlingseffekt selv foretager prioritering af, hvor hurtigt jeg ser en patient. (...) Men sådan er lovgivningen, og på en måde slapper jeg lidt af, for på en måde er der jo taget noget ansvar fra mig ved, at man bare topstyrer det.” (Lungemedicinsk overlæge)

Denne overlæge oplever, at der er taget ansvar fra ham, og han kan *”slappe lidt af”*. Men den anden side af den samme mønt er, at der er taget valgmuligheder og dermed også indflydelse fra ham. Det er ikke længere lægen, der træffer valget om, hvad den enkelte patient skal tilbydes, og dermed oplever han heller ikke at det er ham der har ansvaret. Valget er truffet på forhånd og indarbejdet i pakkerne, som han oplever som *”topstyrede”*. Der er mange læger blandt informanterne, som er enige i, at der er sket et tab af indflydelse, fordi lægens mulighed for at prioritere patienter og individualisere forløb er begrænset. Men der er stor forskel på, om lægerne ser dette som et større problem for lægerne end for patienterne:

”Pakken låser jo lægernes ret til at prioritere deres patienter hver morgen, som det passer dem. Det er ikke det faglige, det her. Det er jo kejsrerollen: Jeg bestemmer hver morgen, jeg bestemmer, hvem der trænger mest, jeg bestemmer, hvad jeg vil lave, og det gør vi hver morgen. Så sig-

¹² Et ”invasivt indgreb” er en ”lægelig behandling, som gennembryder kroppens overflade.” (iflg. Politikens store lægebog, 1998) Det kan fx i relation til kræftudredning være metoder til at udtage vævsprøver.

ger vi rundt omkring bordet og siger: 'Nå hvad har vi på programmet, og hvor meget akut er der?' Så tager vi dén og dén, og så indretter resten sig efter det. Det er jo den rolle, der bliver slået i stykker. Det er jo derfor, det gør meget mere ondt, end hvis det bare var et organisatorisk problem. Det er jo et rolleproblem, et kulturproblem. Overlægen der sidder om morgenen og leder og fordeler arbejdet og skærer igennem. Det gjorde ondt. Meget mere ondt end alt det andet." (Ledende overlæge)

Lægernes oplevelser af disse mere grundlæggende ændringer af lægerollen er med til at forme deres syn på pakkeforløb. Ikke sådan at forstå, at de nødvendigvis bliver modstandere – mange af dem, der er skarpest til at påpege kejsrerollens fald, er selv varme fortalere for at indføre pakkeforløb. Men det er vigtigt at forstå, hvad standardisering generelt og pakkeforløb i særdeleshed gør ved lægerne, deres arbejde og deres selvforståelse og deres fagidentitet. Skarpt stillet op kan positionerne opsummeres således: Nogen mener, det er på tide, at "*kejsserollen*" bliver "*slået i stykker*", og at det er til patienternes bedste. Andre mener, at det er en elendig "*konfektionsvare*" der ikke er "*skræddersyet*" til den enkelte patient, at de bliver "*udredt for invasivt*" og at uhenigtsmæssig "*topstyring*" tager "*ansvaret*", "*indflydelsen*" og "*styringen*" fra lægerne.

Blandt informanterne er der langt flere tilhængere end modstandere af kræftpakker, om end det er mindre interessant, om relativt få læger i denne undersøgelse er for eller imod pakker. Det væsentlige er, at analysen kan give en dybere indsigt i, hvad denne type forandring griber ind i, og hvordan den grundlæggende ændrer lægerollen. Denne forståelse er vigtig for de ledere, som skal motivere og involvere medarbejderne i forandringer som pakkeforløb såvel som for de topledere og politikere, der i højere og højere grad søsætter tiltag, som griber langt ind i den kliniske hverdag for medarbejderne.

4.2.2 Mindre fri arbejdstilrettelæggelse

Pakkeforløb er karakteriseret ved, at korte svartider, fastlagte undersøgelsesprogrammer og multidisciplinære konferencer indskrænker lægernes mulighed for fri arbejdstilrettelæggelse. Der er mange citater i interviewmaterialet med eksempler på, at lægerne oplever, at det er sværere at tage fri, bytte vagter, tage til konferencer etc. Dette er et emne, som fylder meget hos mange af de medvirkende læger. Følgende 2 citater giver et indblik i, hvad pakkerne betyder for lægernes arbejdstilrettelæggelse mere generelt, og hvordan det griber ind i lægernes selvforståelse:

"Det her drejer sig om kultur. Man fjerner overlægens ret til selv at henvise, man fjerner en masse afdelingers ret til selv at styre deres arbejdsprogram. Man laver en masse låse på, hvad der skal være hvornår, og så er der pludselig også en masse overlæger, der skal være til stede på bestemte tidspunkter. Så man fjerner også overlægens ret til med få dages varsel at meddele, om han er på arbejde eller ej. Man fjerner sådan set også overlægens ret til selv at tilrettelægge sit eget arbejde." (Ledende overlæge)

"Problemerne melder sig ved overlægerne, fordi de er vant til lønramme 37, fri arbejdstilrettelæggelse og alle de andre ting, der ligger i det gamle overlægebegreb. Hvordan kan det være foreneligt med, at man ved, at man mandag formiddag skal have scannet 18 lungepakkepatienter? Og det med, at man er så bundet i sin arbejdsplanlægning, at man ikke kan tage imod et godt tilbud om at komme til Japan på en interessant kongres, er træls og kræver nytænkning. Og der er garanteret mange, der har tænkt: 'Nej, nu er jeg endelig blevet overlæge. Nu vil jeg ikke lige pludselig være lønmodtager!' Men det er ikke noget, man går og skilter så meget med, for man kan jo knap nok være det bekendt, hvis man modsætter sig det gode ud fra noget så selvsk som den type motiver. Men der er ingen tvivl om, at det har spillet en rolle." (Cheflæge)

Som cheflægen påpeger, er emnet delvist tabubelagt. Han oplever *"denne type motiver"* som *"selviske"*, mens andre overlæger oplever dem som ganske rimelige for en ledende medarbejder på deres niveau, der i mange år frem til overlægestillingen har haft alt andet end fri arbejdstilrettelæggelse som yngre vagtbærende læge. En anden cheflæge oplever, at graden af (u)frihed i relation til pakkernes langt mere *"håndfaste arbejdstilrettelæggelse"* har været *"en af de største psykologiske barrierer"* i relation til implementeringen af kræftpakker. Tabu eller ej: Ingen anden medarbejdergruppe har haft samme traditioner og rettigheder i forhold til fri arbejdstilrettelæggelse, og derfor er det (over)lægerne, som påvirkes mest af den *"håndfaste arbejdstilrettelæggelse"*, som pakkerne medfører.

Denne analyse af konsekvenserne for lægernes fri arbejdstilrettelæggelse minder om konsekvenserne for den faglige frihed: Der er bred enighed blandt informanterne om, at pakkerne begrænser den fri arbejdstilrettelæggelse, men der er megen uenighed blandt lægerne om, hvor stort – og hvor rimeligt – et problem det er for dem.

Formålet med denne analyse er ikke at forholde sig til rimeligheden af synspunkterne, men at skabe mere viden om hvilke konsekvenser pakkerne har i praksis, herunder hvilke forhold af betydning for medarbejderne som de griber ind i. Dermed skabes et bedre fundament for at forstå forskellige medarbejders reaktioner og dermed et bedre fundament for ledelse af implementering.

4.2.3 Mere tæt multidisciplinært samarbejde

Samarbejdet kommer primært i spil ved de multidisciplinære konferencer (som er beskrevet nærmere i introduktionen til kræftpakker, afsnit 2.2.4, s.16).

Konferencerne opleves meget forskelligt af klinikerne. Særligt på mindre sygehuse spredt på flere matrikler, skaber konferencerne logistiske udfordringer, fordi det er en noget større operation at samle hele teamet med alle relevante aktører. Alternativet er videokonferencer, som også kan give praktiske, tekniske udfordringer. Denne ledende overlæge fra et mindre hospital forklarer her, hvorfor hun ikke er tilhænger af konferencerne:

"Det er godt at få nogle strukturerede udredningsforløb, men der kommer nogle ting, som der ikke er mulighed for. Fx alle de der forbandede tværfaglige konferencer, som de har forventninger om, at man mødes til. Det kan man, når det hele ligger på Rigshospitalet, men Danmark er andet end Rigshospitalet. Her har vi nogle af specialisterne i [X-by], nogle i [Y-by], nogle i [Z-by], nogle i [V-by], og man kan ikke bare løbe sammen, fordi det tager tid fra patienterne, når man sidder og snakker om dem. Det kan man gøre på videokonferencer eller telefonkonferencer. Man har svært ved at se de andres billeder, når man sidder og laver nogle ting fra de højt specialiserede afdelinger." (Ledende overlæge)

Men på andre matrikler er det lykkedes, at gøre konferencerne til noget lægerne er særdeles tilfredse med. I det følgende beskriver tre forskellige læger fra samme hospital de ugentlige multidisciplinære teamkonferencer, som de finder *"ansvarliggørende"*, *"berigende"* og *"motiverende"*:

"Man fandt hurtigt ud af, at det var vældigt berigende, at alle dem, der har aktier i foretagendet, var der alle sammen. Jeg synes, det er fantastisk at opleve sådan en flok specialister. Det jo fagligheden: Saml lægerne omkring et fagligt problem og de er i deres es, og de er med alle sammen lige på stedet. Få dem til at beskæftige sig med et organisatorisk problem, og de er væk. (...) Det er jo en ren lægefaglig konference, hvor de forskellige specialer sidder og beriger hinanden og driller hinanden og siger 'Er det nu rigtigt?', 'Husk lige det der', 'Kan vi gøre det der?', 'Hvorfor gør vi ikke sådan?' Det er vi jo verdensmestre i, det skal man ikke glemme, det er jo vores faglighed." (Ledende overlæge)

"Det er enormt motiverende, den idé, særligt for patologer at arbejde i sådanne behandlingsmæssige teams som mødes. Det bliver også sjovere at arbejde. Før i tiden var det jo meget med, at vi bare afleverede vores svar, og det var bare sådan en blå seddel, der var ikke nogen patient i den anden ende. Men det der med de der tværfaglige teams det har virkelig gjort, at man får lavet sine ting til tiden, fordi det er ikke bare en blå seddel, man ikke får afleveret til tiden. Nu skal man stå ansigt til ansigt med sine kollegaer, som så har patienten i den anden ende også. Og det er jo meget motiverende. Det er bare meget sjovere at arbejde i multidisciplinære teams." (Ledende overlæge)

"Et nøgleord er ansvarliggørelse. Det er utænkeligt, at en patolog, der får sine biopsier over torsdag-fredag, ikke har et svar med mandag [til teamkonference]. Det sker ikke, fordi de bliver ansvarlige, og fordi de kan se, at vi laver noget, der er kanon godt. Vi leverer varen. Og så mødes vi [om mandagen] klokken 14, hvor alle har svaret med, og så går vi 14 patienter igennem og kommer med et behandlingstilbud, som [lungemedicineren] kan forelægge patienterne dagen efter. Fagfolk bliver høje af at levere et godt produkt. Rettidigt. Det er det, der motiverer dem. Folk, der har gået i skole længe, har ikke andre elementærbehov end at vise omverdenen, hvor dygtige de er. Det er drivkraften." (Cheflæge)

Men konferencerne har andre konsekvenser end at berige, motivere og forpligte læger over for hinanden. 2 overlæger fra samme hospital forklarer her, hvorfor konferencerne efter deres mening er med til at højne kvaliteten af beslutningerne:

"Det er afgørende, at røntgenlæger, patologer, kirurger og lungemedicinere alle er med til lungekonferencerne, da den fælles diskussion af røntgenundersøgelser, scanninger m.m. er afgørende, således at beslutningerne træffes på et så kvalificeret grundlag som muligt. Kirurgerne er med til konferencerne for at afgøre, om patienten er operabel. Patologerne og nuklearmedicinere er med for gennem dialog om og diskussion af røntgen- og scanningsresultaterne at komme nærmere sandheden om patientens tilstand. Denne sandhed kan man komme nærmere på denne måde, end hvis jeg blot modtog skriftlig besked fra de forskellige parter. Fortolkningen af resultaterne er ikke sort-hvid og derfor er den mundtlige dialog og diskussion afgørende for beslutningsgrundlaget. (Overlæge)

"Patologi er en gradsbøjning af faktualitet, og vi synes alle sammen, det er berigende, at [patologen] hører diskussionen, hvis han sidder med et præparat, hvor han er 99 % sikker. Hvis de andre siger, det er en oplagt cancer, så fjerner han den sidste grad af usikkerhed. Så siger han, nå ja, alt andet passer. Hvorimod hvis vi andre siger, det ser slet ikke sådan ud, så vil han kigge på sine præparater en gang til, om det er det rigtige. Det er jo sådan vi alle sammen gør. Der er jo meget lidt af det her, der er plus/minus, det er odds-vurderinger, og hvis odds bliver ganget godt nok sammen, er vi mest sikre. Men vi har altid en gang eller to om året, hvor vi siger: 'Pokkers, der tog vi simpelthen fejl. Den der lille plet og vi har en negativ biopsi, det er ikke noget.' Så kommer de alligevel x-antal måneder efter. Så må man bøje nakken en gang imellem, forhåbentlig ikke ret tit." (Ledende overlæge)

De faglige diskussioner, odds-vurderingerne er væsentlige. Ikke bare fordi lægerne bliver høje af at dyrke deres faglighed. Men, som overlægen herover pointerer, så er kvaliteten af de beslutninger, der tages på de multidisciplinære lungekonferencer et spørgsmål om liv og død.

Men på trods af den meget klare fremhævelse af fagligheden i forhold til konferencerne er der også overlæger, som har blik for, at teamkonferencerne også har afledte effekter. 2 eksempler trækkes frem: uddannelsen af yngre læger og samarbejdet mellem overlæger fra forskellige afdelinger:

"Endelig er der hele uddannelsesdelen for den yngre læge. Det at man kan tage en yngre læge og putte ham igennem et uddannelsesforløb, hvor vi kan starte med at sætte ham til at skrive thoraxer¹³ uden ende, så får han at vide, om de fejler noget eller ikke fejler noget, og så er han med i planlægning og følger dem videre. Der fungerer konferencen som der, hvor det hele går op i en højere enhed, hvor den yngre læge får sine facitlister. Så tror jeg, at vi på en tiendedel af tiden kan lære dem mere, end de kan ved tilfældigt at gå rundt og snuse." (Ledende overlæge)

¹³ "Thoraxer" betyder her vurderinger af billeder af thorax, altså lungerne.

Netop fordi de faste medlemmer af et team er specialister, kan de udgøre et problem for uddannelsen af yngre læger, hvis de bliver udelukket fra pakkerne og konferencerne. Derfor kræver det et fokus på uddannelse blandt overlægerne at medtænke uddannelsen i relation til arbejdsorganiseringen omkring pakkerne, så det ikke bliver et lukket overlægeforum. Som overlægen i citatet pointerer, så kan pakkerne – særligt qua de multidisciplinære konferencer – anvendes til uddannelsesmæssige formål. Men ligesom med spørgsmålet om kapacitetsudnyttelse så er det helt afhængigt af, hvorvidt man lokalt ledelsesmæssigt formår at medtænke andre væsentlige faktorer som fx uddannelse og ikke udelukkende fokuserer på en implementering, der sikrer de formelle pakke-krav, men som går ud over fx uddannelsen eller kapacitetsudnyttelsen.

