



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Aalborg Universitet

Ledelse af Capacity Building i Hospitalsvæsenet

Belyst ved projekt Sikker Patientflow i Region Midtjylland, Danmark

Antonsen, Christina Egelund

Publication date:
2023

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Antonsen, C. E. (2023). *Ledelse af Capacity Building i Hospitalsvæsenet: Belyst ved projekt Sikker Patientflow i Region Midtjylland, Danmark*. Aalborg Universitetsforlag.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LEDELSE AF CAPACITY BUILDING I HOSPITALSVÆSENET

**BELYST VED PROJEKT SIKKERT PATIENTFLOW
I REGION MIDTJYLLAND, DANMARK**

**AF
CHRISTINA EGELUND ANTONSEN**

PH.D. AFHANDLING 2023



AALBORG UNIVERSITET

LEDELSE AF CAPACITY BUILDING I HOSPITALSVÆSENET

**BELYST VED PROJEKT
SIKKERT PATIENTFLOW
I REGION MIDTJYLLAND, DANMARK**

AF

CHRISTINA EGELUND ANTONSEN



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

PH.D. AFHANDLING 2023

Ph.d. indleveret: 14.09.2023

Ph.d. vejleder: Professor Jacob Brix
Aalborg Universitet

Ph.d. bi-vejledere: Professor Hanne Kathrine Krogstrup
Aalborg Universitet
Forskningschef Camilla Palmhøj
Defactum, Region Midtjylland

Ph.d. bedømmelsesudvalg: Professor Julie Borup Jensen
Aalborg Universitet, Danmark
Førsteamanuensis Associate Professor Dina von Heimburg
Norwegian University of Science and Technology, Norge
Professor Bjørn Erik Mørk
Handelshøyskolen BI, Norge

Ph.d. serie: Det Humanistiske og Samfundsvidenskabelige Fakultet,
Aalborg Universitet

Institut: Institut for Kultur og Læring

ISSN (online): 2794-2694

ISBN (online): 978-87-7573-633-1

Udgivet af:
Aalborg Universitetsforlag
Krogstræde 3
9220 Aalborg Ø
Tlf. 9940 7140
aauf@forlag.aau.dk
forlag.aau.dk

© Copyright: Christina Egelund Antonsen

Trykt i Danmark af Stibo Complete, 2023

CV

Christina Egelund Antonsen

Født: 20. januar 1977



Kontaktoplysninger:

E-mail: cean@ikl.aau.dk eller chrant@rm.dk eller egeland.antonson@gmail.com

Telefon: +45 29848129

Uddannelser:

2020 – 2023: Ph.d.-studerende ved Aalborg Universitet, Institut ved Kultur og Læring, hvor jeg er tilknyttet forskergruppen CaBE, Capacity Building and Evaluation.

2020: Master i Læreprocesser, specialisering i Ledelses – og organisationspsykologi (LOOP), Aalborg Universitet.

2015: Systemisk lederuddannelse.

2012: Projektledelse og certificering.

2012: Diplomuddannelse i Ledelse og Styring.

2000: Sygeplejerske.

ENGLISH SUMMARY

This thesis explores leadership skills expected to promote Capacity Building in the Danish hospital system illustrated by an improvement project, *Safe Patient Flow*, in Central Denmark Region.

Management of and how to ensure continuous capacity building within the framework of the organization is scarcely studied in hospital settings and in healthcare. This thesis will present a new theoretical pathway to expand, clarify and qualify the literature on Capacity Building as a management approach in hospitals.

Methodologically, the thesis is based on a case study using qualitative methods from observations and interviews with strategic, operational and project managers and health professionals who took part in the project *Safe Patient Flow* across five hospitals in Central Denmark Region. The thesis comprises four scientific articles, which together contribute to answer the research question.

Study 1 (*in Danish: Hvordan skabes public value i praksis? Om capacity building som ledelsestilgang i offentlige organisationer*). This study argues that Capacity Building can be a management approach in public organizations, including hospitals to create public value, which is the primary goal. The study is conceptual connecting the theories on public value and Capacity Building. The study concludes that Capacity Building provides a stronger platform for organizational management than the public value theory. The Capacity Building theory as a

management approach can contribute to create the organizational framework and structure to facilitate good initiatives and achieve results.

Study 2 (in Danish: Hvilke ledelsesmæssige evner kan fremme skabelse af Capacity Building i organisationer). This study investigates which leadership skills are necessary to use Capacity Building at hospitals. The study presents a synthesis of eight theoretical leadership components/skills and identifies two empirical component contributions. A theoretical model is introduced on leadership skills promoting Capacity Building.

Study 3 (in Danish: Hvordan kan ledere skabe rammerne for capacity building i deres organisationer). This study investigates and further explores findings and contributions from Study 2. A convergent validation process of the ten developed leadership components in Capacity Building is performed and a new identified. The study also introduces a method tool for dialog, feedforward or feedback between e.g., managers and health professionals, which is considered an important leadership skill.

Study 4 (Which leadership skills promote Capacity Building across five Danish hospitals) investigates the leadership skills promoting Capacity Building across hospitals by further expanding the synthesis on management of Capacity Building introduced in studies 2. The study introduces an operationalization of management of Capacity Building and a program theory on Capacity Building as a management approach. The study contributes with a synthesis of the ten leadership

components/skills characterizing management of Capacity Building across the five hospitals.

Overall, the thesis contributes to an operationalization of management of Capacity Building as well as identifies 11 leaderships skills/components necessary to promote management of a Capacity Building organization. Moreover, a method tool and a program theory are presented to support managers in their work with Capacity Building.

The thesis contributes with new knowledge and perspectives on management of Capacity Building in hospitals. The findings may have relevance for the healthcare sector in a broader perspective.

The thesis presents the first steps in research of management of Capacity Building in hospitals. Further research will provide more nuances and qualify the findings presented in this thesis on Capacity Building as a management approach.

DANSK RESUME

I denne afhandling er jeg interesseret i at udforske, hvilke ledelsesmæssige evner der forventes at kunne fremme Capacity Building i hospitalsvæsenet – belyst ved projekt Sikkert Patientflow i Region Midtjylland, Danmark.

Det viser sig, at ledelse af Capacity Building er et underbelyst fænomen i hospitals- og sundhedsvæsenet i forhold til, hvordan det kan skabes og ledes, så der sker en kontinuerlig opbygning af organisationens rammer, og så organisationen bliver capacity buildende. Med det afsæt vil denne afhandling betrede en ny teoretisk sti, hvor formålet er at udbygge, nuancere og kvalificere litteraturen om Capacity Building som en tilgang til ledelse i hospitalsvæsenet.

Metodisk bygger afhandlingen på et casestudie-design, hvor jeg anvender kvalitative metoder, som stammer fra observationer samt interviews med strategiske og operationelle ledere samt projektledere og sundhedsprofessionelle, som er en del af projekt Sikkert Patientflow på fem hospitaler i Region Midtjylland. Afhandlingen består af fire separate videnskabelige artikler, som samlet set bidrager til at svare på mit forskningsspørgsmål. Jeg vil i det følgende give et kort resume af hver artikel:

Artikel 1 (*Hvordan skabes public value i praksis? Om Capacity Building som ledelsestilgang i offentlige organisationer*) argumenterer for, at teorien om Capacity Building kan være en ledelsesmæssig

tilgang til offentlige organisationer herunder hospitaler med henblik på at skabe public value, som er det primære mål i dette regi. Artiklen er konceptuel, hvor teorierne om public value og Capacity Building sammenkobles. I artiklen konkluderes, at teorien om Capacity Building giver stærkere organisatorisk ledelsesfundament end teorien om public value. Teorien om Capacity Building kan ledelsesmæssigt bidrage til at skabe de organisatoriske rammer og strukturer, der skal til for at realisere gode initiativer og opnå resultater.

Artikel 2 (Hvilke ledelsesmæssige evner kan fremme skabelse af Capacity Building i organisationer) undersøger, hvilke evner en leder bør besidde for at opbygge Capacity Building i hospitaler. Der præsenteres en syntese bestående af otte teoretiske ledelseskomponenter/evner samt en identifikation af to empiriske komponentbidrag. Artiklen introducerer endvidere en teoretisk model for, hvilke ledelsesmæssige evner der fremmer Capacity Building.

Artikel 3 (Hvordan kan ledere skabe rammerne for Capacity Building i deres organisationer) undersøger og videreudvikler fund og bidrag fra artikel 2 ved at gennemføre en konvergent valideringsproces af de 10 udviklede ledelseskomponenter inden for Capacity Building samt identificerer en komponent yderligere. Artiklen introducerer også et metodeværktøj til dialog, feedforward eller feedback mellem bl.a. ledere og sundhedsprofessionelle, der anses som en vigtig ledelsesevne.

Artikel 4 (*Which leadership skills promote Capacity Building across five Danish hospitals*) undersøger, hvilke ledelsesevner der fremme Capacity Building på tværs af hospitaler ved at bygge videre på syntesen om ledelse af Capacity Building i artikel 2.. Artiklen introducerer en operationalisering af ledelse af Capacity Building samt en programteori om Capacity Building som ledelsestilgang. Artiklen bidrager med en syntese af 10 ledelseskompener/evner, som kendetegner ledelse af Capacity Building på tværs af hospitaler.

Afhandlingen bidrager samlet set med en operationalisering af ledelse af Capacity Building samt identificerer 11 ledelsesevner/ledelseskompener, der bør være til stede i ens lederskab for at fremme, at organisationen bliver capacity buildende. Desuden præsenteres et metodeværktøj samt en programteori som praktisk redskab til at støtte ledere i deres arbejde med Capacity Building.

