



Fremtidens sundhedsvæsen

hvad står vi overfor?

Af Gunnar Bovim, Lotte Lykkegaard Laursen og Søren Barlebo Rasmussen

Fremtidens sundhedsvæsen – hvad står vi overfor?

Der sker meget i sundhedsvæsenet disse år, og der er stor opmærksomhed omkring fremtidens sundhedsvæsen – hvordan skal det se ud? I 2023 præsenterede den norske Helsepersonellkommissjon sine anbefalinger omkring fremtidens sundhedsvæsen til de norske politikere, og i Danmark barslede Robusthedskommissionen i Danmark. Tidligere har Sygehusudvalget og Prioriteringsudvalget i Norge bidraget med deres respektive rapporter og anbefalinger. Alle omdiskuterede rapporter. I Danmark vil Sundhedsstrukturkommissionen komme med deres anbefalinger i løbet af foråret 2024. Her er opdraget det samme. Hvordan skal fremtidens sundhedsvæsen se ud?

Det danske og norske sundhedsvæsen står i dag på et solidt fundament af succes. Årtiers dedikeret arbejde fra sundhedspersonale, faglige specialister og ledere har skabt et effektivt sundhedsvæsen med innovative behandlingsmetoder, der har bidraget til at forlænge levealderen og forbedre den generelle sundhedstilstand på tværs af alle aldersgrupper for bare at nævne et par succeser. Denne succesfulde udvikling inden for sundhedsvæsenet har været en afgørende faktor for den positive udvikling i velfærdssamfundet. Men med de førnævnte rapporter og anbefalinger om fremtidens sundhedsvæsen står vi i dag med omfattende data/fakta, som gør, at det er naturligt at stille spørgsmålstegn ved, om vi kan fortsætte succesen som før? Eller er vi nået et tipping point i forhold til de udfordringer, vi ser ind i i fremtidens sundhedsvæsen?

De seneste år er vi begyndt at tale om den "dobbelt-demografiske udfordring". At befolkningen bliver ældre og dermed mere ressourcekrævende sundhedsmæssigt, samtidig med at der forholds-mæssigt bliver færre unge, der kan arbejde i sundhedsvæsenets organisationer. En prognose fra 2012 siger det således: "antallet over 64-årige øges med 500.000 og antal 15-64-årige falder med 100.000" (Møller Pedersen 2012). At der er demografiske udfordringer for fremtidens sundhedsvæsen, er ikke en ny indsigt (se f.eks. den 12 år gamle reference bag citatet lige før) men nu en akut udfordring. Mange i Norden har også hørt om konkrete arbejdskraftsmangler i det engelske sundhedsvæsen igennem mange år. Her har der været en årti-lang diskussion om personalemangel i NHS – se f.eks. denne indledning fra en ny rapport om problemet:

"The workforce crisis has been a prominent issue for years, but there has been little concerted action from governments to tackle the challenge. For almost two decades now there has been no clear plan to address the crisis and the staffing gaps have continued to worsen, because, for whatever reason, the UK political system seems unable to respond properly to this very real public concern." (The King's Fund 2022)

Som det også kan ses af citatet, er problemet ikke at forstå, at der er et problem, eller at forstå hvad problemet er. I England - såvel som i Norge og Danmark mangel på arbejdskraft til sundhedsvæsenet meget synlig. En mangel som er blevet mere og mere synlig gennem det sidste årti og som nu rækker ved sundhedsvæsenets nuværende fundament. Problemet er altså ikke at erkende at vi ikke kan fortsætte som tidligere, men mere at forstå, hvorfor man ikke gør noget ved det. Det vil vi komme med nogle bud på i denne artikels første afsnit.

Denne artikel er skrevet i anledning af et dansk-norsk topledelseseminar, som afholdes i maj 2024. Her er temaet: transformation af de store sundhedsorganisationer. Artiklens formål er både at fremlægge de gode grunde til, at radikal omlægning er vigtig, men også hvorfor det er så svært at overbevise systemets aktører om, at det virkelig er nødvendigt. For hvad hjælper det at have en masse gode svar på, hvordan vi skal forandre sundhedsvæsenet og dets organisationer, hvis vi ikke kan forklare folk, hvorfor det er vigtigt? Og hvis vi ikke forstår, hvorfor folk hellere vil fortsætte med den nuværende funktionsmåde?

