



Hvordan får vi sundhedsvæsenets innovationsmotor op i gear?

***Sundhedsreformen kræver en organisering,
der er "fit for innovation"***

af Søren Pihlkjær Hjortshøj, Søren Barlebo Rasmussen og Kristian Mikkelsen Wegener

1. Indledning

Vi er vant til at se en offentlig organisation på en bestemt måde. Sådan skal et hospital se ud og være organiseret. Sådan skal et universitet fungere og med en bestemt organisationsstruktur. Det er ikke så mærkeligt. Disse organisationer og deres måder at tænke værdiskabelse har i mange år ligget fast. Selvfølgelig er der sket udvikling, men inden for rammerne af en bestemt funktionsmåde – en måde at gøre tingene på.

Men det behøver ikke at være sådan i al evighed. En bestemt organisering gør en organisation god til noget og mindre god til noget andet. F.eks. kan én bestemt type organisering være god til at optimere driften og udvikle den gennem såkaldt inkrementel innovation. Men denne organisering gør den ikke nødvendigvis god til mere radikal innovation, hvor man som organisation er med til at udvikle helt nye måder at skabe værdi på, som også kan medføre *disruption* af nuværende måder at fungere på.

Det er en særlig vigtig pointe, når samfundsudviklingen gør behovet for udvikling større og stiller krav til mere tværgående og helhedsorienteret organisering rundt om innovation. Ellers kan vores kulturelle sporbundethed – at vi ser den nuværende organisering som naturlig, fordi den indtil videre har været succesfuld – gøre, at vi misser en vigtig samfundsudvikling og ikke får ændret tilstrækkeligt på vores organisering hurtigt nok.

I denne artikel vil vi se på dette i regi af sundhedsvæsenet. Et samfundsområde hvor der disse år sker en markant udvikling. En udvikling som også har ledt til en sundhedsreform. Vi vil i artiklen først se på en illustrativ case om Post Danmark, der viser, hvad der kan ske i en stor, stærk offentlig organisation, når man misser en samfundsudvikling. Dernæst vil vi se på tre typer eller grader af innovation. For i næste afsnit at se på hvordan man kan organisere sig, så man imødekommer de forskellige grader af innovation. Så er vi parate til at se mere specifikt på sundhedsvæsenet – dets organisering og innovation både i dag og i fremtiden. Vi ser først på sundhedsvæsenets typiske måder at organisere sig på. For så at stille spørgsmålet: er vi "*fit for purpose*" ift. fremtiden? I det næstsidste afsnit ser vi på Sundhedsreformen og dens indhold – hvad betyder den for fremtidens organisering og innovation? I det sidste afsnit konkluderer vi og ser på, hvilke spørgsmål vi må stille os selv på baggrund af de forrige afsnit. Konklusionen er netop på denne måde, fordi vi ikke bilder os ind, at vi har alle svarene ift. fremtidens sundhedsvæsen og dets organisering. Men vi vil med artiklen gerne begynde at stille spørgsmålene – først og fremmest for at inspirere læseren til refleksion – men også for at gøre op med vores kulturelle sporbundethed, der medvirker til, at vi meget nemt kan se en virkemåde og organisering som så naturlig, at vi ikke kan forestille os den anderledes. Det kunne de heller ikke i Post Danmark.

2. Post Danmark: En virksomhed *disrupted* af samfundsudviklingen

Post Danmark var i mange år en uundværlig del af det danske samfund. Med en central rolle i formidlingen af breve og pakker blev virksomheden betragtet som en solid og stabil institution. Men i takt med den teknologiske og samfundsmæssige udvikling begyndte denne rolle at ændre

sig markant. Desværre formåede Post Danmark ikke at tilpasse sig de nye vilkår, hvilket førte til, at virksomheden blev *disrupted* af mere agile og innovative konkurrenter samt nye teknologier.¹

I flere årtier var Post Danmark afhængig af den traditionelle postservice, hvor fysiske breve udgjorde en stor del af virksomhedens kerneforretning. Men med fremkomsten af digitalisering i slutningen af 1990'erne og begyndelsen af 2000'erne blev behovet for fysisk brevkommunikation drastisk reduceret. E-mails, e-boks og andre digitale løsninger overtog kommunikationen mellem borgere, virksomheder og det offentlige. Post Danmark undervurderede hastigheden og omfanget af denne udvikling, hvilket betød, at de ikke formåede at omlægge deres forretning tilstrækkeligt hurtigt.

Samtidig ændrede forbrugernes forventninger sig markant. Mens e-handel eksploderede og skabte et stigende behov for pakkelevering, blev markedet domineret af nye aktører som GLS, DAO og Bring. Disse virksomheder tilbød mere fleksible og ofte billigere løsninger, der bedre matchede de moderne forbrugeres krav. Post Danmark, der stadig var tyngt af en gammel forretningsmodel og ineffektive strukturer, havde svært ved at konkurrere. Deres monopolstatus på brevforsendelser blev irrelevant i en verden, hvor breve ikke længere var essentielle.

En anden udfordring var virksomhedens manglende evne til at innovere og tage chancer. Mens mange af deres konkurrenter hurtigt tog ny teknologi til sig og optimerede deres logistik, holdt Post Danmark fast i traditionelle metoder. Dette blev yderligere forstærket af en rigid struktur og afhængighed af statslig regulering, som begrænsede deres evne til at tilpasse sig et mere dynamisk marked. Altså en manglende forventningsafstemning med det politiske niveau.

Konsekvenserne af denne manglende tilpasning blev hurtigt synlige. Antallet af breve faldt drastisk år efter år, og de økonomiske problemer begyndte at hobes op. Post Danmark blev nødt til at lukke en lang række postkontorer, reducere medarbejderstaben og til sidst fusionere med det svenske postvæsen under navnet PostNord. Selv denne fusion var ikke nok til at vende udviklingen, og virksomheden har siden været afhængig af betydelige statslige tilskud for at kunne fortsætte driften. Og i skrivende stund har organisationen endda set sig nødsaget til helt at fravælge omdelingen af breve.

Post Danmark historie er et klassisk eksempel på, hvordan en virksomhed kan blive *disrupted*, hvis den ikke formår at forudse og reagere på samfundsudviklingen. Det viser, hvor vigtigt det er for virksomheder at være proaktive, fleksible og villige til at gentænke deres forretningsmodeller i takt med, at verden forandrer sig. I dag kan vi lære meget af Post Danmark fejl og bruge det som en påmindelse om, at ingen virksomhed – uanset hvor etableret den er – kan tage sin relevans for givet i en verden, der konstant er i bevægelse.

¹ Læs mere om "Post Danmark" casen i følgende artikel i Altinget: <https://www.altinget.dk/transport/artikel/da-den-digitale-virkelighed-sendte-postnord-i-groeften>

3. Tre typer af innovation i sundhedsvæsenet

Innovation er mange ting. Men innovation er ikke hvad som helst. Innovation er for eksempel ikke det samme som forbedring. At gøre det eksisterende lidt smartere og lidt mere effektivt, men baseret på samme viden, er ikke innovation. Innovation er heller ikke det samme som ideer. At udvikle en ny ide giver ikke i sig selv innovation. Innovation er, når noget nyt er nyttigt og kan nyttiggøres. Det kan være i driften eller i et produkt eller en serviceydelse. Ideen eller den nye viden skal altså udvikles til en løsning på et behov, som nogen har. Og det er heller ikke nok, at man har skabt en løsning på et behov, som nogen har. Løsningen skal kunne forankres i virkelighedens verden. F.eks. skal den med behovet kunne betale for løsningen. Og der skal være så mange, der har råd til løsningen, at der kan betale sig at producere den.