Afhandlingen bidrager med ny viden og perspektiver på ledelse af Capacity Building i hospitalsvæsenet, hvor der vurderes, at afhandlingens resultater kan have relevans for sundhedssektoren mere bredt.

Denne afhandling har taget de første skridt inden for forskning om ledelse af Capacity Building på hospitalsområdet, hvorved det fortsat er afgørende at nuancere og kvalificere min forskning og videreudvikle forskningen om Capacity Building som ledelsestilgang.

FORORD

Denne afhandling var aldrig blevet til uden hjælp, støtte, vejledning, og opmuntrende kommentarer gennem hele perioden fra mange skønne mennesker.

Først og fremmest vil jeg gerne udtrykke en stor tak til Aarhus Universitetshospital for at give mig mulighed for at forske og investere ressourcer i min videreuddannelse. Dernæst tak til Aalborg Universitet, Institut for Kultur og Læring, for at indgå i samarbejdet.

En særlig tak går til den tidligere hospitalsledelse på Aarhus Universitetshospital, herunder Inge Pia Christensen, Claus Thomsen, Jørgen Schøler Kristensen og Poul Blåbjerg samt stabschef Henrik Beyer og kvalitetschef Hanne Dahlerup. Det er takket være jeres opbakning og tillid, at jeg har haft den enestående mulighed for at forske i min egen praksis. Jeg ønsker også at udtrykke min tak over for nuværende sygeplejefaglige direktør Susanne Lauth og kvalitetschef Lisbeth Kallestrup.

En dybtfølt tak skal rettes til min vejleder Jacob Brix, der har været min støtte og opbakning hele vejen. Uden dig, dit fantastiske humør og stjernedrys af visdom og vejledning ville jeg nok ikke være nået hertil. Jeg er meget taknemlig for vores samarbejde. En stor tak skal også lyde til mine bi-vejledere Hanne Kathrine Krogstrup og Camilla Palmhøj. I har fastholdt mig inden for rammerne af mit projekt og holdt mig fokuseret de gange, jeg muligvis er gået i en forkert retning. Til jer alle

tre vil jeg gerne sige stor tak. I har været der for mig gennem hele perioden, og jeres støtte og vejledning har været uvurderlig.

Jeg ønsker også at rette en stor tak til både styregruppen og projektgruppen for Sikkert Patientflow på både hospitalsniveau og regionalt niveau. Jeres åbenhed, nysgerrighed og oprigtighed har været en afgørende faktor til møder, læringsseminarer, site visits eller ved interviews og besøg. Uden jer ville denne afhandling ikke være blevet til virkelighed.

Jeg vil også gerne takke forskningsgruppen CABE (Capacity Building and Evaluation) og særligt mine to ph.d.-kolleger Julie Würtz Jensen og Charlotte Laubek for at være mine trofaste ledsagere gennem skriveophold, studiegruppe og faglig sparring på artikler og materiale.

Tak til mine fantastiske kollegaer på Aarhus Universitetshospital. Særligt Stine Rasmussen, Pia Soelberg, Ulla Vig Astrup, Kristian Hansen og Anders Ryelund, der løbende har opmuntret mig via sms'er, samtaler og telefonopkald.

Jeg vil også gerne takke BI, Norwegian Business School og Center for Helseledelse i at give mig adgang til bla. at deltage i Den Nationale Lederuddannelse inden for helseledelse samt deltage i forskergruppens aktiviteter med henblik på faglig sparring på mit forskningsfelt.

Jeg ønsker ligeledes at udtrykke min taknemmelighed over for Helsefonden og Familien Hansens Fond for den økonomiske støtte til forskningsprojektet og mine udlandsophold. Endvidere en stor tak til

Marianne Goth Hansen for engelsk korrekturlæsning gennem hele perioden og Sofia Rasmussen for korrekturlæsning af min afhandling.

Til sidst vil jeg gerne takke min mand, Niels, og mine børn, Amalie, Jacob og Caroline. Uden jeres opbakning var denne afhandling ikke lykkedes. I har sørget for, at alt har fungeret omkring mig - både vin til nedture, oplevelser ved opture og ferier for at få mine tanker væk fra min forskning. Og ikke at forglemme min hund Hugo, som trofast har ligget under mit skrivebord i tre år, når jeg har arbejdet, og som har taget mig med på gåture, når den kunne mærke, at det blev lidt svært. I 5 er mit ur.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Kapitel 1: Introduktion, problemfelt og forskningsspørgsmål.....	21
1.1. Det danske sundhedsvæsen.....	22
1.2. Et hybridt styringsparadigme opstår	23
1.3. Et eksempel på et hybridstyringsparadigme i sundhedsvæsenet..	25
1.4. Projekt Sikkert Patientflow: Et kvalitets- og forbedringsprojekt i hospitalsvæsenet.....	27
1.5. Ledelse af kvalitet i hospitalsvæsenet	28
1.6. Afhandlingens fokus: Capacity Building som ledelsestilgang i hospitalsvæsenet	29
1.7. Kort introduktion til Capacity Building.....	32
1.8. Ph.d. afhandlingens forskningsspørgsmål.....	33
Kapitel 2: Teoretiske tilgang.....	37
2.1. Litteraturudvælgelse	37
2.2. Definition og introduktion til Capacity Building.....	42
2.3. Capacity Building som ledelsestilgang.....	48
Kapitel 3: Videnskabsteori.....	53
3.1. Introduktion til afhandlingens videnskabsteori: Kritisk realisme	53
3.2. Afhandlingens ontologi og epistemologi	55
3.3. Kritisk realisme og undersøgelse af Capacity Building som ledelsestilgang.....	59
Kapitel 4: Metodiske tilgang	63
4.1. Casestudie som forskningsdesign	63
4.2. Sikkert Patientflow som casestudie.....	65
4.2.1. Metoder og indsatser i Sikkert Patientflow	67
4.2.2. Den organisatoriske forankring i Sikkert Patientflow	68
4.2.3. Kvalificering af Sikkert Patientflow som case for afhandlingen	71
4.3. Afhandlingens forskningsstrategi i forhold til ledelse af Capacity Building	74

4.4. Afhandlingens dataindsamling	76
4.4.1. Semi-strukturerede interviews	76
4.4.2. Deltagerobservationer	81
4.4.3. Refleksion over dataindsamling	83
4.5. Dataanalyse	84
4.5.1. Analyse af kvalitative data	86
4.5.2. Refleksion over dataanalyse	90
4.6. Min rolle som forsker i egen praksis	90
Kapitel 5: Afhandlingens artikler og bidrag i forhold til	
teori og praksis	95
5.1. Kort resume af afhandlingens 4 artikler.....	96
5.2. Operationalisering af fænomenet ledelse af	
Capacity Building i hospitalsvæsenet	101
5.3. Udvikling af syntese for ledelse af Capacity Building	103
5.4. Model for ledelse af Capacity Building	109
5.5. Metodeværktøj til praksis	111
5.6. Programteori for ledelse af Capacity Building:	
belyst med projekt Sikkert Patientflow	113
5.7. Programteoriens perspektiver i forhold til	
Praksisanvendelse	116
5.8. Begrænsninger	118
Kapitel 6: Diskussion	120
6.1. Operationalisering af fænomenet ledelse af	
Capacity Building	120
6.2. Syntese for ledelse af Capacity Building	123
6.3. Metodeværktøj	124
6.4. Programteori om ledelse af Capacity Building:	
belyst med projekt Sikkert Patientflow	125
7.4.1. Generalisering af programteorien	126
Kapitel 7: Konklusion	129
Referenceliste	139

AFHANDLINGENS ARTIKLER

Afhandlingen består af 4 artikler. I følgende præsenteres en referenceliste over de artikler, som afhandlingen består af, samt hvor de er udgivet og/eller indsendt til fagfællebedømmelse:

- Artikel 1:** Brix, J., & Antonsen, C. (2022). Hvordan skabes public value i praksis? Om capacity building som ledelsestilgang i offentlige organisationer”. *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development*, årgang 1, nr. 1 (open access). <https://doi.org/10.18261/njwel.1.1.4>
- Artikel 2:** Antonsen, C. E., & Brix, J. (2022). Hvilke ledelsesmæssige evner kan fremme skabelse af Capacity Building i organisationer?”. *Samfundslederskab i Skandinavien*, Årgang 37, Nummer 4, 2022, s. 164-196 (open access). <https://doi.org/10.22439/sis.v37i4.6693>
- Artikel 3:** Antonsen, C.E. (202xa). Hvordan kan ledere skabe rammerne for Capacity Building i deres organisationer? Et studie fra sundhedsvæsenet”. *Samfundslederskab i Skandinavien* (accepteret og under publicering).
- Artikel 4:** Antonsen, C.E. (202xb). Which leadership skills promote Capacity Building across five Danish hospitals. *BMJ Leader* (i review, manuskript ID: leader-2023-000910).