Konferencer afholdes normalt inden for afdelinger eller dele af afdelinger, fx afsnit. Derfor har de multidisciplinære konferencer mellem overlægerne fra forskellige afdelinger også konsekvenser for relationen mellem afdelingerne:

”Noget af kernen i det her er de tværfaglige¹⁴ konferencer, vi holder en gang om ugen. Primært er det en rent faglig konference. Sekundært er der oplagt andre ting: Vi snakker sammen og bliver godt venner og arbejder sammen, trækker i samme retning og løser et utal af småting, justerer pakken. Nu har vi 14 pakketider om ugen, og vi mangler 2, fint – så lægger vi 2 på i røntgen, det behøver vi ikke snakke længe om. Det er så indarbejdet, det kan bare løses der. Men det er klart, at den [konferencen] er med til at få folk til at snakke sammen på tværs af afdelingerne, og at det er et spørgsmål om at skabe venner i stedet for fjender. Det har nok mere at gøre med at fjerne fjendebilleder.” (Ledende overlæge)

Ligesom det gør en forskel for patologernes motivation i kræftudredningen, at de ikke længere bare skal ”*aflevere en blå seddel*”, så gør det også noget ved de andre deltagende læger, at de dyrker deres faglighed sammen: ”*viser omverden hvor dygtige de er*”, ”*beriger og driller hinanden*” – og træffer beslutninger om liv og død. Det skaber et personligt kendskab, der kan gøre det nemmere at samarbejde i hverdagen.

En cheflæge – der ikke selv deltager i konferencerne – reflekterer her over, hvorfor de er så vel fungerende på denne matrikel og vigtige for lægerne:

”Den [multidisciplinære konference] virker bare. Og den virker bedre end noget som helst andet. I takt med at vi er blevet mere produktive, så er der mange måder at have socialt samvær på på en arbejdsplads, som er forsvundet. Overlægerådet og sådan noget, det findes stort set ikke. Det vantrives med et lille forretningsudvalg. Men så har du samarbejdsprojekterne [som de multidisciplinære konferencer], hvilket er blevet kollegaers måde at møde hinanden på på tværs af afdelinger.” (Cheflæge)

Ifølge cheflægen er det rum, hvor lægerne kan socialisere og dyrke deres faglighed, blevet indsnævret. Det kan være en medvirkende årsag til den positive oplevelse af konferencerne på dette hospital. Som en anden overlæge påpegede herover, så er lægerne ”*i deres es*”, når de kan samles om et fagligt problem – men de er ”*væk*”, når de skal samles om et ”*organisatorisk problem*”. Pakkernes systematisering og standardisering – som i høj grad styres af sygeplejersker og/eller sekretærer – løser den store organisatoriske udfordring, det var at få udredningstiden og ventetiden på behandling ned. Men de muliggør også et tættere multidisciplinært samarbejde, som i langt højere grad end de logistiske problemer, bringer lægerne ”*i deres es*”.

Som det fremgår, fungerer konferencerne i praksis ikke lige godt på alle de undersøgte matrikler. Men citaterne illustrerer de udfordringer, det kan skabe, og det potentiale de kan rumme. Ikke

¹⁴ Overlægen her bruger udtrykket ”*tværfaglige*”, men han taler om konferencernes tvær- eller *multidisciplinære* karakter. Forskellen er, at ordet *tværfaglig* bruges om samarbejdet mellem forskellige faggrupper (fx sygeplejersker, terapeuter, læger, psykologer, mv.), hvorimod *multidisciplinært* handler om samarbejdet mellem lægelige forskellige discipliner også kaldet specialer.

kun for kvaliteten af patientbehandlingen, men også for uddannelse, for at dyrke faglighed, for samarbejdet på tværs og for socialt samvær. Men det kræver tid såvel som lokal ledelse at få et team og konferencer til at fungere frem for at være en irritation i hverdagen. Og der er stor forskel på, hvor stor en udfordring det er at bringe teamet sammen og skabe det personlige samarbejde, hvis sygehusene er spredt på flere matrikler.

4.3 Konsekvenser for patienterne

Som beskrevet i metodeafsnittet er der ikke inddraget patienter i denne undersøgelse, da det primære formål har været at undersøge de organisatoriske konsekvenser og udfordringer ved pakkeforløb. Men konsekvenserne for patienterne har også konsekvenser for klinikerne og for deres organisering af arbejdet. Dette afsnit er baseret på informanternes oplevelse af, hvilke konsekvenser pakkerne får for patienterne, og hvordan det påvirker dem selv.

Informanterne oplever gennemgående meget positive tilbagemeldinger fra patienterne, efter at der er indført pakkeforløb. For flere betyder det, at klagerne over forløbene er så godt som forsvundet:

”Vi har ikke én klage over forløbene fra patienterne. Før i tiden havde vi jo mange klager over ventetider på kræftpatienter. Kræftpatienter der oplevede u hensigtsmæssige patientforløb, hvor man kunne køre fast i systemet, eller hvor man ikke kunne komme videre osv. Det har vi ikke overhovedet i dag.” (Cheflæge)

”Vi har ikke længere de der rædselsfulde forløb, hvor patienten midt i det hele ikke vidste, hvordan det skulle ende. Nu har vi forud bookede tider, hvor patienten får brochurer med patientinformation, og en plan for hvad der skal ske. Vi oplever, at det er meget tilfredsstillende for patienterne, og det er også de tilbagemeldinger, vi får. De frustrationer vi havde, fordi det tog 100 år, de er minimerede nu.” (Overlæge)

Andre klinikere peger imidlertid også på, at nogle patienter oplever, at det går for hurtigt: Eller rettere at patienterne bliver *tilbudt* et udredningsforløb, som går hurtigere, end de kan klare, og derfor bliver forløbene forlænget – på patientens ønske. På flere hospitaler peger man på, at forlængede udredningstider nu forekommer på grund af patienterne, ikke på grund af systemet. I disse tilfælde handler det om, at patienterne synes, det er hårdt at være gået til lægen med symptomer, som for dem ikke har givet mistanke om noget alvorligt, og så tilbydes de pludselig en tid til kræftudredning dagen efter:

”Nogle gange kan patienterne simpelthen ikke forholde sig til, at de pludselig skal op og undersøges: ’Har jeg kræft?’ Og den praktiserende læge svarer ’Altså, ja du skal derop i morgen. Vi ringer derop allerede nu og får en tid, og så går du derop i morgen.’ Det er simpelthen for hurtigt for dem. Det er ofte, at de enten ringer og siger, at de bliver nødt til lige at vente, for så skal de det ene, og så skal de det andet. De der overspringshandlinger er det vel nærmest.” (Oversygeplejerske)

Flere af klinkerne på samme matrikel henviser imidlertid til en undersøgelse, de selv har fået foretaget, af patienternes oplevelser. Den viser, at ønsket om hurtig udredning er stort og entydigt:

”Vi har lavet en audit på nogle journaler, vi har talt med patienterne, og vi har talt med koordinatorene omkring nogle forløb. Og det patienterne jo samstemmende siger, det er, at det kan simpelthen ikke gå hurtigt nok. Altså: ’Vi har bare stort behov for hurtig afklaring’.” (Overlæge)

En afdelingssygeplejerske på samme hospital peger på, hvordan denne undersøgelse af patienternes ønsker fik manet de sundhedsfagliges forventning om, at patienterne ikke kunne klare så hurtige forløb, i jorden:

"I foråret 2007 var indgangsvinklen, at patienterne der kommer til røntgen, bare fordi de hoster lidt om tirsdagen og så allerede onsdag sidder og snakke med en overlæge om, at de måske har en alvorlig sygdom: Det kan man slet ikke kapere! Men den fik vi jo manet til jorden: Det er jo langt overvejende patienternes holdning, at jo før jo bedre. Det kan ikke gå hurtigt nok!" (Afdelingssygeplejerske)

Særligt på dette ene hospital, hvor de faktisk har undersøgt og inddraget patienternes oplevelser, ønsker og præferencer, er de sundhedsfaglige meget bevidste om, at deres egen evne til at forberede, hjælpe og støtte patienterne gennem det accelererede forløb er afgørende for, hvordan patienterne reagerer på tempoet. Hvorvidt patienterne kan kapere den hurtige udredning, er således ikke kun et spørgsmål om tempoet, men i høj grad også et spørgsmål om de sundhedsfagliges egen viden om hvad patienterne egentlig ønsker – fremfor deres egen forforståelse af patienternes ønsker. Derfor er der megen fokus på, hvorvidt de sundhedsfaglige evner at hjælpe patienterne igennem hurtig udredning i pakker, herunder forberede dem på forløbene og sikre, at informationen om selve forløbet er helt klar:

"Tænk alle de her 17 patienter de kommer samme dag, og det kræver altså også, at patienterne er informerede om, at de skal henvises til det, der hedder lungepakken. Og vi ringer til dem og har tæt kontakt med dem. Og derfor accepterer de faktisk stort set altid at komme til de her tider. Det lyder måske lidt banalt, men det er utrolig vigtigt, at hver gang en patient går ud ad døren her, så ved patienten hvad, hvor og hvornår. Ikke at du får sendt et brev med en indkaldelse til den undersøgelse og får svar derinde. De får at vide, hvad der skal ske, og hvornår det skal ske, og de får tid til at få svar her. Og det lyder måske lidt banalt, men det er utroligt væsentligt, også fordi i de her situationer hvor man kan give en grim besked, der skal patienterne i de fleste tilfælde have en pårørende med. (Overlæge)

Flere af de klinikere, som oplevede patienter, der ikke kunne kapere de accelererede forløb, og som fik forlænget forløb, omtalte netop situationer i forløbene, hvor patienterne ikke er forberedte på, hvad der skal ske: Fx at "*de tror, at de bare skal til røntgen og CT*", men "*så er de pludselig patienter*" – og så er det, at de "*siger fra*", og processen "*bliver rykket nogle dage*", som en overradiograf beskriver det.

Pakkeforløbene stiller således meget store krav til de sundhedsfagliges evner omkring patientkommunikationen. Det er en afgørende forudsætning for at få patienterne så godt som muligt igennem et forløb, hvor de på få dage risikerer at komme gennem en proces fra rask – om end småhostende – til meget alvorligt syg kræftpatient. Analysen har peget på, at *patientdelay*, altså forsinkelser og forlængelser af udredningsforløb som skyldes patienterne, er afhængig af de sundhedsfagliges kompetencer udi patientkommunikation, herunder særligt klar besked, forventningsstyring, støtte og hjælp.

4.4 Sammenfatning: Konsekvenser for kapacitet, lægerolle og patienter

De accelererede pakkeforløb stille ikke bare krav til hospitalernes evne til at levere ydelser med det fastlagte indhold til de fastlagte tider. De formelle krav er kun en del af opgaven. Det er vigtigt ikke at tabe de øvrige krav og vilkår i sygehusvæsenet af syne, for de skal tilgodeses samtidig med de nye krav til pakkeforløb.

Spørgsmålet om, hvilke konsekvenser kræftpakkerne har for **kapaciteten**, handler både om påvirkning af antallet af henvisninger (hvor meget arbejde der er) og om organiseringen (hvordan arbejdet tilrettelægges).

Det har ikke været målet at analysere udviklingen i antallet og arten af henvisninger. Derfor nøjes vi med at pege på, at der blandt informanterne er meget forskellige opfattelser af, om kræftpakkerne har givet en permanent stigning i antallet af henvisninger. Det skal dog påpeges, at

ingen informanter oplever en stigning i henvisninger, som *ikke* fører til, at der findes flere kræfttilfælde.

Samlet set fjerner pakkeforløbene en del opgaver, idet der ikke længere tilrettelægges individuelle udredningsforløb. Dermed peger interviewene på, at pakkeforløb rummer potentiale for en mere rationel produktion for det samlede udredningsforløb på tværs af afdelinger, om end der for enkeltafdelinger kan være negative påvirkninger, fordi de korte svartider kan betyde mindre batches og dermed mindre rationel produktion.

Patientudsving håndteres enten ved at udvide en elektiv produktionsform og skabe overkapacitet eller ved at finde metoder som giver en vis fleksibilitet i systemet. Undersøgelsen har dog ikke fundet nogen matrikler, som havde foretaget en mere grundlæggende omlægning af den traditionelle udbudsstyrede drift (også kaldet *push*, idet man så at sige skubber ydelser gennem organisationen) til mere fleksibel efterspørgselsstyret drift (også kaldet *pull*, idet ydelserne så at sige trækkes af patienternes behov). Det beskrevne bordrydningstillæg er dog et skridt i retning af en mere pull-orienteret drift. Metoden med at oparbejde ventelister falder så at sige uden for kategori, idet det grundlæggende set er et eksempel på, hvordan udfordringen ikke løses – hvilket imidlertid også ses i praksis.

Analysen viser, at kræftpakkernes konsekvenser for kapacitetsudnyttelsen er helt afhængige af den lokale arbejdstilrettelæggelse. Både afdelingernes individuelle udgangspunkter i form af organiseringen inden implementeringen af pakkerne og af hvordan pakkerne konkret er blevet implementeret. Begge dele afhænger af de lokale ledelser. Der er meget stor forskel på, i hvor høj grad ledelserne har lagt vægt på 'kun' at leve op til kræftpakkernes formelle krav, eller de også har haft fokus på at sikre optimal kapacitetsudnyttelse. Derfor er der også delte meninger om, hvorvidt og i hvilket omfang pakkerne går ud over kapaciteten og dermed andre patientgrupper. I sidste ende betyder det, at der er meget divergerende holdninger til, om pakker koster eller måske ligefrem sparer ressourcer.

Pakkeforløbene påvirker **lægerollen** på meget forskellig vis. På den ene side begrænser pakkerne med det standardiserede indhold og de korte svartider både lægernes faglige frihed og deres personlige frihed i forhold til arbejdstilrettelæggelsen. Men på den anden side muliggør pakkerne, særligt qua de multidisciplinære konferencer, et tættere multidisciplinært samarbejde, som rummer et potentiale for at understøtte lægernes faglighed og socialisering positivt.

De interviewede læger var selv i høj grad meget bevidste om, at pakkerne ikke bare påvirker en praktisk organisering af arbejdsprocesser, men at de også griber ind i lægerollen og lægernes faglige identitet og kultur. Som citaterne har vist, bruger mange af lægerne begreber som *kultur* og *rolle*. De er i vidt omfang bevidste om, at de er del af en kultur, med bestemte værdier og roller, og at pakkeforløb ændrer deres rolle og dermed berører væsentlige kulturelle værdier, hvilket skaber udfordringer. Kultur og hele det analytiske begrebsapparat, det fører med sig, er således i høj grad noget lægerne selv bruger aktivt i deres egen fortolkning af dem selv og deres kollegaer og i deres arbejde med at forudså de reaktioner, de møder og skal håndtere som overlæger eller ledere.