”Innovation er, når noget nyt er nyttigt og kan nyttiggøres”

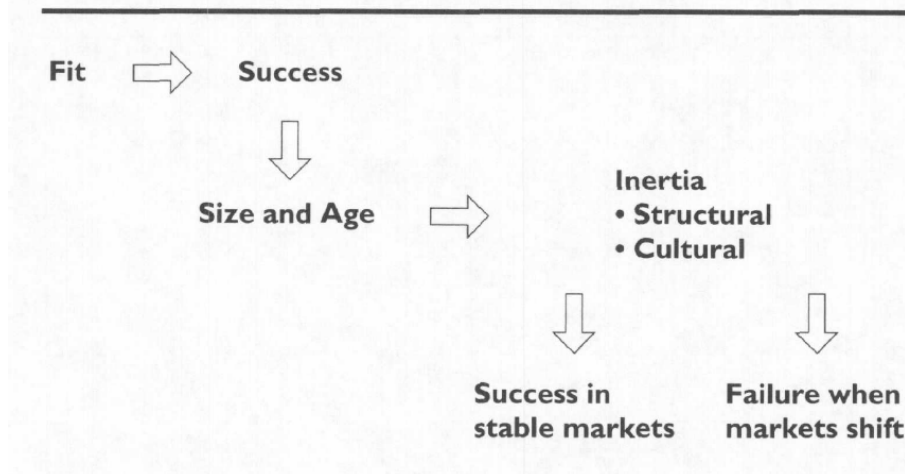
Hvis det er en innovation, der skal indføres i en offentlig organisation, skal fremtidens kvalitetsforbedring eller omkostningsreduktion være så stor, at det kan forsvare udviklingsomkostningerne. Her vil man typisk tale om, at der skal være en gevinstrealisering. Og hvis denne gevinstrealisering ikke sker, så vil man ikke have en innovation, men bare en omkostning til et udviklingsprojekt. Innovation er således – nærmest definitorisk – at man får det nye og nyttige i spil i en større skala.

Med dette i ryggen kan vi se på de meget forskellige typer af innovation. To typer som offentlige organisationer er rigtig gode til i dag. Og en type som man gerne skal være bedre til i fremtiden, hvis man skal undgå at blive som Post Danmark.

Den første type er det, man kalder ”inkrementel innovation”. Inkrementel innovation forandrer grundlæggende ikke den måde, man arbejder eller skaber værdi på. Men det er heller ikke bare en forbedring. Det er innovation, fordi der er noget nyt, i det man gør. Man kan sige, at man innoverer det eksisterende på det eksisterendes præmisser. Offentlige hospitaler er ret gode til at lave inkrementel innovation og har gjort det i rigtig mange år. Også selv hvis man ikke har snakket om, at man laver inkrementel innovation. På mange måder er det en del af et hospitals DNA, at man hele tiden gennem forskning, ny teknologi og gennem at de nyuddannede har lært det faglige nye fra hele verden, udvikler den måde, man arbejder på ved at indføre noget nyt i ens løsninger. Nye proteser, ny medicin, nye behandlingsregimer osv.

At være god til inkrementel innovation er på den ene side fantastisk for en organisation. Man kan over tid blive bedre og bedre til det, man gør. Man forøger langsomt men sikkert sin evne til at skabe værdi for brugeren. Det er på mange måder kernen i, hvorfor det danske sundhedsvæsen i dag er rigtig godt i international sammenligning – og aldrig har været bedre. Men inkrementel innovation kan i længden også være en fare, hvis ikke man får tilpasset sig omverdensvilkårene (*fit*). Det kan føre en organisation ind i en ”succesfælde” – se figur 1:

FIGURE 5. The Success Syndrome



Figur 1: Succes med inkrementel innovation kan fastholde en organisation i en fastlåst måde at skabe værdi på, som gav succes i tidligere stabile omverdensvilkår (Tushman og O'Reilly, 1996)

Hvad betyder dette for sundhedsvæsenet i dag? Hvis man ser på et hospital, så er man over de sidste mange årtier blevet bedre og bedre til at behandle patienterne mht. både kvalitet og effektivitet. Men det sker ud fra en grundlæggende model, som handler om:

- Man behandler en patient, der anskues som en syg krop
- Man tilbyder en klinisk orienteret behandling
- Den kliniske behandling er specialiseret ud fra en lægevidenskabelig opdeling
- Man gør det på hospitalets fysiske område

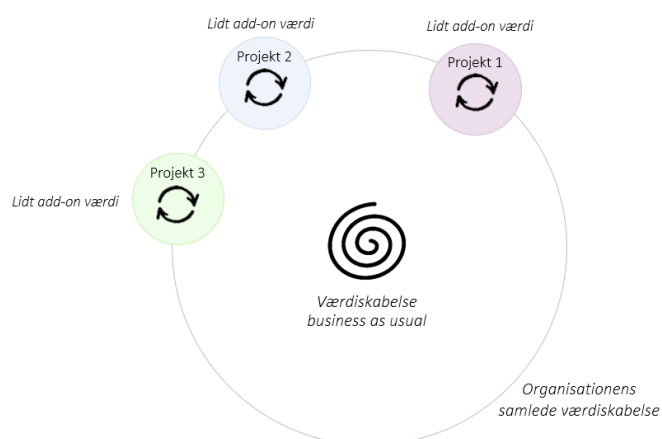
Denne model er der intet galt med. Tværtimod er det netop denne model, man har formået at arbejde med og forfine igennem mange år, så man i dag har nogle af verdens bedste hospitaler i Danmark. Men det er også denne model, som i dag bliver udfordret på en række områder:

- Sundhed handler ikke kun om at undgå eller behandle sygdom klinisk. Sundhed handler også om sociale og adfærdsmæssige faktorer
- Man skal ikke kun behandle, man skal også forebygge.
- Den almene behandling i det nære sundhedsvæsen skal styrkes. Hospitalerne skal mere og mere understøtte dette - også gennem digitale og virtuelle løsninger
- Det komplekse som går på tværs af specialer og på tværs af sektorer fylder mere

Det er disse udfordringer, som Sundhedsreformen adresserer og gerne vil gøre noget ved. Men her taler vi ikke bare om inkrementel innovation, men om at ændre modellen mere radikalt. Lad os derfor se på den radikale innovation.

Den anden type innovation er det, vi kunne kalde "radikal innovation på ydersiden". Her begynder en organisation at lave noget nyt. Også noget ret anderledes end det man plejer at gøre som organisation. Lad os tage et eksempel fra et andet område end sundhedsvæsenet. Et universitet, der normalt laver undervisning og forskning, begynder også at lave *entrepreneurship*. Man indretter måske et hus på universitetets campus, hvor studerende der har en ide til at udvikle et produkt eller forretning, kan få en plads i huset i en periode, så de kan modne deres forretningside.

Det er nyt og på den måde radikal innovation, men det er også fair at sige, at det foregår på ydersiden af organisation – se figur 2:

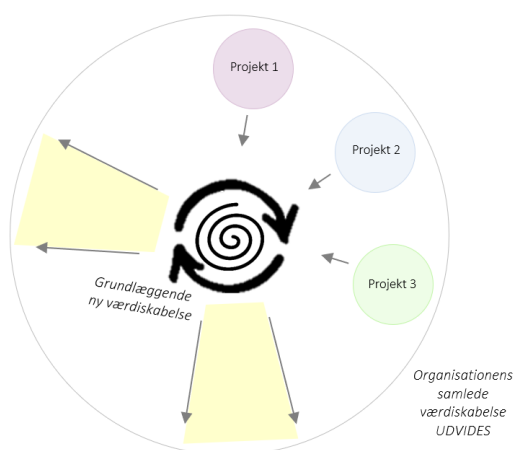


Figur 2: Add-on innovation – radikal innovation på ydersiden af organisationen

I figuren er organisationen blevet rund og i midten af organisationen laver den værdi gennem dens almindelig drift – *business as usual*. Det nye radikale skabes i yderkanten af organisationen og er dermed nemt at starte op. Men det er mere eller mindre en *add-on* til organisationens værdiskabelse, end det er noget, der virkelig ændrer organisationens grundlæggende værdiskabelse.