AFHANDLINGENS TABELLER OG FIGURER

Tabel A: Overblik over søgeord	38
Tabel B: Den teoretiske litteratur omhandlende Capacity Building.	46
Tabel C: Fælles syntese over otte teoretiske ledelseskomponenter for Capacity Building	51
Tabel D: Struktur, proces og aktivitetsoverblik ift. ledelsesinvolveringen i Sikkert Patientflow	70
Tabel E: Den empiriske litteratur omhandlende Capacity Building med afsæt i Sikkert Patientflow	72
Tabel F: Antal informanter ved hvert studie	78
Tabel G: Hospitaler, som indgår i hvert studie	79
Tabel H: Oversigt og omfang af deltageobservationer	81
Tabel I: Et eksempel på kodning som fremgår i artikel 2	87
Tabel J: Et eksempel på kodning som fremgår i artikel 3	88
Tabel K: Et eksempel på kodning som fremgår i artikel 4	89
Tabel L: Syntese af ledelse af Capacity Building	106
Tabel M: Metodeværktøj til dialog, feedback og feedforward	112/134
Figur A: Procesoverblik over søgestrategi	39
Figur B: Kritisk realismes 3 virkeligheder	56
Figur C: Model for ledelse af Capacity Building	110
Figur D: Programteori for ledelse af Capacity Building i hospitalsvæsenet- med afsæt i Sikkert Patientflow ...	114/136

KAPITEL 1: INTRODUKTION TIL PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRGSMÅL

Formålet med denne ph.d.-afhandling er at undersøge, hvilke ledelsesmæssige evner der forventes at kunne fremme Capacity Building i hospitalsvæsenet. Jeg indleder kapitlet med en kort introduktion til det danske sundhedsvæsen, hvor der blandt andet gives et indblik i sundhedsvæsenets styringsparadigmer, idet en bevægelse har taget form, hvor samarbejde og samskabelse mellem ledere og sundhedsprofessionelle er i centrum for at skabe fælles bæredygtige løsninger med det formål at skabe public value. Endvidere præsenterer jeg den nuværende ledelsesforskning og tilgang i sundhedsvæsenet. Med det afsæt er jeg nysgerrig på og interesseret i at undersøge, hvilken ny viden der kan skabes om ledelse i sundhedsvæsenet ved at betræde en ny sti ved at udforske fænomenet Capacity Building som ledelsestilgang. Jeg tror, at denne tilgang kan bidrage til at skabe rammer for, at ledere kan understøtte de sundhedsprofessionelle og hospitalerne i at realisere deres mål. Jeg giver på den baggrund en kort introduktion til teorien Capacity Building og den videnskabelige relevans samt casen, hvor jeg vil studere ledelse af Capacity Building, projekt Sikkert Patientflow. Afslutningsvis præsenteres afhandlingens forskningsspørgsmål samt en operationalisering ved hjælp af fire underspørgsmål, som besvares ved hjælp af fire artikler.

1.1. DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN

Det danske sundhedsvæsen dækker over mange forskellige organisationer og funktioner i offentligt regi. Fælles er, at de alle har til formål enten at helbrede sygdom, forebygge sygdom eller fremme sundhed for den danske befolkning. Sundhedsvæsenet kan defineres ved:

” kombinationen af ressourcer, organisation, finansiering og styring, der resulterer i produktion af sundhedsydelser til befolkningen. Sundhedsydelser afgrænses til at omfatte undersøgelse, behandling, pleje, genoptræning, oplysning og forebyggelse af sygdomme, dvs. borgerrettede sundhedsydelser, der udføres af personer, som får betaling for ydelserne. Til sundhedsvæsenet er der også knyttet aktiviteter, der understøtter disse ydelser fx forskning, udvikling, undervisning samt styring og regulering af ydelserne ”

(Vallgård & Krasnik, 2016: s 13).

Sundhedsvæsenet i Danmark er opbygget omkring en primær sundhedssektor, der har den primære kontakt til borgeren. Denne sektor er fx bestående af praktiserende læger og kommuner. Dernæst en sekundær sundhedssektor, som er hospitalerne, der overtager eller viderefører behandling af den enkelte borger fra primærsektoren. Hospitalerne varetager den specialiserede behandling af borgeren, som i dette regi kaldes patient. I hver sundhedssektor er der forskellige mål, incitament, styringsformer, arbejdsformer og kulturer (Andersen & Falk, 2018; Seemann 1999; Holm-Petersen & Buch, 2014). Der er således tale om en række komplekse organisationer, der udfører

opgaver på forskellige niveauer med mange forskellige sundhedsprofessionelle som udøvere. Hver sektor er underlagt generelle sundhedspolitiske mål og rammer, som fastsættes af den danske regering gennem den danske sundhedslov, som de mange og forskellige institutioner skal agere inden for og fungere ud fra. Mål og ramme danner også afsæt for de sundhedsprofessionelles faglige funktioner og varetagelse (Vallgård & Krasnik, 2016; Andersen & Falk, 2018).

Generelt står sundhedsvæsenet over for store udfordringer grundet personalemangel, begrænsede ressourcer, større pres pga. demografi og teknologiudvikling, hvor der samtidig skal leveres sundhedsydelser af høj kvalitet (Bendix, et.al., 2017), hvorved der er behov for at arbejde på nye måder og potentielt nye måder at forstå ledelse i sundhedsvæsenet på.

1.2. ET HYBRIDT STYRINGSPARADIGME OPSTÅR

Gennem mange år har sundhedsvæsenet arbejdet inden for et styringsparadigme kaldet New Public Management (NPM) i et forsøg på at effektivisere sektorerne og skabe mere værdi for pengene (Torfing, 2013; Mortensen, et.al., 2020). Fokuset med NPM er, at offentlige organisationer arbejder med mål og resultatstyring. Dette ses i form af måling og opnåelse af performancekrav defineret i toppen af organisationen - dvs. top-down-styring og beslutninger som løsning på udfordringer. Et mål har blandt andet været at skabe hurtigere og bedre

patientforløb for færre ressourcer gennem diverse effektiviseringsstrategier. En negativ konsekvens ved NPM har været et voksende krav om dokumentation og kontrol, som har haft betydning for arbejdsmiljøet og arbejdslivet i sundhedsvæsenet (Dahl 2004; 2009). Den senere tid har sundhedsvæsenet bevæget sig til også samtidigt at have fokus på samarbejde, involvering og samskabelse blandt ledere og sundhedsprofessionelle, hvor løsninger skabes i fællesskab: såkaldte bottom-up løsninger. Denne bevægelse kan tolkes som en bevægelse mod New Public Governance (NPG) (Torfing, 2013; Jensen & Krogstrup, 2017; von Heimberg, et.al., 2021). NPG har til formål at fremme inter-organisatorisk samarbejde med fokus på proces og resultat. Det 'nye' ved NPG i forhold til NPM er, at man idealtypisk starter med at undersøge, hvilke effekter man ønsker at skabe for derefter at samskabe virkningsfulde indsatser (Bovaird, 2012). NPG medfører, at offentlige services gøres mere relevante fra patient-borgerperspektivet (Krogstrup & Brix, 2019), og det bliver muligt for de sundhedsprofessionelle at identificere og skabe ændringer i forhold til den service, der gives. Dette kan ses som en tilgang til at skabe 'public value' på, hvor der ikke kun implementeres best-practice-løsninger, som er adapteret fra andre organisationer (NPM), men en samskabelse af løsninger i fællesskab mellem patienter/borgere (og pårørende) og sundhedsprofessionelle – dvs. at 'nye' stemmer kommer i spil (Torfing & Sørensen, 2019; Brix & Antonsen, 2022). Logikken er, at NPM har fokuseret på 'private value', som er økonomisk styringslogik omhandlende eksempelvis effektivisering og produktivitetskrav, hvor 'public value' grundlæggende handler om at

skabe værdi for patienter / borgere. Brix & Antonsen (2022) definerer public value med inspiration fra Moore (1995) samt Nabatchi (2018) til at være:

”Public value og skabelsen af public value handler om at gennemføre, evaluere og forbedre de aktiviteter, som offentlige aktører og organisationer gennemfører – evt. med borgere og brugere og andre organisatoriske aktører” (Brix & Antonsen, s. 38, 2022).

1.3. ET EKSEMPEL PÅ ET HYBRIDSTYRINGSPARADIGME I SUNDHEDSVÆSENET

På kvalitetsområdet i sundhedsvæsenet har man siden 2004 arbejdet efter Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), som har fulgt en NPM styringslogik, hvor akkreditering, evidensbaserede standarder og retningslinjer samt løbende kontrol fra central stab har været udgangspunkt i kvalitetsstyring og kontrol (Mainz, 2017; Sundhedsstyrelsen, 2002). I 2015 indfører den danske regering et nyt nationalt kvalitetsprogram, som skal erstatte DDKM, og som skal fokusere på kvalitetsudvikling og kvalitetsforbedring. Erkendelsen er, at samarbejde mellem faggrupper og organisationer anerkendes i stigende grad som en forudsætning for en vellykket kvalitetsforbedring, hvor patienter/borgere og sundhedsprofessionelle betragtes som vigtige interessenter i gennemførelsen af kvalitetsforbedringer (Siriwardena, 2009; Dixon-Woods et al., 2012; Carstensen, et al., 2022). Der sker dermed et brud på de eksisterende aktivitetsbaserede systemer, hvor

sundhedsvæsenets ledelser har fokus på resultater i forhold til omkostningen i behandlingen, og beslutninger træffes i toppen af organisationen. Dertil sker der en ændring i opfattelsen af sundhedsvæsenet som organisatoriske siloer til et fokus på den samlede levering af sundhedsydelser af høj kvalitet og til en overkommelig pris på tværs af organisationer og sektorer (Porter & Lee, 2013; Bonde et.al., 2018; Carstensen, et.al., 2022). Med programmet ønskes, at der skabes forbedringer i praksis med fokus på læring og medarbejderinvolvering, hvor mål løbende udvikles i et samarbejde, hvor de afspejler den ønskede retning for sundhedsvæsenet (Minister for Sundhed og Forebyggelse, 2015). Programmet består af få ambitiøse nationale mål for sundhedsvæsenet, der etableres lærings- og kvalitetsteams på udvalgte sundhedsområder samt et nationalt ledelsesprogram (Minister for Sundhed og Forebyggelse, 2015; Mainz, 2017; Carstensen, et.al., 2022). Alt i alt udvikles organisationerne til at arbejde med kvalitetsforbedringer og opbygge kompetence blandt ledere og sundhedsprofessionelle som en indlejret naturlig del af det daglige arbejde med henblik på at forbedre patientsikkerhed og kvalitet for den enkelte patient/borger (Carstensen, et.al., 2022).