Artiklen her er den første af en lille serie på to artikler. Den næste artikel handler om, hvordan transformation kan ske. Hvad er den strategiske, organisatoriske og ledelsesmæssige kerne i at få transformation til at ske? I denne første artikel vil vi starte med at se på, hvorfor det er vanskeligt for folk og systemet virkelig at tro på, at transformation er vigtig og nødvendig - selv om behovet for forandring er tydeligt for alle. Dernæst vil vi se på de afgørende grunde til, at den nuværende funktionsmåde ikke kan fortsætte. Artiklen slutter med fem gode råd til dem, der gerne vil argumentere for behovet for transformation.

Hvorfor er det svært at ændre på en succes?

Vi har altså i tyve år vidst, at vi har nogle fundamentale problemer i vores hidtidige succesfulde sundhedsvæsen, og at problemerne ville vokse. Vi har igennem alle årene kunne se mod England og se problemerne i fuldt flor, da de tydeligt er et årti foran os i denne udvikling. I dag kan vi se på et engelsk sundhedsvæsen med store alvorlige problemer efter COVID-pandemien. I mange engelske storbyer holder ambulancerne til tider i kø foran hospitalerne - fordi der ikke er personale til at tage imod patienterne. Det burde på alle måder være ret tydeligt, at der behov for en grundlæggende omlægning af sundhedsvæsenet og dets måder at fungere på.

Men alligevel er det svært at få det nuværende system og dets mange interessenter til at blive enige om, at der er behov for noget nyt - at systemets nuværende funktionsmåde må ændres radikalt. Det er jo egentlig ret tankevækkende - det kan synes som om, at der en form for kollektiv blokade. Og hvis vi ikke forstår denne blokade, så hjælper det ikke at komme med en masse gode ideer til fremtidens succesfulde sundhedsvæsen.

Problemet er i første omgang slet ikke at forstå, hvordan ændringen skal ske, men at forstå hvorfor ændring af sundhedsvæsenet ikke ses som den mest oplagte løsning – hvilke barrierer der ligger for forandring i de dybe indgroede rutiner, grundlæggende antagelser og et 'sådan gør vi her' -mindset i sundhedsvæsenet, og forstå hvorfor det er så svært at komme i gang med at gentænke en succes.

Det er der selvfølgelig mange grunde til. Men overordnet kan man sige, at en række aktører er blevet vant til en anden løsningsmodel. En løsningsmodel der grundlæggende siger: den nuværende funktionsmåde har været en succes gennem mange år og fungerer – vi skal bare have flere ressourcer til at gøre mere af det samme. På denne måde er vi som system blevet vant til at skubbe problemet opad – til politikerne – som så skal tage ansvar ved at prioritere lidt mere af den samlede samfundsøkonomi til at håndtere sundhedsvæsenets udfordringer.

Denne løsningsmodel er slet ikke dårlig. Og som vi nævnte i indledningen har en stor del af velfærdssamfundet positive udvikling været baseret på denne model. Men som vi skal se, så kan en model, der fungerer i en periode, godt være grunden til, at tingene slet ikke lykkes i den næste periode.

Den organisatoriske grund

Danny Miller har i sin klassiker "The Icarus Paradox: How Exceptional Companies Bring About Their Own Downfall" (Miller 1992) beskrevet et interessant fænomen for mange store organisationer, der i mange år er succesfulde: hvordan det der startede med at gøre dem succesfulde med tiden gør, at de mislykkes i længden. Argumentationen er simpel. Man er gode til noget og får succes ved at gøre dette. Derfor får man mere og mere fokus på at gøre netop sådan – det giver jo succes. Organisationen bliver mindre og mindre organisk og tilpasningsdygtig og mere og mere som en maskine, der fremdyrker sin egen ekstreme og rendyrkede form at fungere på. Dette kan man så have succes med en række år eller årtier, men på et tidspunkt vil organisationen – på trods af fordums styrke – ende med at være dårligt tilpasset til sine omgivelser. Og så er det, at organisationen – som Ikaros i den græske mytologi, der i overmod fløj for tæt på solen med vinger af fjær og voks – falder til jorden.

Det er netop det, der er sket med de store offentlige sundhedsorganisationer. De har været ekstremt succesfulde ved at rendyrke en funktionsmåde, hvor patienterne behandles gennem komplicerede patientforløb med fokus på at gøre det helt rigtige faglige ift. patientens sygdom. Og de har været gode til at få politikerne til at prioritere flere og flere ressourcer. Så organisatorisk har der – indtil videre – ikke været det store problem ved sundhedsvæsenets nuværende funktionsmåde. Selvfølgelig har der de sidste 30 år løbende været politiske diskussioner om, man kunne bruge endnu flere ressourcer på

sundhedsvæsenet. Men samlet set har der hen over årene været opbakning hos politikerne og hos befolkningen.