Pakkeforløbene har ikke bare konsekvenser for **patienterne** – patienternes reaktioner har også konsekvenser for pakkeforløbenes implementering. Generelt opleves meget positive tilbagemeldinger fra patienterne efter implementeringen af pakkeforløb, og antallet af klager over forløb er så godt som forsvundet, påpeger flere. Men det høje tempo stiller meget store krav til patientkommunikationen, hvis det ikke skal føre til patientdelay, altså forsinkelser og forlængelser

af udredningsforløb som skyldes patienterne. De sundhedsfagliges kompetencer udi patientkommunikation, herunder særligt klar besked, forventningsstyring, støtte og hjælp, er afgørende forudsætning for at få patienterne så godt som muligt igennem et forløb, hvor de på få dage risikerer at komme gennem en proces fra rask til alvorligt syg – med minimalt patientdelay. Hurtig udredning er således ikke kun en funktion af, om systemet kan levere akutte forløb. Det afhænger også af, om de sundhedsfaglige evner at få patienterne så godt som muligt igennem akutte forløb.

5 Hvorfor blev pakkeforløb en succes?

Implementeringen af pakkeforløb har betydet ændringer af mange arbejdsprocesser, det har skabt nye samarbejdsrelationer, monitoreringssystemer og prioriteringer. Samlet set har det ændret rammerne for organiseringen af arbejdet. Derfor har pakkeforløb haft mange typer af konsekvenser, og implementeringsprocessen har skabt mange udfordringer for både ledelserne og medarbejderne. Alligevel peger informanterne stort set entydigt på, at de oplever pakkeforløb som en succes.

Når denne analyse slår fast, at kræftpakker er en succes, er det vigtigt at påpege, at der er tale om en kvalitativ interviewundersøgelse om de organisatoriske og ledelsesmæssige aspekter, og at det således er 20 forskellige informanter, der i 30 interviews over en periode på 18 måneder fra 2008-2010, generelt har *oplevet* kræftpakker som en organisatorisk og ledelsesmæssig succes¹⁵.

Set i et organisatorisk og ledelsesmæssigt perspektiv oplever langt den største del af informanter, at kræftpakker har været en succes. Citaterne herunder viser bredden i de forskellige årsager til oplevelsen af succes blandt embedsmænd, klinikere og ledere på alle 4 matrikler. Fremhævninger af de nævnte fordele er tilføjet for at lette læsningen:

”På alle måder synes jeg, at det har **gavnet patienterne**, de er kommet hurtigere igennem, men vi har sørme også fået en meget, **meget sjovere hverdag**, så jeg synes, at pakkerne er en rigtig succes.” (Ledende overlæge)

”Det har været så fedt at være en del af. Det har simpelthen været **den ultimativt største succes i mit lederliv** at deltage i den proces der. Jeg påtager mig selvfølgelig lederskab, men jeg kan utrolig godt lide, når man **respekterer de fagfolk, som virkelig kan deres kram, og hører dem, og tager dem med på banen**. Og det skete. Det har været en rigtig god oplevelse som leder at være en del af. Også **en meget demokratisk proces** hvor hver især har fået mulighed for at byde ind med det, vi nu var bedst til.” (Oversygeplejerske)

”Hvis jeg kom i dag og sagde, at nu aflyser vi pakkerne, så ville der være åbent oprør. Vores folk de vil ikke af med de pakker. Altså er det en kæmpe succes, for alle kan se, at **patienterne får et godt og hensigtsmæssigt forløb**, der er **ingen klager**, og det vil sige, at man stresser heller ikke personalet, at personalet kan se, at der er uhensigtsmæssigheder i forløbet, men man kan ingenting gøre ved dem, fordi organisationen ikke fungerer ordentligt. Det **gør jo, at stresset er taget voldsomt af vores personale**. Og der er ikke noget, der er værre end at skulle modtage klager fra patienter, eller at skulle tale med patienter der er utilfredse. Og altså på kræftområdet da må jeg sige, at der er vi helt ude af det nu. Så det er en meget stor succes.” (Cheflæge)

”Den allervigtigste ting som **sundhedsvæsenet går rundt og er tilfreds med**, det er ’Hold kæft, **det kunne lade sig gøre**, da vi besluttede os for, at det ville vi!’. Og når det blev besluttet, så var det også fordi, at der var en **klar politisk opbakning** til det. Fra at mene at det ikke burde have været nødvendigt, så har jeg måtte erkende, at det har virket som **et instrument, som klinikerne er glade for**, og de synes, det er en hjælp.” (Ledende embedsmand)

”Det har **højnet selvrespekten i sundhedsvæsenet**. Vi kan jo lige så godt se i øjnene, at hvis vi ser på en række af vores kvalitetsparametre i sundhedsvæsenet, så er der rigtig, rigtigt langt. Sådan noget som kræftpakkerne har bidraget til en tro på, at det stadig **nytter noget at bedrive ledelse**. At der faktisk er nogle **muligheder for at rykke**.” (Ledende embedsmand)

Citaterne illustrerer såvel bredden som perspektivforskellene: Medarbejdere og ledere oplever generelt, at pakkerne har haft mange fordele for patienter såvel som medarbejdere. De kliniske ledere lægger desuden stor vægt på, at de har oplevet en klar, synlig og utvetydig succes: Der blev stillet klare mål og krav, som det lykkedes at leve op til. Flere giver udtryk for, at hverken de

¹⁵ Se evt. afsnit 1.5 for en nærmere afgrænsning.

klare mål og krav eller oplevelsen af succes er hverdagskost for dem. De 2 citerede topembedsmænd er begge fra det regionale sundhedsvæsen og har siddet som øverste ansvarlige for implementeringsopgaven. De er meget bevidste om den tilfredshed og selvrespekt, de oplever, succesen har givet på medarbejderniveau – en observation som en af dem tilskriver oplevelsen af, at *"det nytter noget"*, og at der er *"muligheder for at rykke"* i betydningen forandre tingene til det bedre.

Kræftområdet har, som de indledende kapitler viste, været præget af en vis opgiven, og medarbejdere der oplevede forsøg på forbedring som *"at slå i en dyne"*. Analysen har vist, at optakten til pakkeforløb var lang og sej. Selvom der længe havde blæst nye vinde i sundhedsvæsenet som via forskellige koncepter og metoder prøvede at skabe et større fokus på produktionsoptimering, standardisering af forløb, og eliminering af spildtid. Eksemplerne er accelererede forløb, LEAN og NIP, som viste problemerne på bl.a. lungekræft. Kræftplan efter kræftplan havde set dagens lys og de seneste par år op til det politiske indgreb også med anbefalinger af pakkeforløb. Alligevel kom de nationale pakkeforløb ikke *"ad frivillighedens vej"*, som Lars Løkke formulerede det (24). Pakkeforløb blev til via politisk indgreb, altså topstyring. Og politikerne holdt sig ikke til tidligere tiders mere henstillende og anbefalende rolle. De holdt sig heller ikke til at stille krav om bestemte resultater og så lade metoderne og processerne være op til sundhedsvæsenets aktører ude i driften. I stedet lavede man detaljeret og standardiseret processtyring, der påvirkede arbejdsprocesser i sundhedsvæsenet i detaljer. Umiddelbart lyder denne optakt ikke som starten på nogen succes. Men det blev det. Dette kapitel går bag om successen og analyserer årsagerne til, at det lykkedes. Både at implementere kræftpakkerne – og at det lykkedes at skabe så bred opbakning, at de blev en oplevelse af succes.

5.1 Implementering af en meningsfuld skal-opgave

"Der har slet ikke været problemer med at få pakkerne udviklet og implementeret, men de ved også, at de skal!" (Cheflæge)

En indlysende årsag til, at det lykkedes at indføre kræftpakker i hele landet, var, at man gik væk fra de venlige henstillinger og opfordringer til at gøre det bedre og i stedet stillede meget præcise krav til, hvad der var godt nok. Ikke mere *"kan-opgave"* – kræftpakkerne blev en *"skal-opgave"*.

En ordre er en ordre – sådan er det i mange virksomheder. Men ikke altid i sundhedsvæsenet. Derfor kan skal-elementet ikke alene forklare, at det lykkedes, for, som en ledende overlæge udtrykker det:

"Læger er gode til at stille sig op med korslagte arme og ikke gøre, som Sundhedsstyrelsen siger! Det er næsten en sport. Men det her [kræftpakkerne] var meningsfyldt." (Ledende overlæge)

Flere kommer med eksempler på andre skal-opgaver, som ikke er blevet implementeret i praksis, og som ledelserne heller ikke har lagt de samme kræfter i. Et eksempel, der nævnes af flere, er kontaktpersonordningen:

"Hvis man tager sådan noget som kontaktpersoner til ambulante personer, som skal ind og have nogle veldefinerede ydelser. Det forbliver meget vanskeligt at overbevise de sundhedsprofessionelle om, at det er meningsfyldt, og at man skal gøre en hel masse for at forhøje niveauet for det. Det længste, man kan få dem til at gå, er, at man kan dokumentere, at man har tildelt dem en kontaktperson. Men om det går op for patienterne, det, vil de aldrig synes, er vigtigt. Og hvis du bruger din ledelseskraft til noget, der ikke giver mening, så kompromitterer du ledelse. Jeg har ikke været ude og fortælle, at det er fuldstændig katastrofalt, at det ikke er gået op for alle ambulante patienter, at de har en kontaktperson. Jeg har været ude at sige, at det er lov, og at lov

skal holdes, for sådan er det i et velordnet samfund. Men det der gør forskellen her [i forhold til kræftpakker], det er, at det giver mening.” (Ledende embedsmand)

Såvel den ledende overlæge med de ”korslagte arme”, som embedsmanden der ikke vil ”kompromittere ledelse”, peger på, at det væsentligste ikke var selve skal-elementet i opgaven, men i stedet at pakkerne gav mening – mere mening end at følge en ordre, fordi man skal ”i et velordnet samfund”.

Således er den væsentligste grund, informanterne giver til, at kræftpakkerne blev en succes, at det var et meningsfuldt problem og en relativt meningsfuld løsning for stort set alle involverede. Citaterne illustrerer dette perspektiv:

”Det har givet mening. De fagprofessionelle de kan se en mening i, at patienterne bliver hurtigt udredt, så de bliver hurtigere diagnosticeret, sådan at man kan sætte den her behandling i gang.” (Chefsygeplejerske)

”I patologien fangede vi det der med, at man kunne se, at det var utroligt fagligt relevant. Fagfolkene greb simpelthen bolden.” (Ledende overlæge)

”Det der måske adskiller det her fra andre stående ordrer, det var, at det blev opfattet positivt. Det har påvirket hele forløbet. Og det er jo en stor forskel og viser, at man havde gået og ventet på det. For vi havde jo også snakket om, hvordan kan vi gøre det bedre med vores kræftpatienter.” (Ledende overlæge)

Skal-opgaven lå fast, men selve indholdet i pakkerne blev ikke udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. I stedet brugte man den model, man kendte fra mange andre arbejder med faglige retningslinjer og lod de faglige selskaber spille den væsentligste rolle i forhold til at definere det kliniske indhold i pakkerne. Og som det er fremgået, så har der på trods af direktivet ovenfra været en høj grad af medarbejderinddragelse mange steder i at få implementeret pakkerne i praksis. Kræftpakkernes udformning og implementering kan således ikke entydigt kaldes topstyring. Der var et stort element af indflydelse, hvilket blandt andet har skabt oplevelsen af en demokratisk proces med en høj grad af medarbejderinvolvering.

5.2 Prioritering af det tværgående patientforløb

I en hospitalsorganisation er medarbejderne specialiserede. Både i traditionel forstand som forskellige faggrupper og inden for hver faggruppe i forskellige faglige specialer. Men også i organisationsteoretisk forstand: Hver medarbejder laver kun en lille del af en større proces, som til sidst leder til det ønskede ’produkt’ – fx en udredt cancerpatient. Det betyder, at den enkelte medarbejder kun ser en lille del af helheden. Og at den enkelte afdeling kun leverer en mindre del af et hele. Ansvaret for, at delene hænger sammen og bliver til gode produkter ligger – teoretisk¹⁶ set – hos ledelserne på forskellige niveauer. Og jo mere hospitalernes medarbejdere opdeles (specialiseres) for at kunne dygtiggøre sig inden for specifikke områder, og jo større hospitalerne bliver (for at have volumen nok til at sikre bl.a. stordriftsfordele) – jo større bliver også behovet for at sikre tværgående forløb. Kort sagt: Udviklingen gør det stadigt vigtigere at have fokus på at drive hele sygehuse og dermed patientforløb – ikke kun afdelinger. Problemet er særligt relevant for de patientgrupper, som er tværgående, hvilket i høj grad gælder kræftområdet (se evt. afsnit 2, side 14 om Kræft og kompleksitet).

Mange informanter har peget på, at kultur – eller rettere: manglen på samarbejdskultur – er den væsentligste forklaring på, at det tværgående samarbejde er så svært i hospitalssektoren. Infor-

¹⁶ Se fx Mintzberg om vertikal specialisering og koordination. (32)

manterne er stort set alle inde på aspekter af kultur i forhold til begreber som *selvbestemmelse*, *autonomi* og *frihed* i relation til den enkelte læge, den enkelte afdeling og det enkelte sygehus:

”Der er en kultur, hvor man er ekstrem selvstændig, og ikke en kultur hvor man arbejder på tværs. Hvis man for alvor skulle gøre noget på kræftområdet, så skulle man bryde de der siloer ned, der var på sygehusene, hvor de forskellige afdelinger er kongedømmer. Og hvor det at se nogle forløb, der går på tværs af afdelinger, kræver en ekstraordinær ledelsesindsats. Men der var ikke nogen, der for alvor ville udfordre den magtstruktur, der var på sygehusene. Det sværeste er at ændre ledelsesstrukturen på sygehusene. Det jo ikke fagligt svært at lave kræftpakker.” (Ledende embedsmand¹⁷)

Ifølge informanter er der ingen tvivl om, at kulturen spiller en væsentlig rolle for, hvorvidt man er indstillet på at opgive frihed, til fordel for at indgå i forpligtende og bindende samarbejder – på alle niveauer af organisationen.

Men kultur er ikke det hele. Flere peger også på, at strukturen spiller en væsentlig rolle for, hvordan man prioriterer det tværgående. Hospitalet er hierarkisk opbygget med afdelinger og i nogle tilfælde forskellige overbygninger i form af centre eller andre større enheder. Systemet er bygget op om vertikale kommando- og beslutningsveje. Man har i varierende grad eksperimenteret med forskellige former for koordinatore og forløbsledere, der tildeles tværgående roller. Men som der peges på i dette citat, så er det afgørende, om der er reel ledelseskraft i de tværgående funktioner:

”Man får ikke forløb på sygehuse, med mindre man får noget ledelse, som går på tværs af det etablerede system. Man bliver nødt til at have en betydelig ledelsesmæssig kraft, der har en tyngde, der kan måle sig med den ledelseskraft, som bliver udøvet i siloerne. Pludselig får vi en situation, hvor forløbet prioriteres over den vertikale prioritering inden for søjlen, og det er jo fundamentalt nyt. Det kan man kun gøre, hvis de, der leder på tværs, udstyres med så mange striber på skuldrende, at de faktisk kan gøre det. Det nytter ikke noget, hvis det er en ung sygeplejerske, som skal konkurrere med en velestimeret overlæge.” (Ledende embedsmand)

Koordinatorer fungerer ifølge informanterne godt de steder, hvor de indgår i driften af etablerede tværgående forløb, hvor der allerede er indgået forpligtende samarbejder. Men de kan ikke etablere tværgående forløb – for de kan ikke *lede* på tværs. Det kan kun sygehusledelserne, peger flere informanter på.