Den videre afhandling vil fremadrettet afgrænse sig til hospitalsvæsenet.

1.4. PROJEKT SIKKERT PATIENTFLOW: ET KVALITETS- OG FORBEDRINGSPROJEKT I HOSPITALSVÆSENET

Et konkret eksempel på den hybride styringslogik ses i Region Midtjylland, hvor hospitalerne siden 2013 har været en del af et fælles kvalitets- og forbedringsprojekt med titlen: *Sikkert Patientflow* (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2013). Sikkert Patientflow understøtter flere af målsætningerne i det Nationale Kvalitetsprogram, f.eks. bedre sammenhængende patientforløb og mere effektivt sundhedsvæsen (Minister for Sundhed og Forebyggelse, 2015). Forbedringsprojektet har med dette dobbelte fokus netop karakter af at være public value-orienteret jf. definitionen i afsnit 1.2. I Sikkert Patientflow har der været en stor ledelsesinvolvering på de enkelte hospitaler og på tværs af hospitalerne i regionen, hvor ledelsen i samarbejde med de sundhedsprofessionelle løbende har haft fokus på at identificere 'flaskehalse i systemet', hvor patienterne venter uden faglig begrundelse på f.eks. en undersøgelse med henblik på at reducere eller fjerne ventetiden. På den baggrund er der udpeget indsatser/mål i relation til de identificerede problemstillinger, og når disse mål er opnået, er der sat nye mål med henblik på målopfyldelse. Det fælles afsæt er, at den enkelte patient bør opleve et sikkert patientforløb fra indlæggelse til udskrivelse uden unødigt ventetid (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2013; Conxenus, 2019). Sikkert Patientflow er foruden et forbedringsprojekt med til at understøtte 'public value', idet der forventes, at offentlige ledelser og sundhedsprofessionelle er 1) effektiviserings-orienterede 2) arbejder med eller udvikler målrettede

indsatser og 3) at disse indsatser opfylder de forventninger, som patienter og samfundet har til sundhedsvæsenet (Colon & Guérin-Schneider, 2015).

Indsatserne vil på tværs af de enkelte hospitaler være kontekstafhængige, idet hospitalerne blandt andet har forskelligt optageområde herunder patientdemografi.

1.5 LEDELSE AF KVALITET I HOSPITALSVÆSENET

I ovenstående beskrivelse af kvalitets- og forbedringsprojektet Sikkert Patientflow fremgår det, at mål og indsatser sker i et samarbejde mellem ledere og sundhedsprofessionelle. Ledelsesrollen på kvalitetsområdet har ændret sig gennem de sidste år fra en mere hierarkisk ledelsesstil til en ledelsesstil, hvor ledelsesopgaven blandt andet er at kunne omsætte mål og visioner til meningsfulde lokale mål og handlinger i samarbejde med de sundhedsprofessionelle. En konkret metode, der anvendes, er eksempelvis Forbedringsmodellen (Langley, et.al., 2009), som er en enkel metode til at accelerere forandrings – og forbedringsprocesser. Læringsprocessen for den sundhedsprofessionelle og for hospitalet er essentielt, idet idéer udvikles, afprøves og løbende tilpasses med henblik på forbedring af praksis (Langley, et.al., 2009; Anhøj, 2015). De sundhedsprofessionelle skal have indflydelse og ejerskab til forbedringsarbejdet og rum til at finde lokale veje til opnåelse af de fastsatte mål (Mainz, 2017; Bevan, 2010). Ledelsesopgaven er også at være åbne om opnåede resultater og understøtte de

sundhedsprofessionelle i at have de rette kompetencer til at arbejde med et kontinuerligt forbedringsarbejde. I ledelsesteorien kan der være tale om distribueret ledelse, idet ledelser og sundhedsprofessionelle påtager sig og udøver ledelsesopgaven i fællesskab (Jakobsen, et.al., 2016; Torfing, 2013). Dette kan både ske ved en uddelegering af ledelsesopgaven fra den formelle leder, men det kan også ske ved, at den enkelte sundhedsprofessionelle på eget initiativ tager ledelsesopgaven på sig på en måde, der fremmer organisationens mål (Jakobsen, et.al., 2016; Harris, 2013).

1.6 AFHANDLINGENS FOKUS: CAPACITY BUILDING SOM LEDELSESTILGANG I HOSPITALSVÆSENET

Med afsæt i ovenstående bliver jeg nysgerrig på, hvilke evner en leder bør have for at fremme egen ledelsesrolle, og hvori ledelsesrollen består med henblik på at skabe rammer for at understøtte de sundhedsprofessionelle og hospitalerne i at realisere deres mål.

Gennem mange år har der været forsket i ledelse i hospitalsvæsenet (bla. Holm-Petersen, 2015; Andersen, et.al., 2019; Kjeldsen & Andersen, 2021) og i ledelse af kvalitets- og forbedringsarbejdet, hvor ledelse bl.a. handler om at 'sætte de fagprofessionelle fri', 'uddelegering af ledelsesopgaven' og det at 'skabe gode rammer og strukturer', så de sundhedsprofessionelle kan udføre deres opgaver (Torfing, 2013; Jakobsen et.al., 2016; Mainz, 2017). Der er så at sige flere veletablerede stier at gå forskningsmæssigt, når det handler om

ledelse i hospitalsvæsenet. Det interessante ved ledelse af kvalitet og forbedring er, at ledelsesarbejdet med strukturer, systematik og skabelse af fælles sprog, m.v. bidrager til en professionalisering samt forbedring af resultater i praksis (f.eks. Langley et al., 2009). Dog viser nyere forskning, at strukturer og systematik - eksempelvis i anvendelse af forbedringsmodellen - ikke anvendes fuldt ud af de sundhedsprofessionelle og ledere, da de har svært ved at gennemføre alle trin i modellen; særligt i forhold til refleksion og evaluering (Øvretveit & Gustafson, 2002; Braithwaite et.al., 2018; Knudsen, et.al., 2019).

I min afhandling er jeg nysgerrig på og interesseret i at undersøge, hvilken ny viden der kan skabes om ledelse i hospitalsvæsenet ved at betræde en ny sti og dermed ikke direkte skrive mig ind i eksisterende ledelsesforskning inden for kvalitets- og forbedringsledelse. Min nysgerrighed stammer fra, at ledere i projekt Sikkert Patientflow flere gange har udtrykt, at der er sket en *Capacity Building / kapacitetsopbygning* ved at arbejde struktureret, systematisk og med fælles sprog (hvilket eksempelvis illustreres i afhandlingens artikler - og særligt i artikel nummer to). Min optagethed er, at dette begreb anvendes retorisk, men uden at være defineret. Logikken er, at jeg gennem mit studie er bekendt med Capacity Building som en bestemt tilgang til organisatorisk læring og til at skabe balance mellem drift og udvikling i etablerede organisationer (Laursen & Thomassen, 2017; Brix, 2021), men jeg vurderer ikke, at det er denne tænkning, der ligger bag begrebsanvendelsen. Jeg ønsker derfor med afhandlingen

nysgerrigt at betræde en ny teoretisk sti, hvor formålet er at udbygge, nuancere og kvalificere litteraturen om Capacity Building som en tilgang til ledelse i hospitalsvæsenet (Jensen & Krogstrup, 2017; Laursen & Thomassen, 2017; Degn & Thomassen, 2017; Anderson & Adams, 2019; Brix, 2021). Dette skyldes, at Capacity Building i alle led og særligt i det udførende led i organisationen er helt afgørende for, at den nye 'styreform' i at lave samskabende løsninger i fællesskab lykkedes. Endvidere er et andet formål med afhandlingen at undersøge, hvorfor og hvordan Capacity Building som en tilgang til ledelse i hospitalsvæsenet kan være meningsfuldt til at understøtte ledelse generelt set og skabelse af public value.

Det vil sige, at jeg i denne afhandling er optaget af at kunne udtale mig eksplicit om fænomenet ledelse af Capacity Building i hospitalsvæsenet¹. I afhandlingen vælger jeg empirisk at anvende projekt Sikkert Patientflow som casestudie, da det er en specifik indsats i hospitalsvæsenet, som præsenterer at arbejde capacity buildene og inden for en ny styringslogik: New Public Governance. Dette valg udfoldes sammen med casen i kapitel 4.

¹ Ledelse af Capacity Building = hvilke ledelsesmæssige evner der bør være til stede for at skabe de organisatoriske rammer for at organisationen og de sundhedsprofessionelle bliver capacity buildende

1.7. KORT INTRODUKTION TIL CAPACITY BUILDING

Capacity Building² placeres inden for teori om organisatorisk læring (Laursen & Thomassen, 2017; Brix, 2019; 2021), og dét der kendetegner 'Capacity Building' i denne litteratur er, at tilgangen har et integreret blik på både processer og resultater med henblik på at forbedre organisatorisk praksis (Kringelum & Brix, 2020; Brix, 2021). Capacity Building har et særligt blik på, hvordan organisationer, ledere og medarbejdere opbygger evne til kontinuerligt at forbedre praksis ved at sætte mål for derefter at sætte nye mål, når tidligere mål er opnået (Jensen & Krogstrup, 2017; Laursen & Thomassen, 2017).