Samfundets moralske forpligtelse

Denne opbakning har gennem tiden været så solid, at vi snart ikke længere tænker over det. Men egentlig er det vel lidt tankevækkende, at et samfund, der på mange måder er vant til at få tingene billigere og billigere – tænk bare på prisen for at flyve – har vist villighed til at ressourcemæssigt at prioritere sundhedsvæsenet mere og mere. Sundhedsvæsenet har fået en særlig moralsk rolle i vores moderne samfund. Tidligere troede flere på et liv efter døden og gik i kirke og til præster for at få hjælp til at få det. Nu er der en tendens til at vi skaber mening ved at stræbe efter et godt liv før døden og vi går til sundhedsvæsenet for at optimere vores muligheder for at få det gode liv. Det moralske imperativ er flyttet fra kirken til sundhedsvæsenet, som er blevet nøglen til det gode liv før døden. Opbakningen fra samfundet og os som borgere er derfor nærmest uendelig. Hvem vil tage vores mulighed for det gode liv fra os (tidligere den evige frelse)? Det er i hvert fald ikke nemt for en politiker at sige nej til en befolkning, der selv gerne vil prioritere dette mere og mere i deres liv. Moralen i samfundet trækker grundlæggende i denne retning. Det kan synes direkte umoralsk ikke at prioritere sundhedsvæsenet hvis overhovedet muligt.

Også af denne grund har den nuværende funktionsmåde været succesfuld. Hvis befolkningen kunne opnå mere sundhed og fravær af smerter, sygdom og et dårligt liv, var de villige til at prioritere det. Derfor har politikerne også løbende kunnet finde flere og flere ressourcer til at fortsætte med den eksisterende funktionsmåde, der drives af en voksende 'forbrugerisme', der har overtaget fra det egentlige sundhedsbehov og dermed driver aktivitet op. Lad os fortsætte med endnu mere af det samme - vi har ressourcerne til det.

Den perfekte faglighed

De sundhedsfaglige eksperter har også trukket i denne retning. Uddannelsessystemet har frem til i dag uddannet dem til en rolle, hvor deres ekspertise udelukkende er at fokusere på den meget snævre sundhedsfaglige opgave – hvad er korrekte faglige behandling? Faglig kvalitet er blevet et spørgsmål om at finde frem til den bedste behandling. Uden at tage hensyn til den organisatoriske eller økonomiske virkelighed. Tværtimod vil økonomiske argumenter for ikke at kunne tilbyde en behandling opleves som uvedkommende for den sundhedsfaglige. Det er noget som økonomichefen må tage ansvar for.

Det er igen tankevækkende, at denne faglige kultur med fokus på den perfekte faglighed uden at skulle tage hensyn til organisatoriske og/eller økonomiske rammer, har kunne udvikle sig. I mange af livets områder virker det oplagt at tage hensyn til økonomi og

ressourcer. Har vi råd til at bygge en ny terrasse? Har vi tid til at male stuen? Og inden for mange ekspertområder er det oplagt en del af fagligheden at forholde sig til sådanne ressourcespørgsmål. IT-specialisten er uddannet til at lave de programmer, der tænker på brugen af lagerplads og CPU-kraft. Det perfekte program er oplagt et program, der kan køre ordentlig med de IT-ressourcer, vi nu engang har til rådighed.

Men sådan er det ikke inden for det sundsfaglige område. Samfundsmoralen omkring sundhed gør også her en forskel. Den perfekte faglighed er her en faglighed, der ikke prioriterer eller tænker på ressourcer og økonomi. Man kan jo altid få flere af dem, hvis bare de sundhedsfaglige argumenter er gode nok.

Dette har også resulteret i, at beslutninger om produktion, faglig kvalitet og økonomiske ressourcer er blevet et spil mellem tre aktører med ret forskellige dagsordener. De sundhedsfaglige eksperter har udelukkende argumenteret for, at den faglige kvalitet skal være så god som mulig. Økonomichefer og direktører for de sundhedsfaglige organisationer har sagt, at kvaliteten skal være i orden, men at produktion og økonomi også skal hænge sammen. Og så har der været de politiske beslutningstagere, som så ofte har haft opgaven med at udvide den økonomiske ramme – eller forklare befolkningen hvorfor en mulig behandling, som eksperterne gerne vil lave, ikke kan prioriteres. En nærmest umulig opgave for de politiske beslutningstagere, når samfundsmoralen har været, som den har været omkring sundhed.