En af de ledende embedsmænd er meget kritisk i forhold til, hvorvidt sygehusledelserne løser denne tværgående opgave tilfredsstillende:

”Hospitalsledelserne har på sin vis ikke løst opgaven ordentligt. Der har været en diskussion mellem de billeddiagnostiske afdelinger og de behandlende afdelinger. Billeddiagnostikken har argumenteret for, at de var en selvstændig afdeling, og de har defineret, at det er dem, der bestemmer, hvem der skal til hvornår. Det betyder, at alle kommer til at vente lige lang tid, i stedet for at sige at der er 10 patienter, der skal CT-scannes hver uge, og så få booket de tomme tider. Det har været svært at overvinde, fordi man flytter magtbalancen. Jeg synes, at vores hospitalsledelser alt for sent så, at det var en ledelsesopgave, de skulle tage på sig. Jeg synes, det er lidt beskæmmende, at hospitalsledelserne ikke ser det som det allervigtigste i deres ledelsesopgave, at lede der hvor ingen andre kan lede, nemlig i mellemrummene mellem afdelingerne.” (Ledende embedsmand)

Også repræsentanter fra afdelingsledelserne mener, at hospitalsledelserne bør levere den tværgående ledelse, der kan skabe bedre forløb mellem afdelinger – men peger også på det faktum, at én hospitalsledelse *”kan jo ikke komme omkring alle de afdelinger, der er.”* (Oversygeplejerske)

¹⁷ Det er i højere grad de øverste ledelser – altså den gruppe der i undersøgelsen kaldes ledende embedsmænd – som reflekterer over de dilemmaer, der behandles i dette afsnit. Men det bør understreges, at der ikke er tale om den samme ledende embedsmand, men om flere forskellige.

Det fritager dog ikke hospitalsledelserne for at have et ansvar for bedre tværgående ledelse generelt – både set fra oven og fra nedenu – ifølge informanterne.

På niveauet over hospitalsledelserne peges der også på, at man har medvirket til det manglende fokus på tværgående ledelse. En ledende regional embedsmand beskriver sin egen ledelsesrolle således:

”Når vi følger op på hospitalerne året igennem, så kigger vi på 6 parametre: Har de styr på økonomien? Stiger produktiviteten som forudsat? Stiger patienttilfredsheden? Stiger kvaliteten? Stiger personaletilfredsheden? Falder sygefraværet? Det er min opgave at arbejde for, at de er nok opmærksomme på de ting, de skal være opmærksomme på. Så for øjeblikket er jeg mest opmærksom på at finde en indikator, der kan sige noget om ledelse på tværs.”
(Ledende embedsmand)

Den bagvedliggende logik er, at ’man får det man måler’, og når man måler på meget andet end tværgående ledelse, så får man heller ikke megen fokus på det. Kulturen formes således af de strukturer, ledelserne er underlagt.

Flere af de ledere og medarbejdere, som sidder længere nede i systemet, peger på de samme problemer, og mange af dem har selv prøvet at ændre på tværgående forløb og oplevet, hvor svært det er at gøre det fra deres position. En overlæge beskriver her den enkelte klinikers generelle problem med at løse tværgående problemer i et stadigt mere komplekst sygehusvæsen, som kræver tværdisciplinært samarbejde:

”Hvis jeg gerne ville have et KOL-ambulatorium, og jeg gør det på eget initiativ, så er det også op til mig at forklare afdelingerne, hvorfor jeg synes, det er vigtigt, og hvorfor de skal prioritere det, jeg gerne vil have. Det er min forhandlingsopgave at få de andre afdelinger med. Det gør det lidt svært, for de fleste afdelinger har deres hoveddagsordener, hvor de vil bruge deres kræfter. Så det er ikke nødvendigvis sådan, at de hjælper mig med at løse en opgave, fordi jeg synes, det er en god ide. Før kræftpakkerne havde røntgenafdelingen og de andre berørte afdelinger ikke nogen interesse i det. Nu hvor de bliver målt på samme vis som os via Lungecancer-registerdata, er de interesserede i, hvordan et fælles pakkeforløb fungerer. Så nu er det et fælles barn. Men det har det ikke været, det har været en ren lungemedicinsk opgave. Og de har ikke haft incitamentet til at blande sig i den opgave.” (Overlæge)

Citatet tydeliggør de problemer, som manglende tværgående ledelse og siloorienterede afregnings- og monitoreringssystemer skaber – og som kræver stærk tværgående ledelse i mellemrummene. Igen peges der på den grundlæggende pointe, at ’man får, hvad man måler’: Og måler man på, hvordan ”et fælles pakkeforløb fungerer”, så får man ”et fælles barn”, ifølge overlægen. Flere af medlemmerne af hospitalsdirektionerne ser problemerne med at skabe tværgående forløb, men flere peger på problemer på afdelingsniveau. En chefsygeplejerske beskriver fx hvor svært hun synes det er at få afdelingerne til at tænke mere tværgående i forhold til patientforløb:

”I mit hoved er patientforløb på tværs af specialer. Men der er nogen, der tænker, at patientforløb det er inden for egen afdeling. Men det er jo ikke nok. Men det der er vigtigt, det er jo, hvordan vi har aftalt overgangene på tværs? Hvis patienten skal ud på X-købing og opereres, har vi så det med, sådan at vi ikke tænker patientforløb på afdelingen, men at vi tænker på tværs? Vi tænker i patientforløb, men vi tænker det inden for vores afdeling. Og det vi skal udfordre hinanden på nu, det er, at vi tænker det meget mere på tværs.” (Chefsygeplejerske)

Det er vigtigt at huske, at strukturen også har sine styrker, og flere peger på, at væsenet er blevet bedre og bedre til at levere såvel kvalitet som produktivitet – indenfor budgetterne – så længe vi kun ser på, hvad der foregår i den enkelte afdeling:

”Det, der foregår i den enkelte afdeling, foregår mange gange meget fornuftigt. Men når vi går på tværs af afdelingerne, så bliver det problematisk. Den hospitalsledelseskonstruktion, vi har,

burde i virkeligheden hele tiden kalibrere disse ting på tværs af afdelingerne, men det har de ikke været særligt gode til. Måske er det fordi, vi har fået defineret ledelsesopgaven lidt forkert. For det er den grundlæggende udfordring, så snart vi inddeler en organisation i nogle kasser, og noget skal gå på tværs af kasserne. Det er et væsentligt kriterium for at lave et overliggende ledelseslag, at det kan sikre fleksibiliteten mellem kasserne, så de ikke optimerer for sig selv. Det er helt generelt slået fejl i det danske sundhedsvæsen." (Ledende embedsmand)

Informanter på alle niveauer peger på problemer i relation til at skabe koordinerede tværgående patientforløb. Men med enkelte undtagelser peger informanterne på barrierer og problemer, som ligger uden for deres egen position. Denne beskrivelse af problemerne omkring at skabe tværgående ledelse, og dermed tværgående forløb i et hierarkisk system, stemmer overens med den opgivenesshed og "desillusion" i forhold til at indføre pakkeforløb af frivillighedens vej, som flere informanter beskrev tidligere (i afsnit 3.5.1, s.26). I denne situation blev det derfor en succes at forlade frivillighedens vej og i stedet vedtage nationale og centralt definerede pakkeforløb.

5.3 Fra politisk fokus til ledelsesmæssigt fokus

En meningsfuld skal-opgave, der gør op med et system, som ikke er i stand til at levere tværgående forløb i tilstrækkelig grad, er væsentlige men ikke tilstrækkelige forudsætninger for succes. Det ekstraordinære ledelsesmæssige fokus på at implementere kræftpakkerne er også væsentligt. Flere topembedsmænd forklarer det med det ekstraordinære politiske fokus på området, hvor både sundheds- og statsminister har fulgt med i implementeringen. Men de regionale politikere har i mindst lige så høj grad haft behov for vise, at de kunne løse denne opgave, idet der lå en fælles aftale mellem nationale og regionale politikere til grund for pakkerne, som den tidligere direktør for sundhedsstyrelsen peger på:

"Der har været ekstremt meget opmærksomhed på de her kræftpakker. Vel mere end der har været på noget, som handler om organisation i sundhedsvæsenet. Der har været enormt meget politisk interesse, der har været bundet i, at det er en aftale mellem Danske Regioner og Regeringen. Det vil sige, at det både er de politikere, der har ansvaret for rammerne, og det er de politikere, der har ansvaret for driften. Det er en stærk alliance. Begge parter har været stærkt committede. Det skulle lykkes! Regionerne skulle vise, at det her kunne man godt. Også for at undgå at næste skridt bliver, at vi går endnu længere ned i maskineriet. Derfor tror jeg, at det politiske fokus også regionalt har været ekstraordinært stærkt. Man har bedt om at få tilbagemeldinger på, hvordan det ser ud, fulgt med i ventetider, lever vi op til det, vi skal? Sundhedsministeren, sågar statsministeren, har været interesseret i det her projekt og fulgt med i, hvordan det udvikler sig og har set på de tilbagemeldinger, der er kommet. Det giver altså også en opmærksomhed på det fra ledelserne på sygehusene." (Direktør i Sundhedsstyrelsen)

Aftalen om pakkerne kan ses som et indgreb i regionernes driftsherre-ansvar, og derfor var det særligt vigtigt at vise succes for at undgå endnu tættere styring. Flere overlæger på afdelingsniveau oplevede den samme implicite trussel på lokalt niveau: Hvis det ikke lykkes, vil det være et "et fagligt nederlag, hvis man mister opgaven", som en ledende overlæge beskriver det, men man risikerer også at miste den handlefrihed, der er tilbage, og styringen kan komme til at gå "endnu længere ned i maskineriet". Andre peger på, at Sundhedsstyrelsens samtidige arbejde med specialeplanen også blev fortolket som en potentiel trussel om, at "hvis I ikke kan klare det her, så er det ikke jer, der skal have den opgave." (Overlæge)

Flere af klinikerne kommer med eksempler på, hvordan implementeringen af kræftpakkerne netop var karakteriseret ved en høj grad af "opmærksomhed fra ledelserne på sygehusene". Flere oplevede, at man gik fra en situation, hvor forsøgene på at løse ventetidsproblemerne havde været sporadiske og individuelt bårne af menige klinikere ude på afdelingerne uden det store

held. Men nu sad cheflægen for bordenden, når der skulle implementeres kræftpakker, hvilket har en stor betydning ifølge denne afdelingssygeplejerske, for *”så bliver man heller ikke væk fra møderne, når cheflægen han sidder der!”* Flere af sygehusledelsesmedlemmerne er meget bevidste om, at deres ledelsesopbakning er afgørende for, om denne slags tværgående initiativer lykkes.

”Ledelsesforankringen er altafgørende, for hvis ledelserne ikke går i front og viser, at det her det er den vej, vi skal gå, så kan du heller ikke få medarbejderen til at gå den vej. Vi skal først og fremmest vise, at det her det giver mening, og det vil vi. Det er kun ledelserne, der kan det og skal det.” (Chefsygeplejerske)

Også menige klinikere peger på, hvor vigtig ledelsesforankringen er. Netop fordi opgaven med udredning og behandling af mange kræftpatienter er så kompleks og involverer så mange afdelinger og medarbejdere, hvor kræftudredningen i mange tilfælde kun udgør en lille del af deres opgaver (som beskrevet i kapitel 2 s.14). Derfor oplever mange menige medarbejdere og afdelingsledere, at de ikke har magtet opgaven, fordi den krævede mandat til mere tværgående ledelse – altså hospitalsledelse. En overlæge forklarer her, hvordan kræftpakkerne, set med hans øje, løftede problemerne med de lange udredningstider væk fra hans og hans afdelings skuldre og over på hospitalsledelsen, som havde mandatet til at lede på tværs:

”Initiativ nr. 1 var, at [hospitals]ledelsen] gjorde sig klart, hvem der egentlig var involverede i lungecancerudredningen og fik alle parter inviteret til at mødes for at formulere, hvad der for hver afdeling var den konkrete problemstilling, der forhindrede afdelingerne i at levere varen inden for 28 dage. Så blev der sat en deadline, som lå i regerings- og regionsaftalen for, hvornår problemet skulle være løst – og det skulle stort set være nu! Så var det ikke længere lungemedicinsk opgave alene at have sorteper og skulle forhandle med hver afdeling. Nu sad alle afdelinger rundt om bordet. Det havde vi ikke haft mulighed for, hvis ikke vi havde haft [hospitals]ledelsen] med på opgaven.” (Overlæge)

Implementeringen af kræftpakker lykkedes blandt andet, fordi der var et meget stærkt politisk fokus, som forplantede sig til et ledelsesmæssigt fokus på sygehusniveau. Og netop sygehusledelserne havde det tværgående mandat, som kunne løfte en multidisciplinær opgave op fra den enkelte klinikers eller afdelings regi og gøre den mindre afhængig af den enkeltes forhandlingsevner. Karakteristisk for historien om kræftpakkeres tilblivelse på Vejle var netop, at hospitalsledelsen var involveret og bakkede projektet op på et meget tidligt tidspunkt – for det vakte alt andet end begejstring til at begynde med. En reservelæge tog initiativet, men det var forankret i hospitalsledelsen tidligt i processen.

Men det store fokus på kræftpakkerne skabte ikke kun øget ledelsesinvolvering på sygehusniveau. Det influerede også på de centrale myndigheders behov for at følge og sikre implementeringen, som den daværende direktør i Sundhedsstyrelsen beskriver det:

”Jeg er helt opmærksom på, at hvis det går galt med de her pakker, så ender en del af aben på mit skrivebord. Og på Regeringens. Selvom det formelt er sådan, at det er Regionerne, der har implementeringsansvaret, så er vi i det her sammen, og vi er afhængige af hinanden. Det er også derfor, jeg interesserer mig så meget for, hvad er det egentlig, der sker; hvordan bliver det faktisk implementeret? Fordi hvis vi kommer tilbage om et år eller to og ser, at der er i grunden ikke sket noget, så har vi altså et kæmpe problem.” (Direktør i Sundhedsstyrelsen)

Årsagen var, at styrelsen i praksis ikke kun var ansvarlig for regler og retningslinjer, men også ville blive draget til ansvar for en manglende implementering. Denne opgave blev løst ved nedsættelsen af en særlig Task Force på kræftområdet.

Samlet set havde alle meget på spil: Den ansvarlige minister, de nydannede regioner, de nationale sundhedsmyndigheder, og det smittede i høj grad af på alle ledelsesniveauer på sygehusene, så kræftpakker havde klar førsteprioritet.

5.4 Task Forces rolle i implementeringen

Implementeringen af kræftpakker adskiller sig fra andre tidligere initiativer på området ved at have en decideret implementeringsorganisation i form af en Task Force ledet af Sundhedsstyrelsens direktør, bestående af Regionernes direktører samt repræsentanter for Danske Regioner, KL og Ministeriet. Task Force havde således en høj grad af beslutningskompetence og havde til opgave at følge og sikre implementeringen. Ingen tidligere kræftplan havde haft en sådan implementeringsorganisation.