Capacity Building kan defineres ved *"Aktiviteter, der styrker den enkeltes viden, evner, færdigheder og adfærd og forbedrer den institutionelle struktur og processer, så organisationen effektivt kan opfylde dens mål på en bæredygtig måde."* (Ku & Yuen-Tsang, 2013, s. 1)

Capacity Building er en nyere retning inden for organisatorisk læring (Laursen & Thomassen, 2017, Brix 2021), og der eksisterer ikke meget teoretisk litteratur og ej heller mange empiriske studier om, hvordan Capacity Building kan skabes og ledes i praksis. Set ind i hospitalsvæsenet, som er et komplekst system med mange sundhedsprofessionelle som udøvere (Nembhard, 2009; Braitwaite, 2018), er min antagelse, at Capacity Building kan være en relevant

² Udfoldelse af Capacity Building litteratur gives i kapitel 2

tilgang, til at ledere kan skabe relevante rammer for udvikling og målopfyldelse og ikke kun være et retorisk begreb, der anvendes i skrift og tale. I afhandlingen er jeg nysgerrig på – og har mulighed for empirisk at udforske – hvilke ledelsesmæssige evner der skal være til stede for at skabe de organisatoriske rammer, som kan understøtte, at organisationer bliver 'capacity buildene' (Degn & Thomassen, 2017), hvis organisationen og dennes medarbejdere (sundhedsprofessionelle) skal realisere deres fulde potentiale med de ressourcer, de har (Anderson & Adams, 2019). Min logik er, at Capacity Building som tilgang til ledelse i hospitalsvæsenet – teoretisk set – vil kunne bidrage til at opbygge lederes og de sundhedsprofessionelles evne til at skabe refleksion før, under og efter en handling (Schön, 2001; Brix, 2020; Brix 2021) – hvilket er en problemstilling, som blev fremhævet tidligere (Øvretveit & Gustafson, 2002; Braithwaite et.al., 2018; Knudsen, et.al., 2019). Dette vil medvirke til at fremme udvikling på både forbedring og fornyelse af organisatorisk praksis ved at have et integreret blik på læring (Wang & Rafiq, 2014; Havermans et.al., 2015; Brix, 2021).

1.8 PH.D. AFHANDLINGENS FORSKNINGSSPØRGSMÅL

Med afsæt i ovenstående har min afhandling til formål at studere, hvilke ledelsesmæssige evner der bør være til stede for at skabe de organisatoriske rammer, for at organisationen og de sundhedsprofessionelle bliver capacity buildene. Målet med

afhandlingen er at bidrage med ny viden om Capacity Building som tilgang til ledelse i hospitalsvæsenet.

Med dette afsæt vil det overordnede forskningsspørgsmål i afhandlingen være:

Hvilke ledelsesmæssige evner forventes at kunne fremme Capacity Building i hospitalsvæsenet – belyst ved projekt Sikker Patientflow?

Forskningsspørgsmålet opdeler jeg i fire underspørgsmål, som tilsammen bidrager til at besvare det overordnede forskningsspørgsmål.

De fire underspørgsmål er:

Hvordan kan Capacity Building som ledelsestilgang bidrage til at skabe public value i offentlige organisationer?

Hvilke ledelsesmæssige evner forventes at kunne fremme Capacity Building på det enkelte hospital– belyst gennem casestudie?

Hvordan kan ledere skabe rammerne for Capacity Building på det enkelte hospital – belyst gennem casestudie?

Hvilke ledelsesmæssige evner forventes at kunne fremme Capacity Building på tværs af hospitaler - belyst gennem casestudie?

For at besvare ovenstående spørgsmål gennemfører jeg et casestudie (Yin, 2014) med afsæt i forbedringsprojektet 'Sikkert Patientflow' i Region Midtjylland. Dette valg udfoldes yderligere i afhandlingens kapitel 4. I afhandlingen anlægger jeg som videnskabsteoretisk ståsted kritisk realisme, hvilket jeg argumenterer for i kapitel 3 (Bhaskar, 1975; Kringelum & Brix, 2020). Afhandlingen består af fire artikler, som hver især bidrager med svar på et af disse underspørgsmål:

- Artikel 1 er et konceptuelt bidrag til at operationalisere Capacity Building-begrebet i forhold til, om det kan repræsentere en relevant ledelsestilgang i forhold til at arbejde med og skabe public value i offentlige organisationer.
- I artikel 2 viderebygger jeg på den konceptuelle artikel 1, hvor jeg udvikler et teoretisk grundlag for, hvilke ledelsesmæssige evner, som læres gennem tænkning og handling, der kan fremme Capacity Building på det enkelte hospital og undersøger det i praksis.
- I artikel 3 nuancerer og videreudvikler jeg de fund og bidrag, jeg skaber i artikel 2 med henblik på et mere robust vidensgrundlag om ledelse af Capacity Building. Jeg har fokus på, hvordan ledere kan skabe rammerne for Capacity Building på det enkelte hospital i form af udvikling af metodeværktøjer.
- I artikel 4 udvider jeg det ledelsesmæssige spektrum ved at identificere, hvilke ledelsesmæssige evner der kan fremme Capacity Building på tværs af hospitalerne. Dvs. at

ledelsesrollen søges bedre forstået i forhold til de krav, forventninger og praksisser, der er til samarbejder på tværs af hospitaler.

Afhandlingen bidrager med at udbygge, nuancere og kvalificere litteraturen om Capacity Building (Jensen & Krogstrup, 2017; Laursen & Thomassen, 2017; Degn & Thomassen, 2017; Brix, 2021), og mere specifikt skaber jeg ny viden om Capacity Building som ledelsestilgang (Anderson & Adams, 2019) – dette i en empirisk kontekst repræsenteret af hospitalsvæsenet. Som tidligere præciseret er jeg opmærksom på, at Capacity Building ikke er en ny ledelsesteori, men en måde at anskue ledelse på i hospitalsvæsenet og kan være meningsfuldt til at understøtte arbejdet med ledelse generelt set og skabelse af public value. Målet med kvalificering og nuancering er at kunne styrke og videreudvikle Capacity Building som en tilgang, der kan rammesættes inden for organisatorisk læring (Colquitt & Zapata-Phelan 2007). Endvidere vil afhandlingen bidrage til praksis med viden, metoder og værktøjer om, hvordan ledere kan fremme Capacity Building i hospitalsvæsenet. Der forventes, at denne ph.d.-afhandling kan bidrage med generaliserbarhed, som er relevant for andre projekter og områder inden for offentlige organisationer herunder sundhedsvæsenet.

KAPITEL 2.

TEORETISK TILGANG

Dette kapitels formål er at 'indfange' ledelse af Capacity Building som fænomen. Kapitlet indledes med en præsentation af min litteraturudvælgelse, som skal bidrage med relevant litteratur om Capacity Building. På baggrund af denne udvælgelse giver jeg en introduktion til Capacity Building samt udvalgt definition. I Capacity Building-litteraturen skelnes der mellem et individuelt og organisatorisk niveau for Capacity Building samt direkte og indirekte læringsformer for Capacity Building. Dette overblik prøver jeg at give både i tekst og tabel. Som afslutning på kapitlet ser jeg nærmere på Capacity Building som ledelsestilgang, hvor jeg præsenterer, hvilke ledelsesevner (tænkning og handling) som den enkelte leder bør varetage i sit ledelsesarbejde på baggrund af den udvalgte litteratur.

2.1. LITTERATURUDVÆLGELSE

For at identificere relevant litteratur til min afhandling og artiklerne heri foretager jeg en struktureret, systematisk søgning med fokus på mit fænomen 'ledelse af Capacity Building i hospitalsvæsenet' (Benders, et al., 2007; Munn, 2018). Min søgestrategi består af søgeord, søgestreng og udvalgte databaser.