Hvad kunne være et eksempel på dette i sundhedsvæsenet? Det kunne f.eks. være et hospital, der opretter en ny "åben-almen-klinik" i en ledig bygning på hospitalet, hvor kommunens borgere kan komme ned i stedet for at ringe til sundhedsplejerske eller egen læge. Måske særligt rettet mod udsatte borgere. Et super godt tiltag men måske stadig en aktivitet der udgør under 1% af hospitalets budget - måske endda finansieret gennem projekt-, pulje- eller fondsmidler og derfor midlertidigt.

Som sagt er der intet galt i dette. Men det er anderledes end den tredje form for innovation, som vi kunne kalde den transformative innovation. Dette er en mere målrettet radikal innovation, som er rettet mod at transformere organisationens grundlæggende drift – se figur 3:



Figur 3: Radikal innovation der grundlæggende transformerer en organisations værdiskabelse

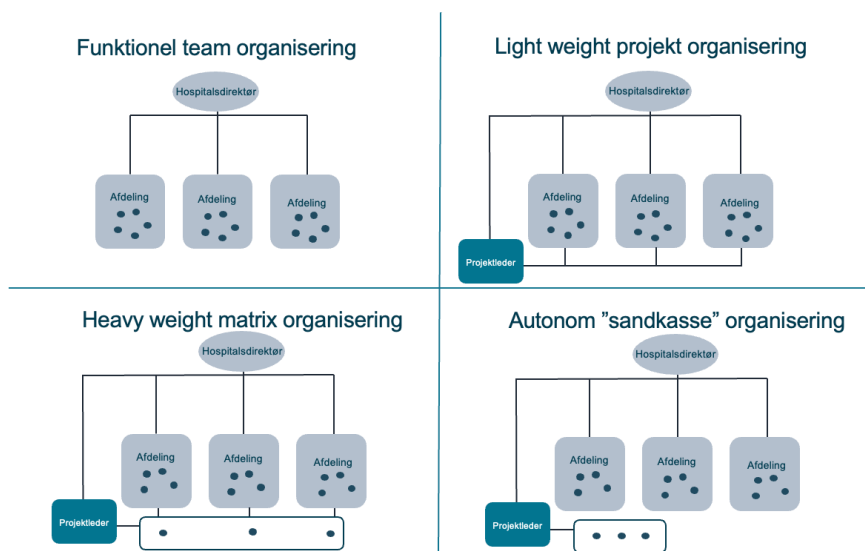
Lad os tage eksemplet fra universitetet igen. I dette scenarie vil universitetet udvikle nye tanker om, hvordan de studerende kan arbejde mere entreprenant på alle universitetets studier. Måske endda på en måde hvor de studerende selv overtager en større del af ansvaret for at skabe et godt læringsmiljø, hvor man arbejder med at være entreprenante i sin tilgang til det faglige. Dette vil meget mere grundlæggende omstille den måde, hvorpå universitetet skaber værdi. Det lyder selvfølgelig godt og besnærende, men det er også langt mere kompliceret at få denne form for innovation til at ske, end når man laver nye radikale projekter i gang på ydersiden af organisationen. Når man skal transformere organisationens værdiskabelsen, skal den udvikling, der starter på ydersiden langsomt og sikkert føres ind i organisationens drift og være med til at transformere *business as usual*. Det kræver langt mere systematisk innovationsledelse over en længere periode.

Hvis vi går tilbage til eksemplet fra hospitalet, så vil den grundlæggende transformative innovation kunne eksemplificeres med, at hospitalet målrettet og sikkert over 5 år flytter 15-20 % af deres budget over i aktiviteter, hvor de samarbejder meget bevidst med alle kommuner og almene praksis i deres geografiske område for sammen med dem at bygge et stærkere og mere nært sundhedsvæsen. Men det er klart, at dette kræver en stor organisatorisk omlægning. For det første skal man hen over årene nedlægge en stor del af ens nuværende aktiviteter for at få råd til de nye aktiviteter sammen med de eksterne aktiviteter. For det andet kræver det en række nye kompetencer, som man i udgangspunktet ikke har. For det tredje skal man ofte arbejde med en række kulturelle antagelser, som kan gøre de to første ting vanskelige. Ledelses- og styringsmæssigt kræver den transformative innovation langt mere.

Den ovenstående beskrivelse skal ikke forstås på den måde, at en organisation må lave én af de tre former for innovation. At det er et enten eller. Et hospital skal i fremtiden gerne være dygtige på *alle* tre former for innovation. Det er i hvert fald helt afgørende, at man både løbende kan forbedre sin drift gennem inkrementel innovation og samtidig arbejde med at omlægge og transformere driften gennem radikal innovation. Så det er et både-og. Men det er vigtigt ikke at forveksle de forskellige innovationsformer, og det kræver noget af en organisation at kunne både det inkrementelle og det radikale, der virkelig flytter organisationens måde at fungere på. Ikke mindst ift. til hvordan man organiserer sig for at være "*fit for purpose*" ift. til at kunne innovere. Det er fokus for næste afsnit.

4. Organisering af sundhedsinnovation

Der er mange måder at organisere innovation på. Figur 4 viser fire arketyperiske måder:



Figur 4: Fire klassiske måder at organisere innovation – inspireret af Clark og Wheelwright (1992)

Den første måde hænger sammen med den grundlæggende måde at strukturere en organisation på. Hvis den vokser, begynder man at opdele den og uddelegere ansvar til afdelinger eller lignende. Opdelingsprincippet er ofte funktionel specialisering. Produktion i en afdeling, salg i en anden og økonomi i en tredje. På et hospital er denne faglige specialisering meget tydelig og som regel koblet til de lægevidenskabelige specialer. Ofte kombineres den med en form for geografisk arbejdsdeling, hvor man har flere lignende hospitaler inden for en region, men de opererer i forskellige geografiske dele af regionen. Hvis man også organiserer innovation på denne måde, så vil den enkelte afdeling forventes at lave innovation udover at have sin egen drift. Det kan sagtens lade sig gøre, men der er to kendte udfordringer ved denne organisering. Driften kan for det første nemt blive prioriteret i en sådan grad, at udvikling/innovation hele tiden bliver underprioriteret – opmærksomheds- og ressourcemæssigt. For det andet bliver innovationen i al væsentlighed inkrementel. Man innoverer videre på den drift og tilgang, der fylder så meget. Noget mere grundlæggende nyt, som går på tværs af de faglige afdelinger, er vanskeligt at få ind i afdelingens udvikling. Det kan f.eks. være, hvis man vil begynde at opbygge helt nye koncepter for og kompetencer til at kunne samarbejde meget tættere med kommunen ift. deres plejehjem. Det gode ved denne organisering er, at når man endelig har innoveret i én afdeling, så er det nemmere at få det implementeret i driften. Man er tæt på. Man kender hinanden.

Den anden måde at organisere innovation på er projekt-organisering. Her kan man oven på grundorganiseringen med afdelinger lægge et projekt-niveau, hvor man kan tage en projektleder og en række projektmedlemmer fra forskellige afdelinger. Projektorganisering kommer i flere varianter og i denne variant vil man ofte kalde det "light-weight", da man ikke ændrer på afdelingerne og afdelingstilknytningen. Projektmedlemmernes chef er stadig afdelingslederen. Det kan også være denne organiseringsmådes store udfordring. Hvis en projektleder gerne vil noget med et projektmedlem og dennes tid, og afdelingslederen vil noget andet, så vil det typisk blive, som afdelingslederen siger, da han/hun er den hierarkiske chef. På denne måde bliver projekterne lidt

noget ekstra – en *add-on* – til det primære: driften i afdelingen. Derfor kan projekternes kraft blive lidt let (*light-weight*), hvad der kan gå ud over originalitetshøjden på arbejdet og fremdriften i det. Men på den anden side har man med de rette projekter og bemanning potentialet til at lave mere radikal innovation. Også en innovation der kan trække noget helt nyt på tværs af de funktionelle afdelinger. Og da medlemmerne selv kommer fra afdelingerne, kan de efterfølgende være gode ambassadører for den innovation, der skal implementeres. Her er altså potentialet til mere radikal transformativ innovation, men organiseringen er lidt svag, da ledelsesopbakningen til projekterne som regel ikke er stor.