De tre topembedsmænd i denne undersøgelse, sad alle i Task Force. De peger på, at Task Force har været *"helt afgørende"* for, at implementeringen lykkedes. Af flere årsager: For det første blev den faglige proces omkring indholdet klart adskilt fra den administrative proces omkring sikring af implementeringen. Det gjorde opgaven mere klar og entydig.

For det andet var Task Force en relativt lille og homogen gruppe, men med meget høj beslutningskompetence (i forhold til bl.a. kræftstyregruppen som er væsentligt større og indeholder klinikere såvel som administrative og andre medarbejdere). Det skabte en oplevelse af, at *"man får talt sig ned i konfliktniveau"*, og der er væsentligt *"færre interesseartikulationer"*, som en regional topembedsmand formulerer sig. Den lille gruppe, og de personer som sad i den, fik skabt en anden kultur, som i højere grad var præget af et fælles ansvar over for opgaven, som man måtte *"stå sammen om"*. En kultur der af nogen blev oplevet som et brud med de mange *"interessesetilkendegivelser"*, der tidligere havde præget samarbejdet på kræftområdet.

"De folk, som sidder der [i Task Force], har erkendt, at hvis vi bliver ved med at skændes på den måde, så gør vi sundhedsvæsenet en frygtelig bjørnetjeneste. Så vi er nødt til at prøve at være enige om, hvornår der er succeser, men også stå sammen om når der er fiaskoer. Det, tror jeg, er et meget vigtigt element – den opfattelse der er blevet." (Ledende embedsmand)

Task Force gav det øverste administrative og ledelsesmæssige niveau en ny rolle i forandringsprocessen. Den daværende direktør for Sundhedsstyrelsen ønskede at ændre den rolle, styrelsen tidligere havde haft, hvor dens opgave var mere snævert defineret i forhold til at levere viden i form af fx vejledninger og bekendtgørelser til i højere grad at fokusere på implementeringen. Kort sagt: Det var ikke længere nok at stille viden til rådighed – opgaven er ikke løst, før ændringerne er kommet patienterne til gode.

Årsagen til, at denne aftale – i modsætning til de tidligere kræftplaner – fik en særlig Task Force, der skulle sikre implementering, udsprang blandt andet af erfaringerne med de tidligere kræftplaner:

"Fordi det her greb ind i ledelsesstrukturer, kunne vi godt se, at det ikke ville blive nemt. Vi havde jo også kunnet se, hvad der var sket med vores Kræftplan I og Kræftplan II. Der skulle mere til. Og så var vores overvejelse at forsøge, at få dem der har ansvaret for organisationerne trukket tættere på. For det er jo dem, der får ansvaret for den efterfølgende implementering. Og så lavede vi Task Force organisationen for at trække ledeshierarkiet ind med de regionale sundhedsdirektører. Ejerskabet blev bredere. Hele set-up'et er at tænke ændring i et bredere perspektiv end det, vi normalt gør. Altså at tænke implementeringen med i ændringsovervejelserne." (Direktør i Sundhedsstyrelsen)

Den ledelsestunge Task Force betød, at der blev skabt et forum, hvor de øverste ledelsesniveauer var direkte inddraget i implementeringen – og derved var det umuligt at lade opgaven *"falde ned"*

mellem forskellige stole”, som daværende direktør i Sundhedsstyrelsen vurderede, at der var en risiko for, hvis der ikke havde været en Task Force, der stod med ansvaret:

”Task Force var helt nødvendigt. Jeg er blevet mere og mere overbevist om, at den konstruktion var rigtig, jo længere tid der er gået. Det er enormt svært, og der er mange folk, der har været involveret i at lave det kliniske indhold. Men det er endnu sværere at få det til at virke i praksis. Og hvis vi ikke havde fået dem tæt på, som var ansvarlige for at få det til at virke i praksis, så var det blevet endnu sværere, end det er i dag. Og hvis vi ikke havde det tæt inde i processen, ville det løbe en meget stor risiko for at komme til at ligge på yderkanten af bordet og falde ned mellem forskellige stole og ikke rigtig blive til noget.” (Direktør i Sundhedsstyrelsen)

Siden implementeringen af kræftpakker er Task Force fortsat og blev i 2010 udvidet til også at inkludere de senere tilkomne pakker på hjerteområdet.

5.5 Monitoreringens rolle i implementeringen

Kræftpakkerne indeholdt klare krav og mål, som gjorde monitorering af implementering mulig. Derfor blev der fra start iværksat monitoreringssystemer på flere niveauer. Danske Regioner såvel som Sundhedsstyrelsen monitorerede implementeringen via såvel indberetninger fra de enkelte sygehuse som data fra Landspatientregistret¹⁸. Således blev det meget synligt, hvordan den enkelte region og det enkelte sygehus klarede sig.

Denne synlighed havde dog længe været tilgængelig via bl.a. rapporterne fra NIP, om end der havde været en del diskussion om validiteten af data i NIP (se evt. afsnit 3.1.1). Den væsentligste forskel, som kræftpakkerne skabte, var således ikke, at der kom monitoreringsdata på bordet, men at målsætningerne ikke længere var vejledende.

Monitoreringen foregik således ikke kun på nationalt niveau og regionalt niveau. Flere beskriver hvordan monitoreringen – og særligt de efterfølgende opfølgninger – satte en kædereaktion af monitorering i gang, som denne ledende overlæge beskriver:

”Ledelsesmæssigt har vi indført kontrolsystemer. Vi delte folk op i teams i afdelingen, så vi havde nogle grupper på typisk 3 specialister, der arbejdede sammen, og så tjekkede jeg simpelthen, om deres pakke-præparater blev færdig til tiden. Det var ikke sådan, at vi bare sagde, nu går jeg ud fra, at I opfylder jeres pakkeforpligtelser. Nej, vi så da efter, om de gjorde det. For vores direktør han kontrollerede mig og bad mig komme med den der overlægerapport om, hvordan det gik med vores pakke-præparater. Så ledelsesmæssigt var det jo sådan, at der var kontrol med, at vi opfyldte det.” (Ledende overlæge)

Flere informanter diskuterer forholdet mellem den monitorering og motivation blandt de sundhedsfaglige. Nogle har oplevet den monitorering som et supplement til den indre motivation, der både udspringer af den kollegiale forpligtelse på de multidisciplinære teams, men også af at klinikerne kan se, at forløbene virker og gør en forskel for patienterne – uanset om det blev kontrolleret eller ej:

”Det var ikke bare flovt at møde op til konferencerne uden svar, men vi lavede også kontrol på det. Vi holdt registrering på vores edb-systemer, så der var en ledelsesmæssig overvågning. Men den var fuldstændig unødvendig, for de gjorde det bare. Jeg tror, at motivationen er det vigtigste, og den er der.” (Ledende overlæge)

”Incitamentet har været deres faglighed, fordi at de kunne se, at der var nogle patienter, som var syge, som blev meget hurtigere afklaret. Og så det med at man har fundet nogle målepunkter, hvor man har kunnet se ens performance, det har i sig selv været incitamenter nok. Og så anerkendende ros for den indsats man gør, for at få det til at lykkes.” (Chefsygeplejerske)

¹⁸ Monitoreringen er dog ikke uproblematisk hverken i Danske Regioner, som primært har baseret sig på spørgeskemaer, eller i Sundhedsstyrelsen, hvor LPRdata ligger til grund (se fx metodebeskrivelsen i styrelsen monitorering (29)).

Den indre motivation, og det at hele projektet giver mening, er væsentligt og fremhæves af mange informanter. Men flere peger også på, at det umiddelbart meningsfulde ikke er nok til at få projektet til at bære igennem i en hverdag, hvor pakkerne griber ind i mange forhold, ikke mindst lægernes rolle, selvbestemmelse og frihed (se afsnit 4.1.6). Flere ledere peger således på, at monitoreringen har været forudsætningen for at sikre implementeringen:

”Hvis det kører, uden at nogen kontrollerer det, så bliver det ikke gjort, og så bliver der ikke fulgt op på tingene. Hvis ikke du har det fokus og følger op på resultaterne og melder tilbage til afdelingerne og delagtiggør dem i, hvordan det går, så får du ikke de forandringer. Men det kræver en ledelsesmæssig involvering og forankring. Du kan bare se på de kliniske databaser [NIP] – på datakompletheden – der er nogen, der har været gode til at melde ind, mens andre har været dårlige. Det viser bare, at hvis du ikke har fokus på det, og frivilligheden gælder, så bliver det noget af det, man nedprioriterer.” (Cheflæge)

Monitoreringen påvirker selve ledelsesopgaven, både fordi manglende implementering bliver meget synlig, men også fordi hele hierarkiet af monitoreringer og opfølgninger betyder, at den enkelte leder bliver stillet til ansvar for manglende implementering – eller afvigelser fra aftalen – og derfor udgør det i højere grad en ledelsesmæssigt udfordring, som kalder på handling:

”Vi får løbende monitoreringsrapporter. Her på sygehuset dykkede vi pludselig i vores performance i lungecancerpakken. Så tog vi en kontakt til vores øre-næse-hals-afdeling, der laver diagnoser på dem. Så gik vi igennem med dem, hvad var det egentlig, der var årsagen til, at vi lige pludselig ikke performede, og så fik vi rettet op på det.” (Chefsygeplejerske)

Monitoreringen af, hvorvidt afdelinger og sygehuse overholdt forløbstiderne, er en form for kontrol. Men flere ledere peger på, at det netop er kontrollen, der muliggør, at de kan få frihed til at implementere og organisere sig, som de vil. For så længe de ”overholder garantierne”, kan de få frie hænder til at organisere pakkerne i hverdagen – en frihed der opleves som meget væsentlig. Forudsætningen for den organisatoriske frihed er således, at det enkelte sygehus og den enkelte afdeling kan vise – via monitoreringen – at de løser opgaven.

”Sygehusledelsen har ikke blandet sig i, på hvilken måde det skulle gøres. Bare vi overholdt de garantier, der var udstukket. Vi havde frie hænder til at gøre, som vi mente, at vi kunne her på stedet, og det synes jeg har været meget positivt. Tingene bliver jo monitoreret, og hvis der er noget, der ikke har fungeret, er vi blevet bedt om at gøre rede for hvorfor.” (Overlæge)

”Der har ikke været lagt bånd ned over os. Vi har fået lov til at organisere det sådan, som det var mest hensigtsmæssigt. Vi har i ret betydelig grad selvstyre, men de forventer, at vi gør det. De forventer, at vi overholder de spilleregler, der er i kræftpakkerne. Vi bliver målt på det hver gang, når vi sidder til kvartårlige møder med direktionen, om vi overholder tingene.” (Cheflæge)

Monitorering har spillet en afgørende rolle i implementeringen. Den åbenlyse overvågning og opfølgning, som er foregået på stort set alle niveauer, har været med til at sikre et vedvarende fokus på opgaven. Men samtidig fremhæves den indre motivation, der ligger i at føle ejerskab og føle ansvar over for kollegaer, man skal stå ansigt til ansigt med fx på en konference. Monitoreringen af forløbstider står ikke i modsætning til friheden til at selvorganisere inden for rammerne af pakkeforløb. Således beskriver flere, hvordan de har oplevet at få frihed under ansvar for opgaven.

5.6 Ressourcer

En årsag til, at pakkerne generelt opleves som en succes af informanterne, er, at stort set alle har peget på, at de har fået de ressourcer, der har været behov for i form af apparatur, lokaler osv.:

”Samtidig med at man har indført pakkeforløbene, har man jo også sprøjtet en masse penge i systemet, og det har vi rigtig kunne mærke. Vi er blevet enormt motiveret, for vi har simpelthen

fået grejet til det. For én gangs skyld blev der stillet nogle krav til én – det var OK – men der var også nogen, der fulgte op med mere personale og mere moderne udstyr. Her der fulgte der økonomi med, og det var en kæmpe forskel.” (Ledende overlæge)

Mange ledere og medarbejdere har haft samme oplevelse af, at der blev prioriteret ressourcer til at løse de tekniske og apparatmæssige udfordringer. Og at der er blevet lyttet til de behov, medarbejderne havde. Den ledende overlæge i citatet er heller ikke alene om at opleve det som en undtagelse fra reglen, at der *”for én gangs skyld”* fulgte økonomi med.

Men ressourcer har også spillet en anden rolle. På ét af de undersøgte sygehuse blev overholdelsen af pakkerne direkte knyttet til de ledende overlægers resultatløn. Hvis afdelingen overholdt svartiderne på sine pakkeforløb udløste det resultatløn til den ledende overlæge, hvilket den ledende overlæge oplever som et incitament, der gør at *”motivationen for mig var høj”*.

”Man havde nogle styringsinstrumenter, der gjorde det meget attraktivt for den ledende overlæge at sørge for, at de der pakker blev opfyldt. Vi kodede dem i vores edb-system under P for pakker, og så kunne vi gå ind og se, når året var omme, om vi opfyldte vores pakkeforløb. Og hvis man gjorde det, så fik jeg resultatløn. Så motivationen for mig var høj.” (Ledende overlæge)

Samlet set har diskussioner af ressourcer dog ikke fyldt meget blandt informanterne. Dette betyder ikke, at ressourcer er uden betydning, men snarere at mange for det første ikke mener at ressourcetrækket i forbindelse med pakkeforløb er nævneværdigt (som det fremgik af afsnit 4.1, s.32). For det andet at der faktisk var allokeret ressourcer til implementeringen af pakkeforløb.

5.7 Fra driftsledelse til strategisk ledelse – og tilbage igen

Den sidste årsag til succes, som denne analyse peger på, handler om pakkernes indbyggede evne til at sætte fokus på driftsledelse – i et sundhedsvæsen, som flere informanter peger på, i alt for høj grad har bevæget sig væk fra fokus på ledelse af driften og i stedet er meget mere optaget af strategisk ledelse.