Jeg udvælger søgeord, som knyttes op på mit fænomen og består af Capacity Building – hospital/sundhedsvæsen – organisatorisk læring – ledelse. Mine søgeord er jvf. tabel A:

Tabel A: Overblik over søgeord

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
<ul style="list-style-type: none"> • Capacity Building • Organizational Capacity Building • Organisational Capacity Building 	<ul style="list-style-type: none"> • Healthcare system • Health service • Health care • Hospitals • Health* 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisational learning • Organizational learning • Learning • Organisational change • Organizational change • Organisational innovation • Organizational innovation 	<ul style="list-style-type: none"> • Management • Leadership • Leader*

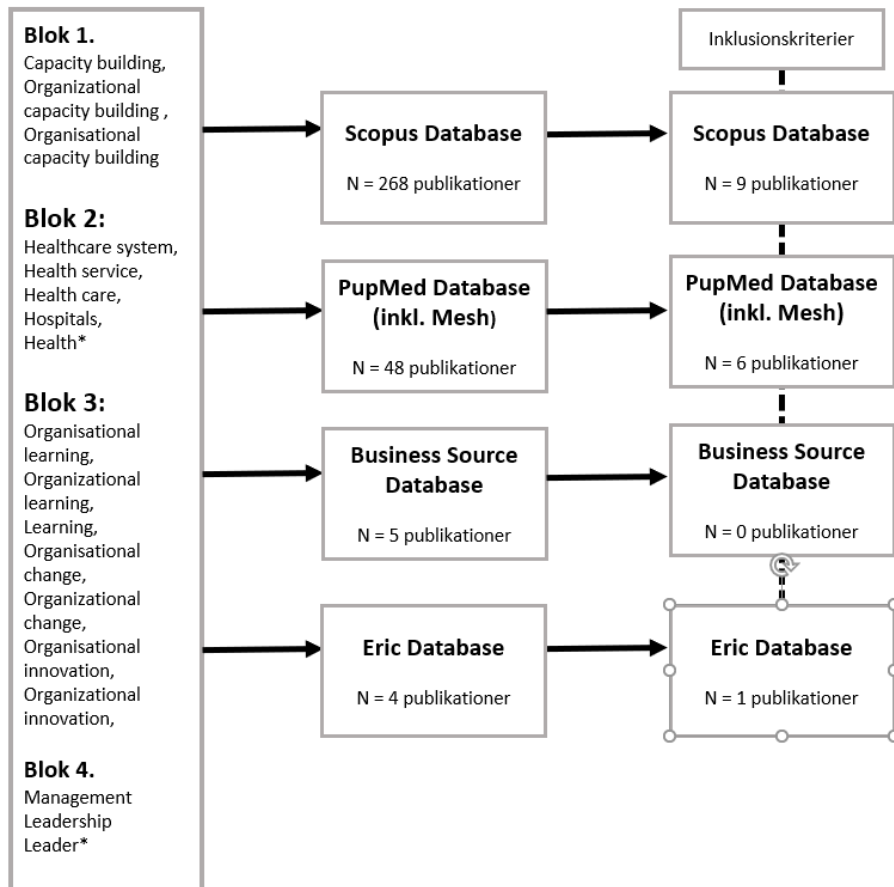
Kilde: Forfatterens egen tilvirkning.

Litteratursøgningen foretages i fire databaser: Scopus (268 artikler), PupMed (inkl. MeSH 48 artikler), Business Source (fem artikler) og Eric (fire artikler). Disse databaser vurderes relevante, da de hver især har fokus på flere fagområder - herunder sundhedsområdet, det humanistiske område og det bredere samfundsvidenskabelige område. I min søgning forekommer der i alt 325 hits fordelt på de fire databaser. Inklusionskriterierne for at komme med i afhandlingen er, at der skal være en teoretiske ramme ved gennemlæsning af teksterne med afsæt i 1) om Capacity Building teoretisk er defineret, 2) om der indgår beskrevet ledelsesprocesser og aktiviteter, som skaber rammen for Capacity Building, og 3) om der indgår beskrevet ledelsesmæssige evner, som kan fremme Capacity Building: Herunder hvordan lederens

tænkning og handlinger kommer i spil. Ud fra disse kriterier er 16 relevante artikler tilbage.

Overblikket over udvælgelsesprocessen af litteratur illustreres i Figur A.

Figur A: Procesoverblik over søgestrategi



Kilde: Forfatterens egen tilvirkning.

Som en del af den videre udvælgelsesproces, viser det sig, at ingen af de 16 artikler definerer Capacity Building eksplicit. Endvidere har seks af artiklerne fokus på udvikling af ledelsesprogrammer og opbygning af ledelseskompetencer i udviklingslande (Nguyen-Truong, et.al., 2020; Agyepong, et.al., 2018; Curry, et.al., 2012; Kebede, et.al., 2009; Tetui, 2016; Cooper & Hugo, 2015), hvilket ikke vurderes relevant, da fokus heri er på 'opbygning/etablering' af Capacity Building. Der er fem artikler, som udgår, idet de ikke repræsenterer et ledelsesperspektiv (Dimond, E.P., et.al., 2015; Doherty, J.E., et.al., 2013; Willacy, E. & Bratton, S., 2016; Aboumatar, H.J., et.al. 2017; Toma, M., et.al., 2020). Dernæst er der fem artikler, som har fokus på udvikling af ledelsesprogrammer primært i USA og Canada i form af eksempel E-læring og Journal Clubs (Philips, C., et.al., 2018; Dickson, G., 2009; Kattan, et.al., 2014; Wolf, et.al., 2019), hvilket ikke vurderes relevant for nærværende studie. Logikken er, at disse studier ikke handler om ledelse eller Capacity Building som tilgang til ledelse, men om programudvikling til at understøtte ledere; dvs. som værktøjer.

Min søgning giver ingen resultater ift. litteratur, som bidrager med viden om, hvordan ledere kan opøve evnen til at arbejde capacity buildende, når der er et særligt fokus på hospitalsvæsenet. Jeg vurderer på denne baggrund, at Capacity Building er underbelyst på hospitalsområdet, hvorved der forskningsmæssigt er et videnshul, som min afhandling vil kunne bidrage til.

Jeg har overvejet, om jeg har lavet en fejl i min søgning og mit udarbejdede review på baggrund af ovenstående, idet jeg inddrager

søgeordet hospital/sundhedsvæsen. Jeg vælger på den baggrund at udvide min søgning til også at inkludere bedømte bøger fra mine fagfæller – også på dansk – og jeg identificerer en række bøger, artikler og bogkapitler i redigerede antologier, som primært er fra mine kollegaer i CaBE-forskergruppen på Aalborg Universitet (fx Anderson & Adams, 2019; Brix, 2021; Krogstrup, 2017; Thomassen & Jensen, 2021). Jeg vælger primært at benytte de danske referencers litteraturliste til mit videre forskningsarbejde med fænomenet 'ledelse af Capacity Building'³. Disse værker har dog ikke et specifikt hospitals- og sundhedsfokus, men omfatter i flere tilfælde offentlige organisationer, som vurderes at kunne tilpasses til hospitalsområdet. Undervejs i min forskeruddannelse er jeg også blevet bekendt med (ny) litteratur: eksempelvis henvisninger fra forskerkolleger, fra ph.d.-kurser og i samarbejdsrelationer på mit udlandsophold ved BI, Norwegian Business School, som jeg også har inkluderet, når det er fundet relevant. Denne mulighed for at søge hjælp til at identificere yderligere litteratur blandt fagfæller, både i egen forskergruppe og blandt andre forskergrupper, har bidraget til at kvalificere den viden, som jeg baserer afhandlingen på. Jeg har fundet det nødvendigt at anlægge denne tilgang til min systematiske metode, da output af denne ikke gav mig det, jeg havde brug for.

³ Ledelse af Capacity Building = hvilke ledelsesmæssige evner der bør være til stede for at skabe de organisatoriske rammer for at organisationen og de sundhedsprofessionelle bliver capacity buildende.

Potentielt kan dette have at gøre med, at jeg i afhandlingen betræder en ny sti ved at tage en eksisterende litteratur (Capacity Building) og bringe den ind i en ny empirisk kontekst (Colquitt & Zapata-Phelan, 2007), men også som tidligere beskrevet, at jeg muligvis har været for afgrænsende i min søgestrategi. Jeg vurderer dermed, at min afhandling vil kunne bidrage til at opbygge ny viden inden for et område som empirisk set er nærmest uudforsket jf. min søgestrategi. I det følgende introducerer og definerer jeg Capacity Building som afhandlingens teoretiske baggrund.

2.2. DEFINITION OG INTRODUKTION TIL CAPACITY BUILDING

Capacity Building-tilgangen er blevet udviklet over tid. Der ligger oprindeligt et element af idealisme indlejret i begrebet, hvor det skal ses som et ophøjet mål om at sikre bæredygtige institutionelle og kulturelle strukturer (Ku & Yuen-Tsang, 2013). Senere udvikler tilgangen Capacity Building sig som et praksisfænomen, hvor der er fokus på social – og miljømæssig bæredygtighed, kompetenceudvikling (især i udviklingslande) samt opbygning af kompetencer i internationalt samarbejde og relationer (Farazmann, 2004). Capacity Building forstås i denne kontekst, at man evner at håndtere vækst og fysisk udvikling, hvor udviklingen fortsætter, selvom en eventuel fagprofessionel trækker sig fra et projekt (Honadle, 1981). Der ses en udvikling af tilgangen, idet der er et styrkeperspektiv, hvor mennesker og organisationer mobiliseres til at løse nuværende og kommende

udfordringer gennem samarbejde og målsætning samt en empowerment-tilgang, som fører til personlig udvikling (Ku & Yuen-Tsang, 2013; Stringer, 2013). Capacity Building bringes ind i en forskningspraksis, da ovenstående kan anskues som organisationsudvikling, hvor der sker en organisatorisk læring, idet Capacity Building har en tydelig intention om at identificere problemstillinger. Det vil sige, at der sker en målrettet handling samtidig med, at der er fokus på målrettet adfærd i form af kompetencer samt evne til at reflektere, evaluere og sætte nye mål i forhold til problemstillinger (Krogstrup, 2017; Brix 2021). Capacity Building har i denne kontekst fokus på bæredygtighed, forbedringer, tillidsbaserede fællesskaber samt synliggørelse af individuelle og organisatoriske læreprocesser i kompetenceudvikling. Desuden har Capacity Building også øje for samskabelse af ny viden, nye praksisser og nye kulturer (Kringelum & Brix, 2020; Anand & Brix, 2022; Krogstrup, 2017; Brix 2021). I opbygning af Capacity Building ses der aspekter inden for teknologi, processer, ledelse, etc.