I fremtidens sundhedsvæsen kan beslutninger om behandlinger ikke kun baseres på den højeste faglige standard, men også på en bæredygtig anvendelse af ressourcer. Og da vi ikke kan organisere os ud af sundhedsfaglige dilemmaer, så ligger der en opgave i at sikre at fremtidens sundhedspersonale rustes med kompetencer til at forstå og navigere i det komplekse samspil mellem faglig kvalitet, økonomisk bæredygtighed og politiske beslutninger, så prioritering bliver en integreret del af den faglige kompetence, som fremtidens sundhedspersonale skal besidde.

Væsenet består af mennesker

De ovenstående grunde til, at en grundlæggende ændring ikke opfattes som den oplagte mulighed, er tæt koblet til sundhedsvæsenets særlige måde at fungere på i vores samfund. Den fjerde – og sidste grund vi her vil komme ind på – er mere generel. Sundhedsvæsenet består af mennesker, og mennesker har det ikke altid nemt med forandringer.

Der er mange måder at beskrive dette på. I antropologien vil man tale om, at mennesker er vane-skabende dyr, da vaner er en effektiv måde at bruge vores energi på. I sociologien vil vi tale om kultur, som ubevidst disponerer os for bestemte mønstre af handlinger. I Change Management-litteraturen vil man tale om modstand mod forandring. I

organisationsteorien vil begreber som "kernekompetencer" og "stiafhængighed" pege i samme retning. Pointen er den samme: vi mennesker har det godt med rutineret adfærd.

Det er dog ikke det samme, som at vi mennesker slet ikke vil forandringer og ikke kan sætte vores vilje ind på at gøre tingene anderledes. Det kan vi godt. Og det vil vi godt, når vi kan se mening med det. Men her fortæller udviklingspsykologien os, at vi mennesker er komplicerede størrelser. Et begrebsapparat, der beskriver dette godt, er Kegan og Laheys "Immunity to Change" (Kegan og Lahey, 2001). Her kan vi både have "stated commitments" og "conflicting hidden commitments". Stated commitments kender vi alle fra vores nytårsforsætter: "Næste år vil jeg begynde at leve et sundere liv". Conflicting hidden commitments kan så f.eks. være: "Det er vigtigt for mig at være en succes på mit arbejde og et godt familiemedlem, der har tid til hygge". Så selv om jeg er meget opsat på at leve det sunde liv, så kan hverdagens pres og konkurrerende hensyn ofte betyde, at jeg alligevel ikke følger og lykkes med mine eksplicite forsætter.

På samme måde i sundhedsorganisationerne. Vi kan sagtens have eksplicite strategier, med ambitioner om innovation, digitalisering og bedre tværsektorielt samarbejde. Men i hverdagen har vi også modsatrettede og konkurrerende hensyn, der trækker os i retning af, hvad vi er rundet af i forhold til vores grundlæggende antagelser eller stærke moralske imperativer i samfundet; hvad vores faglighed ekspertise fortæller os; hvad de nuværende organisatoriske incitamenter trækker os i retning af, og dette kan skabe en mere eller mindre ubevidst modstand – eller immunitet mod forandring. Ikke på grund af en iboende modvilje mod fornyelse, men som en naturlig konsekvens af de mangeartede og ofte modstridende krav, sundhedsprofessionelle navigerer i.

Behov for transformation - men hvad er det egentlig?

Der er således en hel del forståelige grunde til, at den nuværende funktionsmåde – vi løser problemet ved at få flere samfundsressourcer til at fortsætte med at lave mere af det samme – bliver ved med at være den dominerende – på trods af at vi i snart tyve år har talt om behovet for at gøre noget grundlæggende anderledes. Derfor er det heller ikke nok at komme med en lang række argumenter for at transformation er nødvendig. Vi må også forstå, hvorfor systemet alligevel nemt ender med at fortsætte med den eksisterende funktionsmåde.

Når det er sagt, så er det selvfølgelig også vigtigt at komme med de gode argumenter for hvorfor inkrementel forandring ikke er tilstrækkelig og transformationens nødvendighed. Ikke mindst hvad det er ved argumenterne, som nu er anderledes, end det vi har sagt de sidste mange år. Det vil vi nu gå over til i den næste del af artiklen, men inden vi gør det, så vil vi også komme kort ind på, hvad transformation egentlig er, og hvordan

det er anderledes end de løbende organisatoriske forandringer, der selvfølgelig hele tiden sker i de store sundhedsorganisationer.