Den tredje måde at organisere innovation på prøver at gøre noget ved dette. Her gør man projektorganisering mere "*heavy-weight*" og kobler den med en matrix-organisering. Det kan se ud på forskellige måder. Man kan lade en forsknings- og innovationsdirektør blive leder for projektlederne. Eller man kan tage projektmedlemmer ud af afdelingerne – helt eller for en periode. Som da man skulle udvikle Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Her tog man folk fra hospitalernes afdelinger og overførte dem til en ny udviklingsorganisation, hvor direktøren hierarkisk var placeret på samme niveau som hospitalsdirektørerne. Hermed kan man få en (radikal) udviklingsorganisation med mere styrke. Men akilleshælen i denne organiseringsmåde er implementeringen. Er det nemt at få det nye transformative IT-system implementeret bagefter? Nej – helt sikkert ikke. Der kan være mange grunde til dette, men det er et generisk træk ved matrix-organiseringen af innovation, at implementeringen bliver vanskelig. Alle små samarbejdsproblemer mellem folk i udviklingsdelen og folk i driftsdelene ender oppe på den øverste direktørs bord, da det er her, de hierarkiske linjer er samlet. Hvad der kan være endnu mere udfordrende, er at få de transformative gevinster realiseret i driften. Gevinstrealiseringen er vanskelig. Vi starter med en masse omkostninger til udviklingen. Indtægterne skal komme efterfølgende, når driften begynder at arbejde anderledes og holde op med at gøre ting. Det er gennem disse besparelser, at gevinsten, som skal betale den initiale investering, bliver realiseret. Men sker det, hvis der ikke er stor forståelse for det nye transformative i driftsafdelinger? Ikke uden massivt ledelsesarbejde.

Den sidste måde at organisere innovation på går under forskellige navne: Sandkasse-organisering, garagen eller noget helt tredje. Her laver man en hel ny udviklingsorganisation væk fra den "gamle" organisation. Her skal man så udvikle det nye, som med tiden skal *disrupte* det gamle. Et kendt og succesfuldt eksempel er udviklingen af MobilePay. Her udviklede man en hel ny betalingsform – via mobilen – væk fra bankernes traditionelle IT-afdelinger. For hver succeshistorie er der rigtig mange fiaskoer – dem hører vi ikke om. Det er risikabelt, da man skal lave den helt rigtige nye organisation og finansiere den i en del tid – uden at være sikker på, at de finder på løsninger, der har nogen gang på jorden. I sundhedsvæsenet er der begyndende eksempler på dette, som når man laver nye – fra starten – digitalt orienterede medicinske afdelinger.

Et eksempel er Region Sjælland, hvor man har etableret eHospitalet som en selvstændig satorisk enhed, hvor man kan tilbyde nedskalering fra hospitalsindlæggelse til ophold i eget hjem under fortsat behandling. Der går hver dag en virtuel stuegang af erfarne klinikere fra eHospitalet, og de "varme hænder", der vitterligt er brug for i hjemmet, når f.eks. antibiotikabehandling skal gives, kommer i et samarbejde mellem kommuner og region. Udfordringen er dog stadig at skabe en naturlig forbindelse og samarbejdsrelation fra sandkasse-organiseringen til resten af organisationen. Hvordan sikrer man, at de nye services og kompetencer fra denne nye enhed overføres til de traditionelle hospitalsafdelinger? At de efterspørger løsningen og føler, at den er til gavn for deres egen drift?

5. Sundhedsvæsenets nuværende typiske organisering af innovation

Med denne gennemgang er vi parate til at se på den typiske organisering af innovation i sundhedsvæsenet i dag. Sundhedsvæsenet har tradition for at udvikle sig igennem inkrementel innovation, ofte udviklet ud af den enkelte specialiserede afdeling. Det skyldes, at man er interesseret i at opretholde en høj grad af patientsikkerhed og "sikker drift". Organisationer er derfor i sit udgangspunkt "risk averse" og bevæger sig nødt til i spring, der ikke er gennemprøvede (evidens gennem videnskabelige metoder). En del af dette afspejles i kvalitetsarbejdet, f.eks. med anvendelse af PDSA-cirkler. Det er ikke det samme som, at der ikke finder innovation sted i de lokale faglige miljøer – i de funktionelle og specialiserede driftsafdelinger. Tværtimod. Et utal af løsninger, der kan bidrage til opgaveløsningen og bedre patientbehandling, udklækkes løbende af ildsjæle i klinikken. De fleste løsninger er rettet mod en specifik patientgruppe og rummer, for nogle vedkommende, et potentiale for patentering og kommercialisering.

Innovation, iværksætteri og spredning af nye tilgange nationalt efterspørges ofte, bl.a. i Life Science strategien (Bødskov et al, 2024), men vejen er ofte alt andet end entydig og forbundet med store omkostninger – økonomisk, tids- og arbejdsmæssigt. For at udvikle en løsning fra ideet til en kommerciel gangbar løsning kræves et stort fokus på fundraising, regulatoriske godkendelser og meget andet, som ikke har med selve produktet eller patienter at gøre. Mange klinikere er erfaringsmæssigt ikke forberedte på denne del af innovationen. De er i stedet interesserede i patienternes behov, i at skabe direkte anvendelige løsninger for patienterne. Hvis innovation af denne karakter skal have en chance for at udvikle sig, vil det ofte være nødvendigt med støtte fra en stabsenhed, der kan rådgive om videre udvikling om produktet gennem patentering og fundraising. Hertil kommer, at regionerne er forpligtet til at medvirke til patentering af opfindelser, som er foretaget af medarbejdere.

Behov for understøttelse

Nogle innovative løsninger har potentialet til at gøre gavn på bredere områder og ikke blot i en enkelt afdeling eller overfor en enkelt patientgruppe. Der vil ofte være tale om ændrede arbejdsgange eller nye måder at anskue et patientforløb på, hvilket falder indenfor begrebet serviceinnovation. Organiseringen i funktionelle afdelinger/teams medfører risikoen for silodannelse, og at det kan være svært at dele og skalere løsninger på tværs af et hospital (se også Figur 4 ovenfor). Derfor har mange hospitaler oprettet en stabsfunktion i form af en innovationsafdeling, som dels har til opgave at "opdage" nye brugbare løsninger i driftsafdelingerne, men også at sørge for vidensspredning, skalering og samspil. For nylig har Rigshospitalet tilsvarende oprettet en direktørstilling for forskning og innovation. Og mange forskningschefer er de seneste år blevet til forsknings- og innovationschefer. Dette begynder at minde om en *heavy-weight* organisering, men er det typisk alligevel ikke helt, da man i disse roller ikke leder forsknings- og innovationsprojekterne. Dermed bliver det mere en stabsfunktion, som man laver. En stab der selvfølgelig skal fremme og understøtte det, der sker ude i organisationen. Men en sådan innovationsorganisation kan også blive "for meget stab". Den kan blive påklæbet det øvrige hospital og fjerne sig fra den kliniske virkelighed. En interessant udvikling med et stort strategisk potentiale er Rigshospitalets nye arbejde med at indføre platformsstudie-metode bredt på hospitalet. Dette kan give et helt andet fokus på og mulighed for at lave mange flere kliniske studier, der også kan være med til at afvikle en masse klinisk behandling, der ikke har effekt.