I ph.d.-afhandlingen tager jeg afsæt i Ku & Yuen-Tsangs definition af Capacity Building (2013): [Capacity Building er...] ”*Aktiviteter, der styrker den enkeltes viden, evner, færdigheder og adfærd og forbedrer den institutionelle struktur og processer, så organisationen effektivt kan opfylde dens mål på en bæredygtig måde.*” (Ku & Yuen-Tsang, 2013, s. 1).

Som det fremgår af ovenstående definition, er Capacity Building en *proces*, der sigter på at opøve individets - i afhandlingens kontekst

ledere og sundhedsprofessionelles - evne til at opnå deres forbedringsmål og kontinuerligt sætte nye mål, når de oprindelige mål er nået (Krogstrup, 2017). Det vil sige, at Capacity Building også er et *resultat*, der opstår, når mål opnås. Der er en dobbelthed i begrebet med hensyn til, at proces og resultat bindes sammen (ibid.). Det vigtige er, at tilgangen anskues som en kontinuerlig proces, hvor nye mål sættes, når gamle mål realiseres. Fokus er på fælles problemløsning, handling og interaktion mellem organisationen og de sundhedsprofessionelle med henblik på at udnytte det fulde potentiale og samtidig understøtte en kompetenceudvikling (Brix, 2019; Stringer, 2013; Jensen & Krogstrup, 2017; Anderson & Adams, 2019). Endvidere foregår Capacity Building på to niveauer: et *organisatorisk niveau* og et *individuel niveau*, hvor sammenhængen mellem begge niveauer er vigtig for at skabe vedvarende forbedringer.

Jeg har illustreret et teoretisk overblik over litteraturtilgangen over Capacity Building, som fremgår i tabel B, som er gentrykt fra artiklen ”Hvilke ledelsesmæssige evner kan fremme skabelse af Capacity Building i organisationer?” (Antonsen & Brix, 2022).

For det første er der et *organisatorisk* og et *individuel niveau*, hvor der er fokus på proces og mål. På det organisatoriske niveau er der eksempelvis behov for at skabe strukturer og processer, der giver de sundhedsprofessionelle forbedringsmuligheder i deres arbejde til at nå organisationens mål (Degn & Thomassen, 2017, Brix, 2021) med en opmærksomhed på kontekst, idet der kan være kultur, organisatoriske felter og politiske diskurser, som vil kunne influere det, der gøres, og

det der sker (Kringelum & Brix, 2020). På det individuelle niveau er der behov for at forbedre den enkelte sundhedsprofessionelles eksisterende kapacitet blandt andet i form af kompetenceudvikling for at opnå målet og hjælpe denne med at sætte nye mål.

For det andet er der i litteraturen tale om *direkte* og *indirekte læringsformer* (Potter, et.al., 2004; Laursen & Thomassen, 2017), som ligeledes foregår på individuelt og organisatorisk niveau. På individuelt niveau handler den direkte læringsform eksempelvis om kompetenceudvikling i form af uddannelse og formaliserede kurser, hvor den indirekte læringsform er kendetegnet ved 'learning by doing'. Med andre ord udføres der en bestemt handling og reflekteres over denne handling for at søge viden om, 'hvad der virker i den lokale kontekst', når man søger at realisere forbedringer (Cousins, et.al., 2014). Disse to niveauer er afhængige af hinanden for at skabe en vedvarende organisatorisk forbedring, hvor der skal være forståelse for et processuelt fænomen, og hvordan dette influeres af organisatoriske meningsstrukturer, processer og mekanismer (Degn & Thomassen, 2017; Brix, 2019; Boukamel, 2019; Stringer, 2013; Jensen & Krogstrup, 2017).

Tabel B: Den teoretiske litteratur omhandlende Capacity Building

	Proces	Mål
Individuel	Forbedringsmuligheder. Kompetenceudvikling. Løse opgaver. Træffe beslutning.	Forbedre og styrke den enkeltes eksisterende evner for at opnå målet og sætte nye mål.
Organisatorisk	Fælles problemløsning. Kompetenceudvikling. Handling og interaktion. Struktur og processer. Kultur.	Opbygge viden, kompetencer og færdigheder til at opnå organisationens mål.

	Direkte Capacity Building	Indirekte Capacity Building
Individuel	Kompetenceudvikling, deltagelse i formelle kurser mv.	Learning by doing – udføre en handling og reflektere.
Organisatorisk	Opbygge en forbedringskultur og rutiner for løbende at skabe forbedringer.	Understøtter medarbejderne i at arbejde forbedringsorienteret.

Kilde: Gentrykt fra Antonsen & Brix, 2022 s. 166-167.

Styrkeperspektivet er en vigtig præmis i Capacity Building, hvor handling sker gennem mobilisering af de sundhedsprofessionelles og organisationens ressourcer, som understøtter nye udviklingsmål. Logikken er, at man skal bruge de ressourcer, man har på bedst mulig måde (Krogstrup, 2017). Set i et empowerment-perspektiv kan Capacity Building føre til udvikling, positiv selvforståelse samt kritisk forståelse af egen organisation (Jensen & Krogstrup, 2017; Zhang & Bartol, 2010; Van Assen, 2020).

Som nævnt har jeg fundet 'ny' generel litteratur om Capacity Building via de danske referencelister, og hvor er der udgivet en stor del

konceptuelle og teoretiske forskningspubliceringer på mange forskningsområder - fx på det pædagogiske felt inden for skole og dagtilbud (Stoll, 2009; Stringer, 2013; Mertkan & Surgrue, 2013; Fullan, 2006). Min litteratursøgning viser derimod, at der endnu ikke er forskningsmæssigt meget om, hvordan Capacity Building udfolder sig i praksis i hospital – og sundhedsvæsenet i forhold til, hvordan det kan skabes og ledes, så der sker en kontinuerlig opbygning af organisationens rammer og organisationen bliver capacity buildende (Jensen & Krogstrup, 2017). Den generelle litteratur siger, at det kræver samarbejde på alle niveauer på tværs af administrative og nogle gange organisatoriske grænser for at blive en capacity buildende organisation, da ledelse anses som værende en afgørende faktor for, at organisationen og de sundhedsprofessionelle kan realisere deres fulde potentiale (Anderson & Adams, 2019; Degn & Thomassen, 2017).

I min afhandling vil der kun være fokus på Capacity Building som generisk perspektiv på ledelse i hospitalsvæsenet, herunder hvilke evner der bør være til stede for at skabe de organisatoriske rammer, for at organisationen og de sundhedsprofessionelle bliver 'capacity buildende'. Jeg er bevidst om, at der er andre aspekter, som også har indflydelse på Capacity Building i organisationer fx i form af teknologiunderstøttelse og procesunderstøttelse, men det afgrænser jeg mig fra, da min interesse er at forstå Capacity Building, og de muligheder Capacity Building har inden for den generelle ledelsesopgave i hospitalsvæsenet.

2.3 CAPACITY BUILDING SOM LEDELSESTILGANG

Som tidligere skrevet forventes det i offentlige organisationer herunder hospitalsvæsenet, at ledere og sundhedsprofessionelle er 'public value'-orienteret. Public value operationaliseres ved at have skarpt fokus på kontinuerlig evaluering og forbedringer af aktiviteter og projekter, som skabes af offentlige aktører og deres organisationer (Nabatchi, 2018). Ledelsens fokus er både at være ansvarlig for de præstationer, der opnås, men ligeledes de effekter som præstationerne leder til (Mortensen, et.al., 2020). Ledelsesrollen indebærer at have et fokus på at skabe og udvikle services, som tilgodeser både patient og organisation. Som tidligere nævnt er min antagelse, at Capacity Building som ledelsesmæssig tilgang kan bidrage til at skabe public value i praksis. Dette ved, at ledere bør opøve en evne til at skabe de organisatoriske rammer, strukturer og processer, for at gode initiativer kan komme i spil, således at sundhedsprofessionelle samt ledere opøver evnen til at kunne nå de mål, der er sat med henblik på effektivisering og målrealisering (Krogstrup & Jensen, 2017; Brix, 2021; van der Wal., et.al., 2015; Nabatchi, 2018).

Anderson & Adams (2019) udtrykker, at ledere kontinuerligt bør evne at understøtte de sundhedsprofessionelle i at nå organisationens mål og kontinuerligt sætte nye mål samt skabe rammerne for, at de sundhedsprofessionelle kan opbygge evner og kompetencer til både at levere som forventet og skabe forbedringer (Ku & Yuen-Tsang, 2013; Davis, et.al., 2015; Jensen & Krogstrup, 2017). Anderson & Adams

(2019) kalder dette for det *organisatoriske lederskab*. Endvidere bør ledere have fokus på egne evner og kompetencer for at lede organisationen til dennes ønskede fremtidige stadie. Anderson og Adams (2019) kalder dette for *selv-lederskab*.