I organisationsteorien der omhandler de private organisationer, er det så dejligt nemt. Her har man begrebet "forretningsmodel". En organisation arbejder inden for en forretningsmodel – en bestemt måde som man skaber værdi for sine kunder på. På et marked er der oftest en dominerende forretningsmodel, som er den, organisationerne må følge for at overleve på markedet. Lad os tage et historisk eksempel. En gang var en typisk forretningsmodel på markedet for underholdning, at man kunne se tidligere biograffilm ved at leje dem som filmkassetter i en butik, som man så tog med hjem for at afspille dem på sin afspiller. Først var der en kamp på markedet om det skulle være VHS eller BETAMAX teknologien som blev dominerende på markedet. Senere blev det så en konkurrence mellem flere organisationer, om hvem der kunne blive den største aktør på markedet. I Norden blev Blockbuster således en dominerende spiller. Det er alt sammen udviklinger og forandringer, der foregår inden for den samme grundlæggende forretningsmodel.

Eksemplet kan også illustrere, hvad et skift af forretningsmodel til en hel ny model betyder. På et tidspunkt opstod Netflix, som en aktør, der ville gøre tingene lidt anderledes. Her kunne man returnere kassetterne via post i stedet for at aflevere dem selv fysisk nede i den lokale butik, og man ville heller ikke heller få bøder for at aflevere for sent. Det var en ny måde at lave forretning på, men forretningsmodellen var stadig den samme. Kassetter med gamle biograffilm på. Men Netflix havde kimen til en ny model i sig. De begyndte en rejse, som vi i dag ved, endte med en hel anden forretningsmodel: streaming-tjenester og organisationer der også laver deres helt egen filmproduktioner.

I denne private verden er transformation, det man som organisation arbejder med, når man i dag arbejder med en forretningsmodel, men også ved at ens fremtid – hvis man overlever – ender med en helt anden forretningsmodel. Nye udviklinger inden for samme forretningsmodel er forandringer. Nye udviklinger, som er en del af et grundlæggende skift til en anden forretningsmodel, er det, vi vil kalde transformation.

Kan dette overføres til den offentlige velfærdsorganisation? Måske ikke. Vi skal jo ikke overleve og konkurrere på et marked. På den anden side kan det jo være, at den offentlige velfærdsmodel ikke overlever, hvis vi ikke lykkes med at finde en anden funktionsmåde, end den der eksisterer i dag. Vi har derfor brug for transformation.

En anden måde at sige det på kan handle om, hvor store forandringsmålsætninger man har. En strategi, der snakker om, at vi skal ændre og effektivisere for 2-3 % om året, er

ikke særlig transformativ. En strategi, der taler om, at vi skal flytte vores organisation med målsætninger omkring 40-50% på 5 år, er derimod transformativ.

Det kendetegner også en transformativ dagsorden, at man jo ikke kender den nye model for værdiskabelse (den nye forretningsmodel). Man er jo en del af en udvikling, der i fremtiden vil skabe den nye funktionsmåde. Derfor er det strategisk ledelse under stor usikkerhed og med meget stor risiko. Når vi forandrer lidt i organisationen (2-3% gennem næste år), ved vi heller ikke alt, men usikkerheden er ikke så stor. Beslutninger under stor usikkerhed er helt sikkert en del af det at arbejde transformativt. Helt sikkert også noget, der gør det vanskeligt at komme i gang med transformation i sundhedsvæsenet.

Hvorfor kan transformation være løsningen?

Nu har vi i mange år snakket om, at noget må ske. Og den nuværende model fortsætter derudaf. Hvorfor skal vi nu tro på, at noget denne gang virkelig er anderledes? Det er der selvfølgelig mange svar på. Lad os her komme med fire gode grunde, som vi ser det.

For det første har vi underprioriteret kommunikationen af, hvorfor det er vigtigt, og hvorfor det er svært at komme i gang med transformationen. Vi har troet, at det var nok at komme med nogle argumenter for nødvendigheden, så ville systemets aktører langsomt og sikkert begynde at flytte sig i en ny retning. Men som vi har set ovenfor, er der mange gode grunde til at den eksisterende funktionsmåde fortsætter. Med denne indsigt står vi anderledes rustet. Vi ved, at det første og vigtigste skridt er virkelig at opprioritere kommunikationen af, hvorfor transformation er svaret på vores udfordringer. En kommunikation som også tager bestik af de grunde, der er til, at den nuværende funktionsmåde alligevel ender med at fortsætte – frem til i dag.