Eksterne samarbejder

En yderligere kompleksitet for hospitalerne i forhold til innovation er de eksterne forbindelser, som eksisterer i form af bl.a. forskning og undervisning i samarbejde med universiteter og professionshøjskoler. På den ene side tilbyder disse koblinger til andre store offentlige organisationer, som laver en masse forskning og uddannelse, en enorm fond af viden, nye ideer, nye kompetencer, tilgang af nye engagerede medarbejdere og mulighed for at samarbejde om forsknings- og innovationsprojekter. På den anden er man ikke længere helt "herre i eget hus". Meget af denne udvikling drives af andre personer og organisationer, der har sine egne agendaer og strategier.

Nogle regioner har forsøgt at sætte dette mere i system gennem konstruktionen af et Academic Health Science Center *setup*, hvor man sammen med de eksterne partnere skaber en samarbejds-konstruktion – ofte i en form for fagligt orienteret gruppering på tværs – de såkaldte Clinical Academic Groups eller CAGs. Disse kan meget være drevet af en *bottom up* udvikling som man ser i Greater Copenhagen Health Science Partners samarbejde, eller mere drevet af en fælles strategisk udviklingsdagsorden på tværs af organisationerne, som man ser med Human First i Region Midt. Udviklingen af en fælles strategisk udviklingsdagsorden ser man også i det nye Tekniske Universitetshospital samarbejde mellem Region H og DTU. Flere regioner er også begyndt at lave innovationsboards eller tilsvarende komiteer, der skal arbejde med at skabe overblik over de mange innovative udviklinger og få mere strategisk overblik over dem.

På det seneste er universitetshospitalerne i Danmark også begyndt at koordinere mere i det såkaldte Uni-5 samarbejde. Sundhedsreformen introducerer også nye balancer for universitetshospitalerne, der nu både skal rette blikket ud imod primærsektoren og samtidig have blik for den fortsatte udvikling af de specialiserede ydelser. Universitetshospitalerne står i disse år i en situation, hvor mange forskellige dagsordener er i spil. På den ene side opleves en vedvarende og stigende efterspørgsel på specialiserede sundhedsydelser, hvor man udvikler sig konstant for at flytte grænserne til fordel for patienterne. På den anden side er der en stigende erkendelse af, at det store fokus på specialiserede behandlinger fungerer som en *driver* for et sundhedsvæsen, som i længden ikke er bæredygtigt mht. ressourcetræk af såvel økonomi som medarbejdere. Derfor har Uni-5 samarbejdet bl.a. også fokuseret på at udvikle en ensartet tilgang på tværs til afvikling af diagnostik og behandling, der ikke giver entydig værdi for patienterne. På sæt og vis kan dette også betragtes som inkrementel innovation, der ikke har fundet sted tidligere. Universitetshospitalerne har traditionelt stået stærkt indenfor innovation og akademisk udvikling, men hidtil har indsatserne ikke været koordinerede. Her har Uni-5 samarbejdet og Beta Health initiativet (støttet af Novo Nordisk Fonden) skabt en platform for gode dialoger om innovation, om modning af løsninger og i sidste ende skalering til hele Danmark.

Regionerne har således en kæmpe innovationsmotor, men tingene peger i øjeblikket i mange retninger. På den ene side sker der mange spændende udviklinger, der er flere forsknings- og innovations-projekter end nogensinde før, og der er mere strategisk og ledelsesmæssigt fokus end tidligere. Så langt så godt kan man sige. På den anden side er der en række tilbageværende udfordringer. På trods af disse nyere forsøg på at styrke organiseringen af de eksterne samarbejder inden for innovation, uddannelse og forskning er det stadig fair at sige, at man ikke er "herre i eget hus". Andre eksterne aktører begynder i stigende grad at sætte deres dagsordener, som påvirker, hvad der forskes i på hospitalerne. De forsknings-finansierende fonde, bridge-organisationer såsom Danish Life Science Cluster og Trial Nation og de private virksomheder inden for

Farma og Biotech. Der er mange aktører, som angriber innovation ud fra deres "niche-prægede" dagsorden. Men spørgsmålet er, om det i virkeligheden samlet set skaber forvirring om retningen for dansk sundheds-innovation, når der bliver innoveret i både øst og vest. Fremadrettet kan en form for modning af det fælles nationale økosystem for sundhedsinnovation i hvert fald være en fordel.

Opmærksomhed fra ledelsen

Et andet gennemgående problem er manglende ledelsesmæssig bevågenhed på innovation ude på afdelingerne. Spørger man direktionsniveauet, anerkender de vigtigheden af og ansvaret for innovation, mens ledere på afdelings- og driftsniveauet sjældent oplever det som en del af kerneopgaven. Innovation er helt sikkert en del af DNA'et ude i driftsafdelinger, men udleveres ofte kun af enkelte udvalgte personer. Der er ikke fortløbende ledelsesmæssigt fokus på det. Det kommer mere ad hoc – hvis det kommer. Kunne man skabe mere fokus på innovation – helt fra direktionsniveauet til frontlinjen? Måske kunne man opnå mere fokus på det ved at inddrage det mere som en del af afdelingens *Key Performance Indicators*. Men der er også en fare for, at det kan dræbe ildsjælene og deres engagement.

Så konklusionen på det nuværende *setup* er, at det danske hospitalsvæsen laver megen inkrementel innovation, men på grund af den meget store mængde projekter, det manglende overblik, den noget løse projektorganisering, det manglende ledelsesmæssige fokus i driften, og de mange strategiske dagsordener, der ikke er *alignet*, så er der enormt potentiale for innovation, som slet ikke er forløst endnu. Der er mere radikale innovationer, men ofte sker det på ydersiden af organisationernes eksisterende funktionsmåde. Der er mere tale om *add-on* innovation.

6. Fremtidens transformative sundhedsvæsen

Er vi med vores nuværende organisering i sundhedsvæsenet i stand til at løse de innovationsopgaver, som ligger foran os? Er vi "*fit for purpose*"? Vores svar vil være et "klart nej". Sundhedsvæsenet står ikke i helt samme situation som Post Danmark, men vi bliver nødt til at kunne omstille os i forhold til befolkningens forventninger og de realiteter, som verden byder på. I dag er det offentlige sundhedsvæsen befolkningens primære indgang til sundhedsydelser, men hvad vil der ske, hvis markedet for private sundhedsforsikringer vokser yderligere og dermed sætter vores væsen under pres?

Sundhedsstrukturen vender på mange måder sundhedsvæsenet på hovedet og vil kræve en helt anden tilgang til innovation og med nye samarbejdspartnere. Hospitalerne skal vende sig mod primærsektoren, hvor mere aktivitet skal foregå end i dag, og samtidig begrænses vækst og aktiviteter på hospitalerne. Det er i den grad et brud med de faste, stabile rammer, og det vil ikke være muligt at foretage den ønskede transformation af sundhedsvæsenet, hvis vi udelukkende forlader os på inkrementel innovation. Radikal innovation vil være påkrævet, og der er med den nuværende organisering en klar fare for, at vi får for lidt af den. Vi sidder fast i en "succesfælde" jf. figur 1.

En anden – og ikke udelukkende dansk – problemstilling er, at sundhedsvæsenet gerne vil gøre tingene perfekt. Første gang. Dette kan medføre, at man bruger enormt lang tid på planlægning og projekter (*planning paralysis*), som sjældent kommer til at gøre gavn i den store sammenhæng, fordi man ikke formår at skalere løsninger.

I Skotland har man gennem en del år udviklet *Hospital at Home*, hvor hospitalerne tager ansvar for patienter, der behandles i eget hjem. Udviklingen har været alt andet end strømlinet, og *Hospital at Home* konceptet er vokset organisk uden den store centrale styring af organiseringen. På tværs af landet findes der nu mangfoldige – forholdsvis lavteknologiske – organiseringer, som giver lokal mening. I dag indlægges ca. 1.500 borgere pr. måned i *Hospital at Home* konceptet i Skotland (som typisk er en dagstidsfunktion), og de optager ikke en egentlig døgn-dækkende hospitalsseng. De centrale sundhedsmyndigheder kunne sikkert ønske sig en større grad af standardisering, men omvendt var man måske ikke nået hertil, hvis man havde insisteret på en minutøs planlægning og et ønske om at opnå det perfekte.