Historien om egentlig ledelse i det danske sygehusvæsen er ca. 25 år gammel og startede i tiden omkring indførelsen af egentlige hospitalsledelser (trojkaledelser) og budgetansvarlige afdelingsledelser (26). Bevægelsen fra administration mod ledelse har været mange år undervejs, og den har været ledsaget af et væld af lederudviklingstilbud, kurser, programmer og (master)uddannelser. Ledelse – og hele det sprog der følger med – har holdt sit indtog på hospitalerne. Ledelsernes vigtigste funktion var oprindeligt at muliggøre det decentrale budgetansvar, som skulle rette op på den vigende produktivitet – men siden er det blevet klart, at der skal meget andet og mere til end at holde budgetter. Den strategiske ledelse har særligt været formuleret på topledelsesniveau, og her skal der strategier, visioner, missioner og værdigrundlag til. Og på afdelingsniveau oplever flere, at ledelseskrafterne er fokuseret på budgettet, og siden er HR og personaleledelse kommet til. Men blandt informanterne er der flere, der peger på, at den strategiske og medarbejderfokuserede ledelse har fortrængt den operationelle driftsledelse, der handler om at få produktionen til at fungere optimalt – ikke mindst patientforløbene. En ledende embedsmand reflekterer selvkritisk over sin egen rolle i denne udvikling:

”Hvis jeg skal sætte det på spidsen, så er det et problem, at vi har så travlt med at fortælle hospitalsledelsen, at de skal huske at være strategisk tænkende og lade være med at blive fanget ind i driften. At lede i mellemrummene mellem to afdelinger er hospitalsledelsens opgave, men vi bortdømmer det hele tiden og siger, at de skal lade være med at blive fanget ind i alt det der drift – de skal komme op i helikopteren. Så kommer man måske så højt op, at man ikke bliver opmærksom på, hvad der egentlig er problemet. I virkeligheden er det, fordi vi begynder at tale om hospitalsledelsen som sådan nogen strategiske helikopterledelser, i stedet for at understrege at de er driftsledelser, som skal hjælpe afdelingerne med de værktøjer, der skal til. Hvis der ikke er

nogen, der tager sig af den operationelle driftsledelse, fordi vi har så travlt med alt mulig andet, så forsømmer vi noget". (Ledende embedsmand)

En chefsygeplejerske fortæller her om en oplevelse, der peger i samme generelle retning: Hun oplever ledere som har et stort fokus på HR og personaleledelse i afdelingerne, men som til gengæld ikke ser, at en driftsrelateret opgave som patientforløb er væsentlig i samme grad:

"En afdelingssygeplejerske havde bedt mig om en samtale, fordi hun gerne vil være oversygeplejerske, men har fået afslag to gange. Hun vil vide: 'Hvad skal jeg have mere fokus på?' 'Du skal have mere fokus på patientforløb, og at du ser vigtigheden af, at man som sygeplejefaglig leder tænker i patientforløb, som en vigtig del af den daglige ledelse.' Og det kan hun godt se, for hun har været optaget af arbejdsmiljø og personaleledelse. Men det med at gå ind og tænke i patientforløb og blive mere bevidst om det ledelsesansvar, der ligger på patientforløb, det gav hende en øjenåbner." (Chefsygeplejerske)

Nogle informanter peger på, at de ser tegn på, at dette måske er ved at ændre sig i retning af et større fokus på driftsledelse og på den faglighed, der ligger i det. Blandt andet ved en større åbenhed over for at tage metoder fra andre felter præget af *kompliceret procesindustri*, i brug:

"Der er en erkendelse hos de læger, der er på vej, at når det kan lade sig gøre i en kompliceret procesindustri, så må det være muligt at bruge nogen af de mekanismer på hospitaler. Det mener jeg, vi har forsømt i det danske hospitalsvæsen. Der er ikke nogen, der helt har villet anerkende det. Men man har fået øje for, at det med patientforløb er noget andet end det, man bare går og siger. Det kræver faktisk noget håndværk. Vi har brug for mere simpel kompetence i arbejdsorganisering og arbejdstilrettelæggelse." (Ledende embedsmand)

En cheflæge (som ikke er så ung endda) er enig i, at han og hans hospital ikke har haft nok fokus på patientforløb og den praktiske planlægning og implementering af dem i forhold til arbejdsplaner:

"Man kunne godt mangle nogle logistik-folk, som kan se de her ting. Det er først nu, at vi for alvor er begyndt at tænke i arbejdsplaner. Vi har *tænkt* dem mange gange, vi har lavet dem i små sporadiske processer, men vi har aldrig nogensinde fuldført dem. Flow-tankegangen har vi kunnet teoretisk, men vi har ikke været gode til at lave den i praksis." (Cheflæge)

Pakkeforløb handler om patientforløb og dermed sætter de i høj grad fokus på driftsledelse: På logistik, arbejdsplaner, på hvem der skal være hvor, hvornår og gøre hvad – i en kompleks organisation, som efter nogle lægeres opfattelse kan lignedes med kompliceret procesindustri. Derfor står pakkeforløb i kontrast til hele retorikken om vigtigheden af strategisk ledelse og personaleledelse, der har præget ledelsesdiskursen i sygehusvæsenet. I et sygehusvæsen præget af, at de store strategiske linjer fastlægges stadig mere centralt, rejses spørgsmålet om, hvorvidt pendulet er svinget for langt over mod et for ensidigt fokus på strategisk ledelse på bekostning af et vedvarende ledelsesmæssigt fokus på kompetencer inden for driftsledelse.

Implementeringen af pakkeforløb har været med til at sikre et klart skift i det ledelsesmæssige fokus, som blev rettet mod arbejdsorganisering, tværgående koordination, optimering: mod driftsopgaver. Og det er værd at bemærke, at en meget stor del af informanterne har oplevet det som en succes at beskæftige sig med noget konkret og målbart, hvor man som leder og som medarbejder kunne lykkes med tingene på en synlig måde.

5.8 Sammenfatning: Hvorfor lykkedes det?

Pakkeforløb en succes blandt medarbejderne, på trods af at udgangspunktet var en sundhedsminister, der havde "*tabt tålmodigheden*" med sundhedsvæsenets egne forsøg på at forbedre kræftbehandlingen og besluttede at forlade "*frivillighedens vej*", som det lød fra folketingets ta-

lerstol, og lave et politisk indgreb, der rakte langt ind i ”maskineriet”, som en topembedsmand formulerede det. Analysen har peget på flere årsager til, det gik godt:

1. For det første var der tale om **en skal-opgave**. Det var et markant brud med tidligere tiders inspirationskataloger og forhåbninger om at kunne inspirere til forandring.
2. Den årsag, som stort set alle informanterne dog lægger mest vægt på, er imidlertid, at **kræftpakkerne gav mening** for de sundhedsfaglige.
3. Pakkeforløb **gør også op med svaghederne i den organisatoriske struktur** med selvstændige afdelinger, der skaber incitament til at optimere inden for delene, men som gør det svært at fokusere på helheden i forløb på tværs af afdelinger. Pakkeforløb gør tværgående koordination og tæt pakkede forløb til et ufravigeligt krav. Dermed **gør de også op med svaghederne i den ledelseskultur**, som har betydet, at kun få sygehusledelser havde formået at skabe det flow i forløb på tværs af afdelinger, som udredning og behandling uden unødigt ventetid kræver – ad frivillighedens vej.
4. Samtidig var kræftområdet blevet kraftigt politiseret, og der var meget på spil for de centrale aktører, ikke mindst regering og regioner som havde indgået aftalen. Derfor var der et ekstraordinært **politisk fokus** på pakkernes tilblivelse og implementering, og det skabte et mindst lige så ekstraordinært **ledelsesmæssigt fokus** hele vejen ned gennem systemet.
5. Det politiske fokus og det deraf følgende ledelsesmæssige fokus, kombineret med erfaringerne fra Kræftplan 1 og 2 som tydede på, at der skulle mere til at skabe forandring, gjorde, at Sundhedsstyrelsen ønskede at lave et organ, der kunne sikre reel implementering, hvilket førte til nedsættelse af en **beslutningsstærk Task Force til implementering**.
6. Selve **implementeringen blev monitoreret** på mange organisatoriske niveauer, og løbende fulgt op i såvel den nationale Task Force, og i varierende grad også lokalt på sygehusniveau og afdelingsniveau. Målingerne gjorde implementering og manglen på samme synlig og dannede grundlag for ledelsesmæssig handling.
7. En anden årsag er, at flere aktører peger på, at **ressourcerne var der** – særligt ressourcer til apparatur, lokaler mv.
8. Sidst men ikke mindst peges der på, at pakkeforløb **gjorde op med et manglende ledelsesmæssigt fokus på at drive tværgående processer på sygehuse** – altså patientforløb – og ikke blot sikre optimal drift inden for den enkelte afdeling. Dette kan delvist forklares ved et fokus på strategisk ledelse på bekostning af driftsledelse, der er blevet set som en mindre central ledelsesdisciplin – særligt på topledelsesniveau. Men det er netop her, at behovet for tværgående driftsledelse er størst for blandt andre kræftpatienterne.

Historien om kræftpakkernes tilblivelse og implementering er således historien om et problem, der synliggøres og anerkendes af både klinikere og politikere, som derfor kan mobilisere mange forskellige aktører i meget forskellige kontekster. Der skabes bredt anerkendte løsninger, bl.a. via inddragelse af såvel de faglige selskaber i udformningen af de enkelte pakkeforløb som af medarbejderne lokalt i implementeringen, hvilket sikrer et bredere ejerskab.

6 Hvad kan vi lære om pakkeforløb og ledelse?

Pakkeforløb på kræftområdet er en organisatorisk og ledelsesmæssig succes i den forstand, at det lykkedes at udvikle og implementere forløbene¹⁹ og at gøre det i et bredt samarbejde mellem administratorer, ledere og klinikere i praksis. Blandt informanterne i denne undersøgelse var der i første runde i oktober-november 2008 enkelte kritiske røster, men disse var stort set forstummet ved anden interviewrunde i februar-marts 2010. Men hvad vi kan lære om pakkeforløb og ledelse i sygehussvæsenet af dette forløb: Er pakkeforløb løsningen på andre – måske ligefrem de fleste – sygdomsområder? Og viser forløbet med pakker på kræftområdet, at mere topstyret ledelse og lodrette ordrer er vejen frem?

6.1 (Hvor) er pakkeforløb løsningen?

Siden implementeringen af kræftpakker har pakker bredt sig til hjerteområdet, hvor der er udviklet og implementeret yderligere fire pakker²⁰. Task Force for kræftpakkerne er udvidet til også at inkludere hjertepakkerne og hedder i dag Task Force for patientforløb på kræft- og hjerteområdet.

Samtidig mener flere informanter, at pakketankegangen kan bruges inden for endnu flere områder: De peger på, at denne måde at pakke ydelser på karakteriserer patientforløbene inden for (dele af) kirurgien, og at den har gjort det længe pga. blandt andet accelererede patientforløb. Også på akutmodtagelserne ses tankegangen, hvor triage og symptombehandling som arbejdsform vinder frem, og flere peger på, at det gør anvendelse af såvel udrednings- som behandlingspakker hensigtsmæssig. Men der peges også på andre medicinske områder – fx KOL og visse gigtsygdomme.

Når man skal bedømme pakkers bredere relevans i sundhedsvæsenet, er det derfor væsentligt at fokusere på essensen i pakkeforløb. Den er, som tidligere beskrevet (i afsnit 2.2 s.14), at man standardiserer et forløb indholds- og tidsmæssigt, og derefter 'pakker' et antal ydelser, så de administrativt, tidsmæssigt og logistisk hænger sammen, så det fx kun kræver én henvisning at lave den pakkede serie af ydelser inden for en fastlagt tidsfrist. I praksis kan dette kræve præbookede tider til forskellige ydelser i forskellige afdelinger, som afdelingerne således mister den løbende råderet over. Hertil kommer tanken om et fastlagt multidisciplinært samarbejde mellem relevante aktører omkring beslutningstagning i forløbet.

På kræftområdet har der været stort fokus på gennemløbstiden og på at sikre akut behandling af kræft, som den oprindelige politiske aftale slog fast. Og netop fordi kræft er en kompleks sygdom, som involverer mange specialer, er det multidisciplinære samarbejde centralt. Når relevansen af pakkeforløb skal anskues bredere, er det vigtigt at erkende, at ikke alle sygdomme har behov for at blive behandlet akut – ligesom det heller ikke er alt, der kræver en lige multidisciplinær tilgang. Begge elementer har været vigtige i forhold til kræftpakkerne, men det multidisciplinære og det akutte er mere en funktion af diagnosen kræft²¹ end af selve konceptet pakker. Essensen i et pakkeforløb er således det indholds- og tidsmæssigt standardiserede forløb (for

¹⁹ Jf. indledningen til kapitel **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** på s. 48 hvor det understreges, at hverken overholdelse af forløbstider eller sundhedsmæssige effekter er målt i denne undersøgelse.

²⁰ 1. januar 2010 er der implementeret fire landsdækkende diagnosespecifikke hjertepakker for ikke-akutte livstruende hjertesygdomme.

²¹ Som det er fremgået af analysen, stilles flere spørgsmål ved, hvorvidt alle kræftformer har behov for akut udredning og behandling, da ikke alle kræftsygdomme udvikler sig lige hurtigt.

udredning, behandling, rehabilitering) og de på forhånd pakkede ydelser vha. åbne eller præbookede tider.

Som tidligere beskrevet er pakkeforløb et koncept, som har meget tilfælles med både accelererede patientforløb og LEAN (kapitel 3 s.17). Flere informanter peger på, at essensen af pakker har meget tilfælles med disse koncepters eliminering af spildtid ved at køre stramt styrede og planlagte forløb. Derfor ser informanterne et potentiale i at bruge pakkeforløb som redskab til at få *effektiviseret* og *strømlinet* forløb, skabt *hurtig logistik* og *undgå unødigt ventetid*. Men et andet element af pakkeforløb er for flere af informanterne *patientorientering*:

”Der er stort potentiale i stadigvæk at videreudvikle denne tænkning om pakker, og der er jo rigtig mange patientforløb, der ikke er i pakker. Der er mange flere områder, hvor man kunne tænke denne her mere strukturerede og patientorienterede vej igennem systemet. At have flere ting tilrettelagt som også kunne gøre, at det var forudsigeligt for patienterne, hvad det er, de kan forvente. Så jeg synes stadig, der er stort potentiale i den her tænkning.” (Oversygeplejerske)

”Pakkeforløb er i virkeligheden patientforløbstænkningen: Patienten skal altid være i bevægelse. Der skal ske noget med patienten hele tiden.” (Ledende embedsmand)

Hvis man ser pakkeforløbene i dette perspektiv – som et redskab til at strømline patientforløb så man undgår unødigt ventetid og til at gøre det mere forudsigeligt for patienterne, hvad de kan forvente hvornår – er det let at forstå, hvorfor så mange af informanterne ser et stort potentiale i konceptet. Som oversygeplejersken siger: På mange flere områder kunne ”*mere strukturerede og patientorienterede veje igennem systemet*” gavne.

Spørgsmålet er imidlertid, hvor grænser for egentlige pakkeforløb går: Egner alt sig til pakker? Da pakker kræver standardisering såvel som organisering, er det væsentligt, at der, som denne cheflægeformulerer det, er tale om:

”standardproblemstillinger af en vis hyppighed. For hvis du har meget mindre end en håndfuld tilfælde om ugen, så begynder det at tynde ud i de fordele, der er forbundet med det.” (Cheflæge)

Analysen af konsekvenserne for kapacitet pegede også på, at det var væsentligt, at der var patientgrupper (*uden for* pakkeforløb), der kunne kaldes ind med meget kort varsel, hvis der opstod ubenyttede tider i et pakkeforløb, hvis kapacitetsudnyttelsen ikke skulle falde som konsekvens af pakkeforløb (afsnit 4.1.3.1, s.35). Det betyder, at den samlede kapacitetsudnyttelse kan være afhængig af, at *ikke* alle patienter i afdelingens produktion er bundet til pakkeforløb.