For det andet har vi nu viden om og data på, at produktiviteten i sundhedsvæsenet sammenlignet med det øvrige samfund ikke er god – selv om vi samfundsmæssigt har prioriteret dette område de sidste mange år. I Norge har der generelt i samfundet været en gennemsnitlig produktivitetsstigning på 2,4% om året igennem de sidste 50 år. I sundhedsvæsenet har den gennemsnitlige stigning kun været på 0,6% om året. Når der bruges flere ressourcer i sundhedsvæsenet, vil det derfor betyde lavere produktion i samfundet som helhed (NOU 2023:4, 2023). Det er simpelthen ikke den rigtige måde at bruge samfundets ressourcer på at holde fast i den nuværende produktionsmåde – den gør os ikke længere mere produktiv. Det skal også ses i lyset af, at mange ansatte i sundhedsvæsenet afrapporterer, at de løber hurtigere og hurtigere, men dette afspejles altså ikke i produktivitetstallene. Så fremtidens løsning er jo ikke at løbe endnu hurtigere inden for den nuværende model, men at begynde transformationen over mod en anden model.

For det tredje ved vi efterhånden mere og mere om, hvordan et samfund hænger sammen. Et samfund er ikke delt op i adskilte sektorer, der kan styres godt hver for sig. Der er mange eksempler på dette, og hvorfor det virkelig ændrer synet på sundhedsvæsenets fremtid.

Lad os komme med et generisk eksempel. Folk lever heldigvis ikke deres liv på hospitalet – under 1% af en typisk borgers liv vil foregå på et hospital. Derfor kan sundhed også indtænkes der, hvor borgeren lever det meste af deres liv – i egen bolig. Hvordan kan vi lave boligpolitik, der tænker i sundhedsfremmende boliger? Hvorfor er det ikke mindst lige så godt at prioritere boligudviklingen i samfundet, end at prioritere større hospitaler med flere specialister?

Et andet mere konkret eksempel kan vi tage fra Danmark. Her skal der de næste ti år investeres omkring 110 milliarder i militæret (det er besluttet politisk) – en investering som også vil betyde en klar vækst i personalet i militæret. På samme tid vil Novo Nordisk investere over 60 milliarder i produktionskapaciteten i Danmark – dette vil også betyde at de må tiltrække ny arbejdskraft. Og dette er i et dansk arbejdsmarked, hvor der allerede er mangel på arbejdskraft.

Så hvad betyder det egentlig, hvis de danske politikere i fremtiden kan finde 2-3 milliarder mere til sundhedsvæsenets store sundhedsorganisationer såsom sygehusene og kommunerne? Det betyder ikke, at man kan få en masse nye ansatte af den grund. I Norge er der teoretisk set flere økonomiske ressourcer tilgængelige for sundhedsvæsenet, hvilket åbner op for muligheden for at "købe" sig til løsninger på arbejdskraftmanglen, herunder rekruttering af udenlandsk arbejdskraft. Men selv med denne økonomiske kapacitet støder Norge på en signifikant social udfordring: en udbredt bekymring i befolkningen vedrørende øget brug af udenlandsk arbejdskraft. Denne bekymring afspejler en dybere frygt for, at en stigning i udenlandsk arbejdskraft kan føre til sociale og kulturelle forandringer, samt spændinger relateret til integration og opretholdelse af nationale standarder for sundhedspleje.

Denne situation understreger en kompleks balancegang: På den ene side har Norge, med sine økonomiske ressourcer, en unik mulighed for at imødekomme behovet for yderligere arbejdskraft i sundhedsvæsenet ved at tiltrække udenlandsk personale. På den anden side står landet over for en vigtig samfundsmæssig opgave med at navigere i befolkningens bekymringer og sikre, at løsninger på arbejdskraftmangel ikke skaber nye problemer i form af social uro eller underminerer den offentlige tillid til sundhedssystemet.

Hermed er vi fremme ved *den fjerde*, sidste og måske også vigtigste grund til, at vi nu står i en helt anden situation end tidligere. En situation som gør, at vi virkelig har brug for transformation. Fremtidens sundhedsvæsen afhænger ikke længere af, hvor mange økonomiske ressourcer politikerne vil og kan prioritere. Lidt populært kan vi sige, at de kan prioritere så mange de vil – uden at det løser vores kendte udfordringer med den dobbelte demografi. For det handler ikke længere om manglende ressourcer, men om, at der ikke længere er arbejdskraften til at holde den nuværende funktionsmåde i gang. Det må og skal vi til at tage bestik af. Vi har brug for et fremtidigt sundhedsvæsen, hvor der arbejdes mere transformativt. Den eksisterende funktionsmåde er simpelthen ved at falde til jorden – som Ikaros.