Det er ikke fordi, der mangler muligheder for at innovere mere radikalt. Det kan f.eks. dreje sig om teknologiske løsninger, der kan muliggøre diagnostik og behandling på distancen. Her ville en kombination af teknologi sammen med radikalt ændrede arbejdsgange kunne *disrupte* det eksisterende – både i samspillet med primærsektoren men også i hospitalernes interne drift. Jorden er med andre ord gødet for, at radikal innovation indtager en plads i udviklingen af det fremtidige sundhedsvæsen.

***”Jorden er gødet for,
at radikal innovation
indtager en plads i udviklingen af det fremtidige sundhedsvæsen”***

Mange kendte *tech*-succeser er startet som ”garage-projekter” og har over tid udviklet sig og medført *disruption*. Men hvordan får vi målrettet disse potentielle radikale innovationer mere og sat dem i system? I et sundhedsvæsen, der på én gang både skal udvikle sig og stadig hver dag fremstå stabilt overfor brugerne, kan der meget nemt opstå en deko-bling fra det strategiske behov for innovation og den daglige drift. Ikke mindst hvis man indretter sig med en udpræget *bottom-up light-weight* tilgang, hvor de overordnede strategiske dagsordener ikke nødvendigvis kobles med det, den lokale ledelse har innovationsmæssigt fokus på. Dekoblingen kan også finde sted, hvis innovationsorganisationen ikke har den nødvendige faglige legitimitet eller domænekendskab, der sikrer forbindelse til de kliniske behov. Det er således udmærket at beherske hele værktøjskassen og det professionelle vokabularium indenfor innovation, men hvis ikke man ikke har en faglighed, der kan tale sammen med de sundhedsprofessionelle, kommer man ofte til kort.

Potentialet er der altså, og vi kender problemerne. Hvad er så den organisering, der kan udfolde potentialet? Svaret finder vi ikke i det offentlige nordiske sundhedsvæsen, for her eksisterer det ikke – endnu. Men vi kan lære af en række internationale eksempler og fra det private. Lad os se på fire af disse.

Man kan for det første begynde at se sin organisation mere som en IT-organisation og begynde sin innovative udvikling herfra. Her kan det handle om at give IT-afdelingen meget mere strategisk kraft og indflydelse. Bankerne lever f.eks. i dag meget mere af deres data og på at have styr på deres data. Det er blevet forretningskritisk at designe den rette data-arkitektur. På samme måde har to norske ret traditionelle offentlige organisationer – NRK og Norsk Meteorologisk Institut – skabt en verdenssucces med app’en YR. Grundlaget for dette er at lægge alle deres data i skyen og gøre dem tilgængelige for alle andre (modsat hvad som regel er tilfældet i sundhedsvæsenet). Et eksempel på en massiv digitalisering tæt på borgeren er Singapores HealthHub², som skaber

² Læs mere om Singapores HealthHub på: <https://www.healthhub.sg/about-us>

en integreret *front-end* løsning, så borgeren selv hele tiden arbejder sig mere ind i dette digitale univers, hvor der så også ligger træningsvideoer, der skal øge borgernes sundhedskompetencer. På denne måde kan digitaliseringen virke som en garage-tilgang til innovation, der langsomt men sikkert trækker den traditionelle drift i denne retning, fordi brugerne selv gennem deres brug af de nye digitale løsninger er med til at drive udviklingen af resten af systemet.

For det andet kan man begynde at se organisationen ud fra et økonomisk helhedsperspektiv. Et helhedsperspektiv, hvor omkostninger til nye innovative udviklinger ses i sammenhæng med de langsigtede gevinster. Dette gøres ved at arbejde meget mere professionelt med businessplaner for den fulde innovationsproces: udvikling, modning/inkubation i driften og skalering ud i hele organisationen. Dette kobles med at man skaber økonomiske incitamentssystemer, der skal fremme at man tager de nye løsninger i brug decentralt. Et verdenskendt eksempel på dette er Kaiser Permanente, som både ejer de store specialiserede hospitaler og de mange lokale sundhedsklinikker.

Businessplaner er også afgørende i de store farmaceutiske virksomheder, som hele tiden skal kunne lave både inkrementel (forbedre de eksisterende lægemidler) og radikal innovation (helt nye lægemidler). Men de bruger også alle en strategisk styringsmetode, som er afgørende for at få et strategisk overblik: porteføljeledelse. Strategisk porteføljeledelse er et tredje input til, hvordan vi kan arbejde fremover. Porteføljeledelse handler om at skabe en balanceret portefølje af udviklingsprojekter. Både nogle projekter med stor usikkerhed og risiko og samtidigt stort innovationspotentiale. Og nogle projekter hvor der er mere sikkerhed for et *outcome*, men hvor potentialet heller ikke er så stort. Strategisk porteføljeledelse handler så om hele tiden at have strategisk topledelsesopmærksomhed på denne portefølje, og hvordan den udvikler sig. Man skal sikre fremdrift, sørge for at tingene kan komme i drift, stoppe og lukke projekter osv. Sidst men ikke mindst skal man lave de svære beslutninger om prioriteringer og ressourceallokeringer, som er nødvendige for at have en strategisk optimeret portefølje, der virkelig flytter organisationen derhen, hvor den skal. I de store farma-virksomheder vil man typisk arbejde med flere udviklingsporteføljer. Der er f.eks. en portefølje for forskningen og en portefølje for de store byggerier af f.eks. fabrikker.

Et fjerde eksempel handler om, hvordan man internationalt arbejder med, at innovation også handler om, at man arbejder med at modne et økosystem. Det er ikke nok, at man et sted – f.eks. i en organisation – har gode kompetencer til at forstå og arbejde med en ny teknologi eller en ny viden. Hvis innovation skal spredes, så skal der også være kompetencer i andre organisationer til at optage denne nye teknologi. Man taler om organisationers og økosystemers "*absorptive capacity*" (Cohen og Levinthal, 1990). I England har de således rundt om AHSC-konstruktionerne også lavet et system af *Academic Health Science Networks* (ACSN), som har til opgave at træne andre i nye innovationer og til at sprede disse fra en region af England til en anden. Internationalt kalder man sådanne organisationer for "*backbone*" organisationer. Det er nye separate organisationer, som flere partnere skaber sammen for at de kan tage et koordinerende ansvar på tværs af økosystemet. Mest kendt og med mest historie er de amerikanske ARPA-organisationer (Advanced Research Projects Agency). Det er organisationer, som man opretter, når den amerikanske stat har et område (ofte taler man om en mission), f.eks. ARPA-Health, som man gerne vil udvikle. En sådan ARPA-enhed kan lede og koordinere på tværs af mange aktører og har ansvar for den fælles udvikling og samarbejdet i en tidsbegrænset periode, fx 3-5 år. Enheden har ressourcer og beslutningskompetence til at koordinere de forskellige og fælles initiativer – inklusiv strategisk og proaktiv porteføljeledelse. Enheden tager altså et ansvar på tværs af det samlede økosystem.

De internationale eksempler fremhæver, hvordan organisering (og ledelsesmæssige metoder) kan understøtte innovation. Hvad kan vi lære af dem? For os at se har de en række organiseringsstræk til fælles:

1. **Netværksorganisering** giver plads til eksperimentering og radikale idéer, som kan skales.
2. **Decentralisering og på samme tid koordineret innovation** giver rum for lokal nytænkning, samtidig med at større strategier sikrer overordnet retning.
3. **Integrerede strukturer og metoder** der fremmer sammenhæng og hurtigere fokuseret implementering af nye løsninger.
4. **Balancen mellem central styring og lokal fleksibilitet** skaber dynamik og relevans indenfor forskellige områder.