Spørgsmålet om pakker, og hvad de egner sig til, er imidlertid ikke længere blot et spørgsmål om rationel produktion. Det er også blevet et spørgsmål om ressourcer. Som analysen pegede på, så er der meget divergerende holdninger til hvorvidt pakker koster eller ligefrem sparer penge. Men resultatet er blevet, at pakkerne har udløst ressourcer i varierende omfang – både på kræft- og siden på hjerteområdet. Pakker er blevet en måde at få såvel politisk og ledelsesmæssigt fokus, som ressourcer til et område. Dermed er pakker delvist blevet dekoblet fra sit oprindelige formål og den mere rationelle produktionstankegang, der lå bag, hvor pakker var et relativt specifikt værktøj, der kunne bruges til at accelerere forløb ved at standardisere arbejdsprocesser på tværs af afdelinger og afgive frihed og magt, så de standardiserede tæt-pakkede forløb kunne køre på tværs af systemet.

At skaffe ressourcer samt politisk og ledelsesmæssigt fokus til et område er væsentligt. Men netop fordi pakkeforløb har fået karakter af løftestang for disse dagsordner, er det vigtigt at forholde sig produktionslogisk til, hvorvidt nye områder egentlig egner sig til pakkeforløb? Vil nye pakkeforløb kunne levere bedre outcome? Vil de kunne forbedre den patientoplevede kvalitet

signifikant? Begge dele er væsentlige, men pakkeforløb leverer ingen af delene automatisk. Til gengæld koster de – i et eller andet omfang – ressourcer, der ikke kan bruges på andre patienter.

6.2 Hvad kan vi lære om ledelse i sygehusvæsenet?

Ledelse i sygehusvæsenet er ofte til diskussion: Har vi for meget af det, eller har vi måske for lidt? Eller har vi for mange ledere og for lidt ledelse? Eller er det for meget ledelse og for lidt frihed og tillid, der skaber problemerne? I denne afsluttende diskussion stiller vi skarpt på, hvad denne undersøgelse kan lære os om ledelse i sygehusvæsenet.

Der er sket meget fra den første kræftplans fokus på kapacitet og apparatur – til Sundhedsstyrelsens direktør i forbindelse med implementeringen af kræftpakker under 10 år senere udtaler:

”Jeg ved godt, det er lidt djøf-agtigt at sige, men jeg tror simpelthen, at ledelse er nøglen ind i det her område.” (Direktør i Sundhedsstyrelsen)

Fokus er skiftet markant i denne periode. Det er ledelsesstilen også, som denne ledende overlæge beskriver det:

”Historien om pakkeforløb er ledelsesmæssigt interessant: Vi fik Kræftplan I og en masse penge, og skal man være lidt grov, så hjalp det ikke det mindste. Så fik vi Kræftplan II og en masse penge, og der skete ikke noget som helst. Så stillede en minister sig op og sagde ’Nu er kræften akut sygdom: 48 timer’. Og så skete der noget. Det er lidt interessant, at man faktisk prøvede to gange på den gamle måde, og så var der én, der på et tidspunkt sagde: ’Se så at komme i gang, nu gider vi ikke snakke med jer mere’. Det var noget pinligt for sundhedsvæsenet for at sige det rent ud. Jeg håber på, at det har noget at gøre med, at man havde fået gødet jorden så mange gange, så man efterhånden var moden til at gøre noget, og så fik en lille ting vognen til at rulle. Men jeg er lidt bange for, at der var noget med ledelsesstilen, som hjalp. Hvis man kunne skrue tiden tilbage, ville det jo være interessant at se, hvad der var sket, hvis man havde sagt sådan første gang.” (Ledende overlæge)

Som analysen har vist, er det absolut ikke bare djøfferne, der synes ledelse er vigtigt. Det glæder også de kliniske ledere og ikke mindst medarbejderne. Det er evident, at kapacitet og apparatur også er væsentligt, men som denne analyse har vist, så er kapacitet i høj grad et spørgsmål om organisering og dermed om ledelse – det er altså ikke *kun* et spørgsmål om antallet af hænder og maskiner. Det erkender denne cheflæge, som ikke efterlyser hverken hænder eller isenkram – men i stedet entydigt peger på den manglende ledelsesmæssige indsats som forklaring på, hvorfor han ikke selv har ”gjort det her for mange år siden”:

”Det er godt, at jeg ikke er blevet interviewet af en journalist, der havde spurgt mig, hvorfor vi ikke har gjort det her noget før. For jeg vil virkelig komme til at føle mig skyldig forstået på den måde, at jeg jo som ledelse kunne have gjort det her og fået det til at fungere. Og der må man da være eftertænksom, for det kunne jeg/vi jo selv i ledelsessystemet have gjort for mange år siden.” (Cheflæge)

De medvirkende ledere og medarbejdere peger på, at ledelse har været centralt i denne proces, og en væsentlig årsag til at kræftpakkerne blev en forandring, der lykkedes.

Sundhedsvæsenet – og i særdeleshed sygehusvæsenet – portrætteres ellers ofte som en super-tanker, der er meget resistent over for såvel ledelse som forandring. Ofte peges på en autonom kultur, der er alt andet end autoritetstro og en manglende efterlevelse af beslutninger truffet i ledelseshierarkiet. Når kræftpakker alligevel lykkedes, og når ledelse var så centralt i processen, modsiger det umiddelbart supertanker-metaforen. Flere informanter peger imidlertid på, at kulturen egentlig ikke er ledelses- og forandringsresistent – men at der er noget galt med den

måde, man ofte forsøger at bedrive ledelse og forandring på i sygehusvæsenet. En cheflæge peger på, hvordan man som leder kan bruge de kulturelle træk aktivt og konstruktivt:

"Jeg har lært, at det er svært indimellem at få forandring til at slå igennem. Men jeg har også lært, at får man i det her system rimelig firkantede regelsæt at køre efter, så er systemet i langt de fleste tilfælde også i stand til at forandre sig til at køre efter regelsættene. Vi har jo alle sammen været vant til at arbejde efter instruksbøger, vi er jo opdraget til at følge retningslinjer. Så i det øjeblik man har rimelig faste retningslinjer, så følger folk dem også. Det kræver bare, at man også fokuserer på de regelsæt, der er, og siger at de *skal gennemføres*." (Cheflæge)

I stedet for at se kulturen som en barriere for forandring, peger cheflægen på kulturelle aspekter, som kan fremme forandring – i dette tilfælde sundhedsfaglige medarbejderes forhold til instrukser og retningslinjer. Men han understreger også, at det kræver, at man som leder både laver "*firkantede regelsæt*", og at man "*fokuserer*" på, at de "*skal gennemføres*". Altså at man som leder tør at træde i karakter og stille krav.

Andre peger også på behovet for denne form for mere håndfast ledelse. Analysen af pakkeforløbenes konsekvenser (kapitel 4, side 32ff) pegede således på flere forhold, som kan skabe modstand: Pakkeforløb begrænser den enkelte læges faglige frihed såvel som lægernes mulighed for at lede og fordele arbejdet i afdelingen, og den fri arbejdstilrettelæggelse begrænses. Det har konsekvenser for den rolle, lederne kommer til at spille, og de ledelsesmæssige opgaver de skal håndtere. To ledende overlæger beskriver her, hvordan disse udfordringer kræver, at lederne kan håndtere *interne problemer* og om nødvendigt *banke i bordet*:

"Det tog lang tid at få pakken kørt i gang: Så kom problemet med, at nogen pludselig skulle møde hver mandag til konferencetidspunkt, og om torsdagen var operationsgangen i det rum hos onkologerne 'låst' [til kræftpatienter]. Det kunne de acceptere, men hvis der nu kom en dårligere patient, ville de have lov til at prioritere om. Der var det [cheflægen] der bankede i bordet, og sagde 'Så må I gøre det efter arbejdstid eller rydde et andet sted: Nu må vi prioritere at holde pakken kørende'." (Ledende overlæge)

"Der kommer en ledelsesopgave, fordi man skal ind og kigge på de arbejdsgange og sørge for, at de hele tiden er dækket ind og sige til overlægerne, at der hele tiden skal være én til at passe patienterne, så fx ikke alle kan komme med til kongres eller lignende. Så der ligger nogle bindinger for de overlæger, der skal deltage i forløbene, og jeg skal sikre bemanningen, og det giver nogle interne problemer." (Ledende overlæge)

Lederne oplever i varierende grad den rolle, pakkerne giver dem, som svær. Men mange ledere har oplevet, at de måtte skabe motivation aktivt, bearbejde fordomme og forbehold og forholde sig til mange typer af modstand. Særligt i begyndelsen krævede pakkerne, at lederne kunne håndtere svære interne ledelsesopgaver. Disse opgaver er ikke faldet alle ledere lige let, og derfor er det en barriere for ændringer på dette felt, at det involverer nogle svære udfordringer for mange ledere.

Flere peger på, at de oplever en konfliktsky kultur – ikke kun på ledelsesniveau – som gør det svært at håndtere disse opgaver. Der er ikke tradition for, at man udfordrer hinanden på denne vis – heller ikke selvom man synes, det er i en god sags tjeneste. En overlæge karakteriserer kulturen som *reaktiv*:

"Kulturen er reaktiv. Man gør kun det, man får besked på og ikke mere. Ingen selvstændige initiativer – den kultur ligger ikke til overlægerne. Kulturen har fokus på fagligheden, og kulturen stritter, hvis nogen beder nogen om at gøre noget anderledes eller mere effektivt." (Overlæge)

En chefsygeplejerske ser problemet og vil gerne gøre op med det, men ved ikke hvordan:

"Vi skal gøre de svære ting lettere. Det skal være lettere at tage ting op med hinanden, altså udfordre hinanden på at de her forløb kan vi altså godt gøre bedre sammen. Vi skal få en måde, vi

kan italesætte det på og gøre hinanden nysgerrige. Vi skal gøre det mere legalt at udfordre hinanden og at være dristige." (Chefsygeplejerske)

Samlet set kan de svære interne ledelsesopgaver, som implementering af pakkerne rummer, fungere som en barriere, idet lederne kan have tendens til at undgå disse opgaver – særligt hvis der er tale om en i varierende grad konfliktsky kultur.

Informanterne lægger også vægt på ledernes evne til klart og tydeligt at formulere målbare mål, følge op på fremdrift og tilbageskridt. De klare monitorerede mål gør det muligt at skabe "*små sikre synlige sejre*" som en overlæge formulerede det. En chefsygeplejerske har netop brugt denne strategi:

"Det har været en rigtig god opgave, og man har kunnet se, at der meget hurtigt er kommet nogle gevinster af det. Hvis man har forandringsprocesser, hvor man kan skabe den samme commitment og samtidig have nogle hurtige synlige resultater, så kan man meget nemmere flytte nogen ting." (Chefsygeplejerske)

Faktisk efterlyser flere af mellemliderne ikke mere frihed og autonomi, men er glade for "*langt om længe*" at have fået en klar ordre på at løse en klart defineret opgave:

"Langt om længe giver man os en helt konkret opgave og beder os om at løse den *no matter what*. Og det synes jeg, var en fed oplevelse. Jeg synes ofte, det er sådan, at 'nu ser vi lige, om vi kan blive enige, og så kan det være, vi kan få en aftale'. Og så er der typisk en eller anden overlæge, der finder en barriere: 'Nå, men så bliver det jo ikke til noget – og videre til næste projekt'. Endelig møder man, at det her, det skal vi!" (Afdelingssygeplejerske)

Hun er langt fra alene om at mene, at denne form for ledelse er nødvendig – og at den er en mangelvare. En ledende overlæge efterlyser også "*klarere beskeder*":

"Jeg tror desværre, at der skal bruges noget mere skarp lud engang imellem. Jeg tror, vi snakker for pænt til hinanden. Det ville gavne processerne, hvis der engang imellem var nogle flere mennesker, der lidt skarpere sagde: 'Det er sådan det er!' Jeg tror godt at vi alle sammen kunne have gavn af engang imellem at få lidt klarere beskeder." (Ledende overlæge)

Der efterlyses en ledelsesstil, der tør kræve, at opgaver løses "*no matter what*" og ikke er bange for en gang i mellem at "*bruge mere skarp lud*". Ledere, der er mindre konfliktsky og tør at tage de svære konfrontationer, kan også få løst svære problemer og dermed lede medarbejderne til en oplevelse af succes – og ikke blot frustrationer over, at "*så bliver det jo ikke til noget – videre til næste projekt*", som afdelingssygeplejersken oplever det.

Denne efterlysning af en mere beslutningsstærk ledelsesstil skal imidlertid balanceres med det grundlæggende vilkår for ledelse, at det handler om tillid. Og det er meget svært at skabe forandring for ledere, der ikke er i stand til at skabe tillidsfulde relationer til deres underordnede. Som en cheflæge påpeger:

"Ledelse er jo ikke nogen rationel disciplin. Det er jo et virvar af følelser, formuleringsevne, personlig fremtræden og tillid. Hvis ikke du er i stand til at skabe tillidsfulde relationer med dine omgivelser, så kan du ikke være leder." (Cheflæge)

På den ene side efterlyses mindre konfliktsky og mere beslutningsstærk ledelse. På den anden side understreges vigtigheden af tillid, medarbejderinddragelse og indflydelse. Det er ikke nødvendigvis modstridende – flere ledere har haft succes med at finde en balance i dette felt omkring implementeringen af kræftpakker. Men det er ikke nogen let opgave.

Ikke mindst fordi sygehusvæsenets forhold til ledelse er dilemmafyldt: På den ene side blev kræftpakker, som var en skal-opgave, en succes blandt klinikerne. Alligevel peger flere på, at traditionen for autonomi stikker dybt i de sundhedsprofessionelle. Det betyder, at behovet for ledelse ikke nødvendigvis falder naturligt, som denne cheflæge udtrykker det:

”Vi har værdier, som gennemgående er fælles for os i sygehusvæsenet: Der er ikke brug for nogen, der sætter sig op på bukken og svinger pisken. Folk som har gået længe i skole og har en professionel uddannelse, hvad skal de med ledelse? De har jo et selvstændigt ansvar over for patienterne. Ledelse falder ikke nødvendigvis naturligt.” (Cheflæge)

Ikke bare de sundhedsfaglige har et dilemmafyldt forhold til den form for håndfast ledelse, som kræftpakkerne er et eksempel på. To djøffere – i form af ledende embedsmænd – mener grundlæggende set ikke, det ”*brude være nødvendigt*” med en ordre om kræftpakker og vil hellere ”*sætte retning og give plads*”. Men begge mener samtidig, at ordren var nødvendig i dette tilfælde:

”Fra at mene at det ikke burde have været nødvendigt, så har jeg måttet erkende, at det har virket som et instrument, klinikerne er glade for. I virkeligheden har sundhedsvæsenet meget brug for viljestærke politikere, som kan fastsætte nogle mål og går efter dem, men også skubbe forstyrrelser væk.” (Ledende embedsmand)

”Vores opgave er at sætte retning på, hvor vi vil hen og så give plads til udfoldelse og måle på, hvad der kommer ud af det. Jeg må dog indrømme, at for kræftpakker der er det helt åbenbart, at det at stille krav og give rum ikke rækker. Netop fordi at den enkelte leder kun råder over en begrænset del af processerne. Vores system er jo meget optaget af, hvis de bliver udsat for overgreb fra ledelsens side. Men der har været dyb forståelse blandt de sundhedsprofessionelle af, at det her var nødvendigt, fordi det ikke kunne ske af sig selv.” (Ledende embedsmand)

Det sidste citat påpeger noget centralt: Forudsætningen for systemets accept af den klare ordre var, at de sundhedsprofessionelle generelt havde erkendt, at det ”*ikke kunne ske af sig selv*”. Først her får beslutningen legitimitet frem for at blive betragtet som et ”*overgreb fra ledelsens side*”.