Fremtidens måde at skabe sundhed på

Hvordan kommer fremtidens funktionsmåde så til at se ud på? Som vi skrev tidligere, er det udfordrende ved at et skift fra en model til en anden, at vi ikke kender den nye model. Det er derfor, at det kræver lederskab og beslutninger under stor usikkerhed. Vi er dog sikre på, at fremtiden kommer til at kræve minimum to ting af os.

Det kræver for det første topledere, der kan hjælpe organisationerne med at komme i gang med den strategiske transformation og bygge lærende og adaptive transformationsorganisationer (Heifetz 2009 og Jastrup Okkels et al 2024). Det er temaet for vores anden artikel i denne serie: *Hvordan transformation af sundhedsvæsenet?* Det tema vil vi udfolde der.

For det andet kræver det faglig ekspertise, der er uddannet og parat til at tage et organisatorisk ansvar for transformationen og de prioriteringer det kræver. I den gamle model kunne de sundhedsfaglige fagfolk skubbe dette ansvar videre til økonomichefer, direktioner og i den sidste ende politikerne: I må prioritere (læs: sige nej til nogle borgeres krav om mere behandling) eller finde ressourcer. Det går ikke længere. For det er ikke længere nok at prioritere ressourcer – det får vi ikke skabt mere sundhed af. For arbejdskraften og produktivitetssøgningerne er der ikke.

Dette har også betydning for prioriteringsdiskussionen. For når det ikke længere handler om enten at finde flere ressourcer eller sige nej til en borgers forventede behandling, hvad handler det så om? Så handler det om at få mest mulig sundhed for de ressourcer vi har – og ikke mindst med den arbejdskraft vi har. Det er jo indlysende noget, som fagfolkene må hjælpe med. Det er fagfolkene, som kan hjælpe med spørgsmålet om, hvordan vi skal indrette behandlingen, så vi bruger de faglige ressourcer bedst muligt. Selvfølgelig skal det foregå i en tæt dialog med patienterne/borgerne/pårørende og selvfølgelig skal de snakke med økonomifolk, direktioner og politiske ledere. Men det må være fagfolkene, der er med til at finde ud af og kommunikere, hvad der er bedst fagligt muligt, ikke bedst tænkeligt fagligt.

Dette må ind i sundhedsuddannelserne og det må ind i efter-videreuddannelsen af det eksisterende personale. De faglige eksperter skal trænes og involveres i de faglige prioriteringer og være med til at tage et organisatorisk ansvar for fremtidens transformation – der må bygges en ”specialist pipeline” (Johansen 2023) ligesom, vi gennem de sidste årtier har bygget en leadership pipeline. Så ledelse ind i fremtidens transformerende sundhedsvæsen handler ikke kun om, hvordan den organisatoriske topledelse skal udvikle sig. Det handler også om, at den faglige ledelse må udvikles – ikke mindst spille bedre sammen med den organisatoriske topledelse om transformationen.

Fem gode råd

Hvis du har læst denne artikel, og som topleder gerne vil i gang med at adressere behovet for strategisk transformation i sundhedsvæsenet i din organisation, så er de fem gode råd til dig:

1. **Brug de omfattende data.** Din organisation er nok allerede vant til at høre om behovet for omstilling, uden at det rigtig er sket de sidste mange år. Pas på at du ikke kommer til at sige det samme en gang til bare med lidt mere patos – så vil du bare få en form for ”ulven kommer” reaktion. Det er absolut ikke formålstjenligt for det du vil: at komme i gang med en ægte transformativ udvikling. Anvend de omfattende data til at forstå de nuværende udfordringer og ineffektiviteter og områder, der kræver forandring. Kommuniker datadrevne argumenter og forklar, hvordan tidligere forandring ikke har taget højde for de komplekse udfordringer, som organisationen står overfor, og hvordan transformativ udvikling er anderledes. Dette indebærer at anerkende organisationens historik med forandring og at bruge dette som et springbræt for en målrettet tilgang, hvor der tages hånd om de underliggende årsager til, at tidligere forsøg ikke har ført til transformation.
2. **Stå sammen.** Transformation sker ikke isoleret til enkelte initiativer eller innovativt tænkende individer; det er et kollektivt ansvar, der kræver et kollektivt engagement. Brug mere tid på at få din ledelse til at forstå behovet for transformation sammen. Også at det er svært at få systemet og dets aktører til virkelig at kunne gå i gang med transformationen. Brug tid på at forstå hvorfor det ikke er sket endnu – selv om mange af disse udfordringer har været kendt i mange år.
3. **Snak sammen.** Hvordan kan vi kommunikere behovet for transformation på en sådan måde at det opleves som nyt, meningsfuldt og relevant? Oversæt de generelle budskaber fra denne artikel til hvad der giver mening for jer i jeres specifikke situation.