Lad os kort se på hvordan vi kan bruge denne inspiration ift. organisering af innovation ift. den aktuelle opgave med at realisere Sundhedsreformen.

7. Sundhedsreformen og dens organiseringsmuligheder

Der er ingen tvivl om, at et centralt element i Sundhedsstrukturen er de nye konstruktioner: Sundhedsrådene.³ Det er sundhedsrådene, der får ansvar for at skruer det samlede sundhedsvæsen sammen i en bestemt geografi. De får også ansvaret for, at det nære sundhedsvæsen bliver stærkere i fremtiden, og at der skabes flere løsninger tæt på borgeren. Sundhedsrådene får således både ansvar for den løbende drift og den strategiske udvikling. Hermed har sundhedsrådene en oplagt mulighed for at blive et koordinerende innovationsorgan, der virkelig både kan sætte den inkrementelle og den transformative innovation på dagsordenen og i system. De kan f.eks.:

- Have fokus på de digitale leverancemodeller og drive en massiv digitaliseringsdagsorden tæt på borgeren
- Have et helhedsorienteret økonomisk perspektiv på hvilke innovationer, der virkelig kan betale sig at arbejde med i deres geografiske område (som Kaiser Permanente). Samt skabe de rette decentrale incitamenter til at tage dem i brug.
- Lave porteføljeledelse på den samlede innovationsportefølje i deres geografi.

Sundhedsrådene vil selvfølgelig kunne spille sammen og lære af hinanden – ikke mindst inden for samme region. Det kan f.eks. handle om de tværgående og helhedsorienterede patientforløb, som de alle skal arbejde med at udvikle mere, så forløbet starter og slutter helt tæt på borgeren i dennes levede liv. Her kan de nye kronikerpakker være et vigtigt sted at starte. Det kan frygtes, at man fra statsligt hold udarbejder kronikerpakker efter samme model som kræftpakker – et effektivt styrings- og standardiseringsredskab – men også et koncept, der er konserverende, får udviklingen til at stivne og har begrænset innovationseffekt. Et af hovedproblemerne dengang var, at det gik alt for langsomt. Lange ventetider og problemer med logistikken. Folk endte med at blive alvorligt syge eller gå bort, før der var mulighed for at komme til. Kræftpakkerne blev dengang indført som en slags grundlæggende patientrettighed. Så snart din læge havde tilset dig og

³ Læs mere om Sundhedsreformen på ministeriets hjemmeside: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2024/november/aftale-om-sundhedsreform-2024>

konstateret en form for kræft, måtte der maksimalt gå så lang tid, før behandlingen gik i gang. Nu er det blevet en ret, og systemet er gearet herefter. Men udfordringen ved denne løsning er bl.a., at man ikke er i stand til at prioritere mellem f.eks. alvorlighed i forskellige kræftdiagnoser.

Kronikerpakkerne er et forståeligt tiltag, fordi mange sundhedsproblemer er alvorlige for befolkningen, der lider af ting såsom KOL, diabetes eller problemer i bevægeapparatet. Det er et enormt samfundsproblem, som også spreder sig, fordi vi ofte har mere travlt med specialiserede tiltag. Nu har man fra politisk side bestemt, at disse problemer skal håndteres med kronikerpakkerne. Men hvis kronikerpakkerne bliver implementeret på samme måde som kræftpakkerne, så bliver det standardiserede patientforløb. Det skaber problemer ift. forebyggelse, f.eks. for patienter der er i farezonen for alvorlige rygproblemer. Her er kræft- og rygproblemer fagligt forskellige. Den type forudbestemt standardiserede forløb vil være det modsatte af innovation. Det vil handle om at bruge kendte metoder til en helt anderledes type problemer.

Har vi i stedet blik for, at vi faktisk kunne forbedre kronikerforløb endnu mere - og med større effekt - ved at tænke innovativt? F.eks. kunne man i arbejdet med KOL eller rygproblemer på tværs af sundhedsrådene lave en fælles innovationsmotorvej, i stil med som CAGs, men man må også have et klart fokus på at skabe en form for AHSN-konstruktion, der arbejder på at modne kompetencerne ude i økosystemet i det nære sundhedsvæsen. Man kunne i stedet sige, at udvalgte "innovationspakker" skal hjælpe med at lave innovationsfokusering som alternativ til standardisering. Og her er det vigtigt hele tiden at have for øje, at man skal øge evnen til at optage det nye. Det kan bl.a. realiseres med tværgående ansættelser mellem hospitaler og primærsektoren. Her ved bliver sundhedsvæsenet som innovationsmotor bedre i stand til at pege i én fælles retning: Kronikerpakke-retningen. Vi skal innovere for at lave bedre forebyggelse, rehabilitering, liv med kroniske sygdomme og differentiering ift. alvorlighed og risici.

Disse tværgående innovationsmotorveje er ikke kun vigtige inden for kroniker-områderne. De er f.eks. også vigtige i forbindelse i de mange børn og unge, der i stigende grad får mentale problemer. Her skal der udvikles nye og disruptive løsninger, som kommer i spil ude i det nære og tæt på borgerne, så vi begynder bedre at forebygge, at de får brug for det specialiserede psykiatriske sundhedsvæsen. Her kan en massiv digitalisering også spille en vigtig rolle.

Interessant er det også, at Sundhedsreformen sætter retning på forskningssamspillet med universiteter og professionshøjskoler. Her er der tale om, at man skal til at lave porteføljeledelse og begynde at flytte forskningsporteføljerne i retning af studier af det nære sundhedsvæsen. På samme måde kan sundhedsrådenes innovationsstrategiske dagsordener være med til at sætte retning på forskningsporteføljerne fremover.

Center for Sundhedsinnovation er også en ny konstruktion. Det er en tydelig ny backbone-organisation, der får en central national rolle i at sprede innovation, modne økosystemet, sætte nye innovative udviklinger i gang gennem *calls* og måske også lave en form for porteføljeledelse på det nationale niveau. Hvis dette nye center skal lykkes, handler det måske også om at overveje, hvad der skal til, hvis det skal lykkes at modne økosystemet. De internationale erfaringer - ikke mindst fra ARPA - er, at det er en del af modningen af et økosystem, at der ikke er for mange konkurrerende og overlappende backbone-organisationer, der går i vejen for hinanden. Måske skal der ske en form for konsolidering af de efterhånden mange backbone-organisationer, der alle gerne vil sætte retning på innovationen inden for sundhedsområdet?

En sidste ting. Sundhedsreformen handler meget om struktur. Og denne artikel handler om organisering af innovation. Så det er ikke mærkeligt, at vi har talt meget om denne formelle koordinering og organisering. Men struktur kan ikke alt – heller ikke når det handler om innovation. Relationer og relationel koordinering er supervigtigt. Innovation handler også om ildsjæle og mennesker, der taler med hinanden. Det må vi ikke glemme i iveren i at få en bedre organisering af fremtidens innovation.

8. Konklusion: organisering af innovation i fremtidens sundhedsvæsen - hvilke spørgsmål skal vi som ledelse og innovationsaktører stille os selv?

Sundhedsreformen og de omfattende fremtidige forandringer i sundhedsvæsenet rejser spørgsmålet om, hvordan vi bedst organiserer innovation, så den understøtter både driftsforbedringer og reelle transformationer. For at sikre, at innovation ikke blot bliver et perifert eksperiment, men en integreret del af sundhedsvæsenets udvikling, må vi forholde os til en række centrale spørgsmål.