Et sidste spørgsmål, der skal berøres, handler om konsekvenserne af pakkeforløb i fremtiden. Ikke på patienterne eller forløbene. Men på ledelseskulturen og på medarbejderne. Hvad betyder det for de mange ledere og medarbejdere, der har været involveret i processerne, medvirket til implementeringen og som for manges vedkommende således har været en del af driften før, under og efter kræftpakkerne?

En cheflæge reflekterer her over de forløbsmæssige effekter på kort sigt såvel som de kulturelle langtidsvirkninger af forløbet med kræftpakker:

”Vi har fået nogle pakkeforløb, der er velbeskrevne, der ligger noget skal i det, man bliver kigget i kortene, der bliver fulgt op på tingene; det er helt åbenlyst, at det har flyttet noget her og nu. Til gengæld tror jeg, at den kultur, der skabes med det her, kan smitte af på andre områder, hvor vi ikke har pakkeforløb endnu. Derfor kan man håbe på, at det ikke bliver en skal-kultur, der skal indføres, men en kultur hvor afdelingerne selv bliver de ledende i at få implementeret. Man kan håbe, at det her smitter af, så vi ikke nødvendigvis behøver at have nogle firkantede pakkelsesninger, men at afdelingerne laver deres egne pakkelsesninger.” (Cheflæge)

Hvorvidt de erfaringer, medarbejdere og ledere har gjort sig med implementeringen af pakker på kræftområdet, får de positive langtidsvirkninger, cheflægen håber på, kan ikke afgøres her. Imidlertid er det en central ledelsesmæssig opgave at sikre den mulige organisatoriske læring oven på dette forløb, hvor det lykkedes at ”*flytte noget her og nu*”. Både for at kunne fastholde forandringen såvel som for at kunne skabe et mere proaktivt sygehusvæsen, som kan bevare den lokale dynamik og frihed i fremtidens stadig mere centraliserede sygehusvæsen.

6.3 Sammenfatning: Hvad kan vi lære om ledelse?

”Hvis man skal være meget firkantet, så kan man sige, at meget af det, der foregår i de her pakkeforløb, er jo ikke rocket science.” (Ledende embedsmand)

”Egentlig er tingene jo ikke så svære. Det er jo bare fra A til B og så lave nogle aftaler, som man forpligtiger sig til at overholde.” (OVERRADIOPROF)

Men hvis tingene ikke er ”så svære” og pakkeforløb ikke er ”rocket science”, hvorfor skulle der så et regeringsindgreb til? Det helt korte svar, som denne rapport kan pege på, er, fordi den ledelsesmæssige indsats ikke har evnet, kunnet eller prioriteret at skabe hurtige, tværgående patientforløb på kræftområdet.

Samlet set peger analysen på, at ledelse i bred forstand er den afgørende nøgle ind i dette område, fordi såvel kapacitet som gennemløbstid i høj grad er en funktion af organisering – ikke kun af ressourcer primært i form af apparatur og hænder. Og den valgte organisering er igen en funktion af den lokale ledelses prioriteringer og kompetencer.

Ledelse er et bredt begreb, og denne analyse har peget på flere specifikke karakteristika ved den form for ledelse, der har ledt til succes:

Implementeringen af kræftpakke har hvilet på en bred alliance af politisk ledelse, topledelse, sygehusledelse og afdelingslede: Altså **en mere samlet og fokuseret ledelsesindsats er vigtig**.

Men der menes også evnen til at holde fast i ét projekt og skabe fokus, prioritering, monitorering og opfølgning: Altså en mere **vedholdende indsats** hvor der følges op, til målet er nået (og ændringen fastholdt), og hvor noget prioriteres klart og tydeligt over noget andet. En væsentlig pointe omkring ledelse er således vigtigheden af mere **klarhed i ledelsesindsatserne**: Klare mål og fremdrift, der monitoreres og følges op på, muliggør også klare definitioner af, hvornår noget er en succes eller det modsatte.

En sidste men væsentlig pointe, der til dels følger af ovenstående, er vigtigheden af, at lederne retter deres indsats mere mod driften i en kendelse af, at konkret **driftsledelse er det vigtigste**, for det er driften, patienterne møder. Strategisk ledelse i et samlet nationalt evidensbaseret sygehusvæsen er i højere grad et spørgsmål om meningsfuld udfoldelse, oversættelse og implementering af centrale tiltag. Den primære opgave for lederne er at sikre lokal dynamik i et stadig mere centraliseret væsen, bl.a. via inddragelse af medarbejdere i udformning af lokale koncepter og variationer over regionale eller nationale temaer. Driftsledelse står ikke nødvendigvis i modsætning til strategisk ledelse. Kræftpakker er multidisciplinære, tætpakkede, tværgående patientforløb på tid. De kan ses som et forsøg på at bringe de strategiske visioner og værdier om bedre kvalitet, bedre logistik og kapacitetsudnyttelse, bedre samarbejde på tværs og bedre patientbehandling og information, fra strategiplaner og skåltager til konkret virkelighed.

Med erkendelsen af, at driftsledelse er helt afgørende i et sygehusvæsen, hvor de strategiske linjer af gode grunde fastlægges stadig mere centralt, følger også, at det er vigtigt, at ledelse både kommer tættere på patienternes og dermed også medarbejdernes hverdag. Og her er det afgørende, at ledelse på den ene side evner at finde en balance mellem at samle, **skabe tillidsfulde relationer** og dermed sikre sig legitimitet. Men på den anden side også evner at **udfordre, stille spørgsmål, være mindre konfliktsky og mere konfronterende**. Kræftpakker har haft store konsekvenser for bl.a. lægerollen og den faglige såvel som personlige frihed knyttet til den. Og det har flere steder genereret varierende grader af **modstand, som lederne skal håndtere**. Men ledelserne havde ikke andet valg end at holde fast, tage konfrontationerne og **inddrage medarbejderne så meget som muligt** i udformningen.

Den sidste – og muligvis helt afgørende faktor – er, at **mening og legitimitet er vigtigt**: Som analysen har beskrevet, blev successen skabt *against all odds*, idet der absolut ikke er udelt gode erfaringer med topstyring af detaljer i sundhedsvæsenet – og flere fremdrager kontaktpersonordningen som et eksempel på en beslutning, som ingen lægger sig hårdt i selen for at efterkomme. Den væsentlige forskel til kræftpakker handler om problemforståelsen: Kontaktperson-

ordningen er ikke bygget på en problemforståelse, der har karakter af en brændende platform, altså en situation der har karakter af akut problem – set fra de fleste sundhedsfagliges perspektiv. Og løsningen i form af navngivne kontaktpersoner til alle patienter er heller ikke umiddelbart meningsfuld for mange medarbejdere og ledere.

Med kræftpakker forholdt det sig anderledes, og analysen af kræftpakkernes tilblivelse (kapitel 3, s.17ff) viser, at problemforståelsen ikke begrænsede sig til en politisk/administrativ kontekst, men i høj grad blev delt af klinikerne. Informanterne beskriver en generel erkendelse af, at det krævede klare beslutninger, og at udfordringerne ikke kunne løses ved for megen konfliktsky laissez-faire ledelse, eller ved at man blev længere oppe i den strategiske ledelseshelikopter, men i stedet kom ned på jorden, tog de svære udfordringer som bl.a. begrænsningerne i frihed og behovet for en mere fleksibel arbejdsorganisering skabte. Det handlede om ledelsesmæssigt at sætte fokus på drift og patientforløb.

Bilag 1: Interviewpersoner

Dato	Titel	Organisation
10. okt. 2008 og 10. februar 2010	Ledende embedsmand	Direktør i Sundhedsstyrelsen
30. okt. 2008 og 15. februar 2010	Ledende embedsmand	Direktør for sundhedsvæsenet i Region 1
25. nov. 2008 og 23. februar 2010	Overlæge	Hospital 1 i Region 1
25. nov. 2008 og 9. marts 2010	Cheflæge	Hospital 1 i Region 1
25. nov. 2008	Ledende overlæge	Hospital 1 i Region 1
25. nov. 2008 og 23. februar 2010	Overlæge	Hospital 1 i Region 1
23. februar 2010	Afdelingssygeplejerske	Hospital 1 i Region 1
9. marts 2010	Oversygeplejerske	Hospital 1 i Region 1
15. februar 2010	Ledende overlæge	Hospital 2 i Region 1
22. februar 2010	Oversygeplejerske	Hospital 2 i Region 1
22. februar 2010	Overlæge	Hospital 2 i Region 1 (Denne overlæge er den samme som den ledende overlæge på Hospital 1 i Region 2, der er interviewet 3. nov. 2008)
15. februar 2010	Ledende overlæge	Hospital 2 i Region 1
26. februar 2010	Chefsygeplejerske	Hospital 2 i Region 1
5. februar 2010	Ledende embedsmand	Direktør for sundhedsvæsenet i Region 2
3. nov. 2008 og 16. februar 2010	Cheflæge	Hospital 1 i Region 2
3. nov. 2008	Ledende overlæge	Hospital 1 i Region 2 (Denne overlæge er den samme som den ledende overlæge på Hospital 2 i Region 1, der er interviewet 22. feb. 2010)
3. nov. 2008 og 5. februar 2010	Overlæge	Hospital 1 i Region 2
3. nov. 2008 og 16. februar 2010	Ledende overlæge	Hospital 1 i Region 2
16. februar 2010	Oversygeplejerske	Hospital 1 i Region 2
25. februar 2010	Ledende overlæge	Hospital 2 i Region 2
2. marts 2010	Chefsygeplejerske	Hospital 2 i Region 2
25. februar 2010	Overradiograf	Hospital 2 i Region 2

Litteraturliste

- (1) Regeringen, Danske Regioner. Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter. København: Regeringen og Danske Regioner; 2007.
- (2) Sundhedsstyrelsen. Opfølgning på Kræftplan II. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (4) Kjellberg J, Kjellberg PK, Buch MS. Ledelse af cancerforløb. Notat til Danske Regioner. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2007.
- (5) Gaub J, Hald F, Grinsted P, Rhode P. Patientforløb: Udredning, behandling, opfølgning. Erfaringer på Vejle Sygehus (Bilag 6.1. til Kræftplan II). København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (6) Sundhedsstyrelsen. Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Evaluering af kræftplanens gennemførelse - Status og fremtidig monitorering. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
- (7) Juhl E. Rundrejse i det danske sygehusvæsen. København: Statsministeriet; 2007.
- (8) Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for lungekræft (Version 1.1). København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- (9) Husted H, Hansen HC, Holm G, Bach-Dal C, Rud K, Andersen KL, et al. Indlæggelsesvarighed efter operation med hofte- og knæalloplastik i Danmark. I: Volumen, morbiditet, mortalitet og resurseforbrug. En landsdækkende undersøgelse på ortopædkirurgiske afdelinger i Danmark. Ugeskrift for Læger 2006;168(22):2139-2143.
- (10) Lund CM, Jensen FS, Kehlet H. Hvorfor ligger patienter på opvågningsafsnittet efter elektiv colonkirurgi? Ugeskrift for Læger 2004;166(47):4253-4256.
- (11) Degn-Petersen B, Carlsen H, Weber T, Rasmussen YH, Kehlet H. Accelereret patientforløb efter sectio. Ugeskrift for Læger 2004;166(23):2254-2258.
- (12) Rasmussen S, Kristensen BB, Foldager S, Myhrmann L, Kehlet H. Accelereret operationsforløb efter hoftefraktur. Ugeskrift for Læger 2003;165(1):29-33.
- (13) Kehlet H. Accelererede operationsforløb - Hvorfor og hvordan? Ugeskrift for Læger 1997;159(44):6495.
- (14) Månedens profil: Henrik Kehlet. Verdenskendt forskning i operationsforløb. 2010; Available at: <http://sund.ku.dk/profilen/henrikkehlet/>. Accessed 27. sept., 2011.
- (15) Kehlet H, Melander P. Svært at indføre nye arbejdsmetoder på sygehusene. Indblik Nu 2009 2. april.
- (16) Green A. NIP - lungecancer. National auditrapport januar 2009 - december 2009 (Version 23. april 2010). Århus: Det Nationale Indikatorprojekt; 2010.
- (17) Det Nationale Indikatorprojekt. Available at: <http://www.nip.dk/>. Accessed 07/01, 2011.

- (18) Kræftstyregruppen. National kræftplan. Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2000.
- (19) Jakobsen M. Vejle modellen. Gavner det patienten? Tæt på kræft. *Kræftens Bekæmpelse* 2007;5(4):4-7.
- (20) Green A. Det Nationale Indikatorprojekt og Dansk Lunge Cancer Register. Rapport over udvalgte indikatorer: 4. kvartal 2009 (Data opdateret 14. januar 2010). [U.st.]: DLCR; 2010.
- (21) Danske Regioner. Status for implementering af pakkeforløb på kræftområdet - august 2008. København: Danske Regioner; 2008.
- (22) Danske Regioner. Notat: Danske Regioners syvpunktsplan på kræftområdet. København: Danske Regioner; 2007.
- (23) Tang K. Kræftbehandling uden ventetid. København: Danske Regioner; 27. september 2007.
- (24) Indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussens (V) besvarelse af spørgsmål fra Jens Peter Vernersen (S) i Folketingets Spørgetime onsdag d. 3. okt. 2007 kl. 13.19. Available at: http://www.ft.dk/forhandlinger/20071/20071M002_2007-10-03_1300.htm#dok.
- (25) Sundhedsstyrelsen. Indsatsen på kræftområdet - Organisering og tidsplan. Kommissorium for Task Force for kræftområdet (7. september 2007). København: Enhed for Monitorering og Patientvisitation; 2007.
- (26) Bentzen EZ. Sygehusledelse i Danmark. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne; 2000.
- (27) Danske Regioner. Status for implementering af pakkeforløb på kræftområdet - april 2009. København: Danske Regioner; 2009.
- (28) Jensen AR, Nellesmann HM, Overgaard J. Tumor progression in waiting time for radiotherapy in head and neck cancer. *Radiotherapy and Oncology* 2007 juli;84(1).
- (29) Sundhedsstyrelsen DR. Monitorering af kræftområdet 1. halvår 2008 – 1. halvår 2010. Udvikling i antal behandlede kræftpatienter og tid fra henvisning modtaget på sygehus til behandling begynder. 2011 Februar.
- (30) Larsen MB, Sokolowski I, Vedsted P. Kræftpatienters ventetider i det specialiserede sundhedsvæsen. Delrapport 2, version 3 : En analyse af kræftpatienters ventetid før og efter national indførelse af kræftpakkerne. Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus Universitet; 2009.
- (31) Sundhedsstyrelsen. Sygehuspatienters overlevelse efter diagnose for otte kræftsygdomme i perioden 1997-2008. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
- (32) Mintzberg H. *The Structuring of Organizations. A Synthesis of the Research*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1979.

Erfaringer med kræftpakker

**Det Nationale
Analyse- og Forskningsinstitut
for Kommuner og Regioner**

Dampfærgevej 27-29, Postboks 2595
2100 København Ø
Telefon: +45 35 29 84 00