4. **Få de faglige miljøer med.** Inkluder faglig ekspertise i ledelsesbeslutninger: Det er vigtigt, at beslutninger om transformationen baseres på både ledelsesmæssig og faglig ekspertise. De nye unge faglige eksperter skal trænes på en ny måde og involveres i de faglige prioriteringer og være med til at tage et organisatorisk ansvar for transformation af fremtidens sundhedsvæsen. De allerede ansatte specialister skal efteruddannes til at være en del af den samme udvikling. Start med dem, der allerede er rundt omkring i din organisation – de skal nok være der.
5. **Find ud af hvad der skal til.** Til sidst, det er ikke nok at vide, at transformation er vigtig og nødvendig. Arbejd med jeres transformationsforståelse. Hvordan skal vi som ledere blive bedre til at lave transformation? Her er HR og ledelsesudviklingen central. Læs den næste artikel i serien sammen med ledelsen og HR-folkene.

Referencer

- Heifetz R, Grashow A, & Linsky M. (2009). *The practice of adaptive leadership*. Harvard Business Review Press.
- Jastrup Okkels, A., Jylling, E. og Barlebo Rasmussen, S. (2024): *Ledelse ind i fremtidens transformative sundhedsvæsen*. Bech, M., Jørgensen, P. og Barlebo Rasmussen, S.: Hvordan leder vi fremtidens sundhedsvæsen? En antologi om ledelse i et sundhedsvæsen under transformation. FADL Forlag
- Johansen, K. (2023): *The specialist pipeline*. Forbes Books
- Kegan og Lahey, (2001), *The Real Reason People Won't Change*. Harvard Business Review Press
- Miller, D. (1992): *The Icarus Paradox: How Exceptional Companies Bring About Their Own Downfall*. Harper Collins.
- Møller Pedersen, K. (2012): *Demografien, den økonomiske krise og sundhedsvæsenet*.
- NOU 2023:4 (2023): *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Norges offentlige utredninger 2023: 4
- The King's Fund (2022): *NHS staffing shortages - Why do politicians struggle to give the NHS the staff it needs?* <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/nhs-staffing-shortages>

Forfatterne bag

Gunnar Bovim

Rådgiver på NTNU

Gunnar er styreleder og -medlem i en lang række organisationer. Han er bl.a. styreleder for Oslo Universitetssykehus og Norges Forskningsråd. Gunnar er uddannet læge og har været professor, dekan og rektor på NTNU (Norges største universitet). Han har også været hospitalsdirektør for universitetssykehuset Sankt Olav og regionsdirektør i Region Midt-Norge. Han har været leder af Helsepersonellkommisjonen i Norge og sidder med i den danske Sundhedsstrukturkommission.



Lotte Lykkegaard Laursen

Partner i Mobilize

Lotte har en særlig viden om og erfaring med ledelses-, organisations- og velfærdsudvikling i offentlige organisationer. De sidste 15 år har hun arbejdet som intern og ekstern konsulent og hjulpet hospitaler, regioner, kommuner og uddannelsesinstitutioner med strategiudvikling, transformation, forandringsledelse og mobilisering. De sidste 10 år har hun faciliteret en lang række strategiske topledernetværk i Danmark, både i og på tværs af offentlige organisationer og private virksomheder.



Søren Barlebo Rasmussen

Partner i Mobilize

Søren er ekspert i strategisk ledelse af faglige organisationer. Han har været forsker i dette emne på Copenhagen Business School, hvor han også var institutleder og dekan. De sidste 20 år har han været konsulent og hjulpet mange hospitaler og universiteter i Danmark og Norge med strategisk udvikling - også i samspillet mellem disse to typer af organisationer. Han har arbejdet meget med samspillet mellem forskning og innovation.