Først og fremmest handler det om at finde balancen mellem inkrementel og radikal innovation. Vi må stå på to ben her. Traditionelt har sundhedsvæsenet været dygtigt til inkrementel innovation, hvor eksisterende processer og behandlinger forbedres gradvist. Men sundhedsreformen kræver en mere radikal tilgang, hvor sundhedsvæsenet omstruktureres til at være mere borger-nært og digitalt funderet. Dette forudsætter en organisering, hvor hospitaler, kommuner og almen praksis tænker innovation ind som en del af den løbende udvikling frem for isolerede projekter og ser innovation på en ny og mere helhedsorienteret måde, der handler om transformation af sundhedsvæsenet som helhed. Spørgsmålet bliver derfor: **Hvordan kan vi sammen organisere sundhedsvæsenet, så det både understøtter inkrementel innovation i driften af vores organisationer og samtidig skaber og indgår i strukturer for radikal innovation?** Det er afgørende, at man ikke på hvert hospital eller i hver kommune stiller spørgsmålet om organisering af innovation med fokus på egen organisation, men ser sig selv som en del af et større helhed. Og at man er parat til åbne egen organisation op for dette, f.eks. i forhold til afprøvning og indførelse af nye løsninger opfundet andre steder.

Derudover er det afgørende, at innovation ikke forbliver en isoleret aktivitet, der drives af enkelte ildsjæle, men i stedet bliver en integreret del af sundhedsvæsenets kerneopgaver – vi må have noget mere *heavy-weight* organisering ind og samtidig være opmærksomme på faren for unødigt bureaukratisering. En af udfordringerne i dag er, at mange innovationsprojekter ikke bliver implementeret i stor skala, men forbliver eksperimenter uden reel effekt på systemniveau. For at imødegå dette kan det være nødvendigt at gentænke organiseringen af innovation – måske både ved at decentralisere noget af innovationsansvaret til driftsenhederne og ved samtidig at styrke centrale innovationsfunktioner, der kan skalere og implementere nye løsninger bredt. Dette leder til spørgsmålene: **Hvilke organiseringsformer sikrer, at innovation ikke forbliver et isoleret initiativ, men bliver en integreret del af sundhedsvæsenets kerneopgaver? Og hvordan sikrer vi, at det decentrale og det centrale spiller koordineret sammen?** Her handler det også om, at de centrale innovationsaktører skal have en god forståelse af det kliniske og hvordan forskning og uddannelse foregår i sundhedsvæsenet. Ellers er der en stor fare for, at innovationstilgangen vil blive for "udvendig" og ikke medvirke til at der skabes sammenhæng – både mellem det centrale og det afdelingsvise, og på tværs af afdelingerne.

Ledelsen spiller en afgørende rolle i at sikre, at innovation ikke nedprioriteres i en travl hverdag. Mange ledere i sundhedsvæsenet oplever, at innovation er en sekundær opgave sammenlignet med driftsansvar. Derfor må der udvikles en ledelsesstruktur, hvor innovation bliver en eksplicit prioritet på alle niveauer – fra direktion til frontlinje. En mulighed kunne være at koble innovationsindsatser til ledelsesmæssige incitamenter, så succes med implementering af nye løsninger bliver en del af performance-målingerne. Dette bringer os til spørgsmålet: **Hvordan kan vi organisere og ansvarliggøre ledelsesstrukturen, så innovation bliver en prioritet på alle niveauer i sundhedsvæsenet?**

For at understøtte innovation i sundhedsvæsenet er det også nødvendigt at skabe en bedre organisering af samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Sundhedsreformen understreger behovet for at styrke det nære sundhedsvæsen, men dette kræver en ny organisering af samarbejdsstrukturer og finansieringsmodeller. Digitalisering kan her spille en central rolle, men kun hvis der etableres tværgående innovationsfora og incitamenter, der fremmer samarbejde frem for silodannelse. Dette leder til de næste spørgsmål: **Hvordan organiserer vi samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis, så nye teknologiske løsninger og behandlingsformer implementeres effektivt og understøtter en mere borgernær sundhedsmodel? Og hvordan kan sundhedsrådene spille en vigtig rolle her?**

Endelig er det essentielt at styrke innovationsøkosystemet, så offentlige og private aktører arbejder strategisk sammen. Der er allerede en stigende interesse for at inddrage private virksomheder og forskningsinstitutioner i udviklingen af sundhedsløsninger, men dette kræver en tydeligere organisering af samarbejdet. Det er klart en vigtig del af ibrugtagning og spredning af innovation, at nogen ser kommercielle muligheder i det. Center for Sundhedsinnovation kan spille en vigtig rolle her, men der er også behov for mere systematisk porteføljeledelse af innovationsprojekter, så ressourcerne fordeles effektivt. Det sidste spørgsmål bliver derfor: **Hvordan skal vi organisere og styrke sundhedsvæsenets innovationsøkosystem, så vi sikrer en strategisk sammenhæng mellem offentlige og private aktører?** Og skal vi i den sammenhæng se udover det nationale niveau og f.eks. koble os meget stærkere sammen på det nordiske niveau?

Sammenfatningsvis er det klart, at fremtidens sundhedsvæsen ikke kun skal udvikle nye løsninger, men også gentænke, hvordan disse organiseres og implementeres. Innovation må gøres til en integreret del af driften, understøttes af en stærkere ledelsesstruktur og forankres i et velfungerende samarbejde på tværs af sektorer. Til forskel fra historien om Post Danmark har der i forhold til sundhedsvæsenet været en politisk erkendelse af, at alt ikke kan fortsætte som hidtil - at løsninger i fremtiden må og skal se anderledes ud.

Vi håber, at vi ved at have argumenteret og stillet de fem ovennævnte spørgsmål har inspireret læserne til at besvare dem ud fra deres forskellige perspektiver. Så vi sammen kan skabe en organisering, der er *"fit for purpose"* i forhold til fremtidens sundhedsudfordringer.

Referencer

1. Tushman, M.L. & O'Reilly, C.A. 1996. "Ambidextrous Organizations: Managing Evolutionary and Revolutionary Change". California Management Review, 38(4): 8-29. DOI: <https://doi.org/10.2307/41165852>
2. Clark, K. & Wheelwright, S.C. 1992. "Organizing and Leading "Heavyweight" Development Teams". California Management Review, 34(3): 9-28. DOI: <https://doi.org/10.2307/41167421>
3. Bødskov, M., Løhde, S., Rasmussen, L.L. & Egelund, C. 2024. "Strategi for life science frem mod 2030". Regeringen, København: november 2024. <https://www.em.dk/Media/638660486816578445/Strategi%20for%20life%20science%202024.10.31%20WEB.pdf>
4. Cohen, W.M. & Levinthal, D.A. 1990. "Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation". Administrative Science Quarterly, 35(1): 128-152. DOI: <https://doi.org/10.2307/2393553>

Forfatterne bag



Søren Pihlkjær Hjortshøj er lægefaglig direktør på Aalborg Universitetshospital og uddannet speciallæge i kardiologi. Han er medlem af Medicinrådet som repræsentant for Region Nordjylland. Søren har tidligere arbejdet som forskningschef og institutleder på Aalborg Universitetshospital med særligt ansvar for at skabe øget samarbejde mellem hospitaler, universiteter og internationale fagmiljøer. Af samme årsag har han indgående kendskab til både det regionale og nationale sundhedsvæsen.



Søren Barlebo Rasmussen er partner i Mobilize Strategy Consulting. I mere end 25 år har Søren arbejdet med strategisk ledelse i faglige organisationer, både gennem forskning og i tidligere roller som institutleder og dekan. Han har en baggrund som ph.d. i videnskabssociologi fra Copenhagen Business School. Som konsulent har han særligt arbejdet med mobilisering af faglige miljøer gennem ledelses-, organisations- og strategisk udvikling.



Kristian Mikkelsen Wegener er seniorkonsulent og ph.d.-studerende i et samarbejde mellem Mobilize Strategy Consulting og Oslo Metropolitan University. I hans forskning og rådgivning fokuserer han særligt på porteføljeledelse og skalering af innovation i den offentlige sektor. Han har en baggrund som cand.merc.(psyk) fra Copenhagen Business School.