Når der ses på tværs af den generelle litteratur, beskrives der flere evner, som den enkelte leder bør varetage i sit ledelsesarbejde, hvor evner defineres som tænkning og handling (Brix, 2021). På baggrund af den generelle litteratur udvikler jeg en syntese om, hvilke ledelsesevner der bør være tilstede i lederskabet. Denne syntese består af 8 ledelseskomponenter, som indeholder følgende:

For det første at ledere bør evne at sætte mål og nye mål, når disse er opnået (Ku & Yuen-Tsang, 2013; Jensen & Krogstrup, 2017). For det andet bør lederen evne at understøtte de sundhedsprofessionelle i at opbygge færdigheder og viden hos sig selv (Anderson & Adams, 2019; Jensen & Krogstrup, 2017). For det tredje bør lederen 'fjerne sten på vejen' for de sundhedsprofessionelle, så de ikke bliver hæmmet af processuelle eller organisatoriske barrierer for at nå de mål, de er ansvarlige for (Zhang & Bhartol, 2010; van Assen, 2020). For det fjerde at lederen evner at knytte mange meningsstrukturer i spil med henblik på at få en fælles retning i organisationen (Degn & Thomassen, 2017). For det femte bør lederen evne at oversætte et koncept i dialog med de sundhedsprofessionelle med henblik på fælles forståelse (ibid.). For det sjette bør ledere opbygge en evne til at reflektere og evaluere med henblik på kontinuerligt at følge op på målopfyldelse (Krogstrup & Mortensen, 2021). For det syvende bør lederen evne at inddrage

sundhedsprofessionelle og andre ledelseskolleger og sætte deres ressourcer i spil eller aktivere disse, således at der enten sker en udvikling af nye eller en forbedring af eksisterende kompetencer ved at understøtte opbygning af færdigheder og viden (Ku & Yuen-Tsang, 2013; Davis et.al., 2015; Jensen & Krogstrup, 2017). For det ottende bør lederen evne at samarbejde og indgå i relationer, der bygger på tillid samt at kunne mobilisere de sundhedsprofessionelles videns- og energimæssige ressourcer, så (nye) udviklingsmål kan realiseres (Brix, 2021). I tabel C udfoldes de otte teoretiske ledelseskompener for Capacity Building. Denne tabel er gentrykt fra artiklen ”Hvilke ledelsesmæssige evner kan fremme skabelse af Capacity Building i organisationer?” (Antonsen & Brix, 2022).

Tabel C: Fælles syntese over otte teoretiske ledelseskomponenter for Capacity Building

Fælles overblik over ledelse af Capacity Building på individuelt og organisatorisk niveau	Teoretiske komponenter
Lederen evner at sætte mål i samarbejdet med medarbejdere ved at identificere et udviklingsbehov. Når disse mål er opnået, sættes der nye mål. Der er en evne til løbende forbedringer (Jensen & Krogstrup, 2017; Ku & Yuen-Tsang, 2013).	Sætte mål og nye mål
Lederen evner at understøtte medarbejderne i at opbygge færdigheder og viden, så medarbejderen mobiliseres og føler sig kompetent i opgaveløsningen, så udviklingsmål kan opnås. Endvidere evner lederen at udvikle egne evner, forståelser og kompetencer (Anderson & Adams, 2019; Jensen & Krogstrup, 2017).	Kompetencefornyelse og udvikling
Lederen evner at fjerne hæmmende bureaukratiske og organisatoriske barrierer, så medarbejderne kan præstere bedst muligt. Lederens ansvar er at 'fjerne' sten på vejen både opad til i systemet og nedadtil (Brix, 2021).	Fjerne sten på vejen
Lederen evner at skabe en positiv selvforståelse hos medarbejderne ved at formidle fortællinger med henblik på, at omforme medarbejdernes forståelse af organisationen opgaver og medarbejdernes bidrag. Lederen evner at knytte mange meningsstrukturer i spil med henblik på at få fælles retning. Lederen evner at have en kritisk forståelse for organisationen og dennes omgivelser med henblik på at bringe det videre i fortællingen (Degn & Thomasen, 2017).	Meningskabelse⁴

⁴ Ved denne teoretiske komponent menes, at det skal give mening for ledere og medarbejdere og ikke meningskabelse som ifølge Weick (1995)

Lederen evner at kunne oversætte konceptet i dialogen med medarbejderne og formidle den store fortælling, med henblik på, at medarbejderne kan se sig selv som medskabere af organisationen (Degn & Thomasen, 2017).	Oversætte koncept til eget brug
Lederen evner at reflektere og evaluere med henblik på kontinuerligt at følge op på målopfyldelse og sætte nye mål i samarbejde med medarbejdere og i forhold til egen rolle (Krogstrup & Mortensen, 2021).	Reflektere og evaluere
Lederen evner at indgå i et samarbejde med andre. Lederen evner at inddrage medarbejderne og aktivere deres ressourcer, idet de har forskellige udgangspunkt, position, kompetencer, sociale og kulturelle muligheder (Degn & Thomasen, 2017; Ku & Yuen-Tang, 2013; Jensen & Krogstrup, 2017).	Samarbejde herunder inddragelse og rette ressourcer
Lederen evner at indgå i relationer med andre, som bygger på udvikling, opdyrkning og opretholdelse af tillid og består af respekt, personlig omsorg, personlig integritet og faglige kompetencer (Davy & Ågård, 2017).	Relationer

Kilde: Gentrykt fra Antonsen & Brix, 2022, s. 169-170.

Ovenstående syntese er mit teoretiske fundament om Capacity Building som ledelsestilgang for afhandlingen.

KAPITEL 3.

VIDENSKABSTEORI

I dette kapitel er formålet at redegøre for afhandlingens videnskabsteoretiske afsæt. Først giver jeg en introduktion til kritisk realisme, som er min forskningstilgang. Herefter uddyber jeg kritisk realismes ontologi og epistemologi, som blandt andet består af tre virkeligheder; det virkelige, det faktiske og det empiriske. I kapitlets afslutning bringer jeg disse tre virkeligheder i spil i forhold til Capacity Building som ledelsestilgang, hvor jeg argumenterer for, hvordan jeg vil operere inden for disse områder i den kritiske realisme.

3.1 INTRODUKTION TIL AFHANDLINGENS VIDENSKABSTEORI: KRITISK REALISME

Som beskrevet tidligere er afhandlingens formål at studere, hvilke ledelsesmæssige evner der bør være til stede for at skabe de organisatoriske rammer, for at organisationen og de sundhedsprofessionelle bliver capacity buildende. Med dette formål lægges der op til, at jeg gennem mit forskningsarbejde har en forbedrende tilgang med forbedringsorienterede processer, hvor de resultater jeg skaber, vil kunne bruges til at forbedre eksisterende praksis. Det vil sige, at jeg har samme dobbelthed i mit forskningsarbejde som i Capacity Building-begrebet. I det videnskabsteoretiske univers åbner forbedringstilgangen op for, at jeg

kan drage nytte af at basere afhandlingen på den kritiske realisme (Bhaskar, 1975).

Tanken er, at kritisk realisme er en anderledes videnskabelig tilgang i forhold til positivismen og socialkonstruktivismen, og én af grundpræmisserne i den kritiske realisme er, at den ikke udelukkende søger at forklare verden, men også ændre den (Alverson & Sköldberg, 2009; Kringelum & Brix, 2020). Som tilgang til forskning i Capacity Building inden for organisatorisk læring placerer kritisk realisme sig imellem forståelsen af, at læring skal dokumenteres og påvises i form af forandringer og forståelsen af, at læring er kontekstbetinget og en proces, der finder sted i samspil mellem mennesker (Kringelum & Brix, 2020). Dette betyder, at jeg - idet jeg bygger min videnskabelige tilgang på kritisk realisme - er optaget af præstationer, effekter og de kontekster, hvori processerne foregår, som kan operationaliseres ved hjælp af en programteori, der uddybes senere i kapitlet (Pawson & Tillys, 1997; Dahler-Larsen, 2018; Krogstrup, 2016). Min logik er, at den kritiske realisme kan hjælpe mig i afhandlingen til at rumme kompleksiteten og perspektiverne fra Capacity Building-litteraturen, hvor der også tages afsæt i processer (præstationer), resultater (effekter) og de kontekster (organisationer), hvori der arbejdes – der er med andre ord et relevant match mellem valg af videnskabsteori og teori (Kringelum & Brix, 2021; Brix, 2021). Den kritiske realisme tillader og legitimerer eksempelvis, at jeg bygger mit eget teoretiske fundament om Capacity Building som ledelsestilgang i afhandlingen (kapitel 2, tabel C). Argumentet er, at den kritiske realisme accepterer præmissen

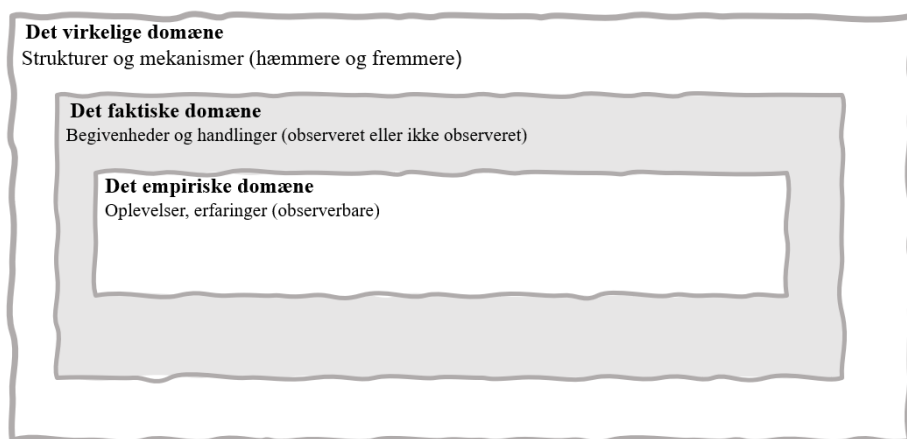
om, at empiriske fænomener ofte ikke lader sig forklare uddybende fra ét teoretisk perspektiv, men at der kan findes væsentlige nuancer ved at anlægge en teoretisk pluralisme (Kringelum & Brix, 2020; Frederiksen & Kringelum, 2021). I afhandlingen består den teoretiske pluralisme i krydsfeltet mellem Capacity Building og ledelse, og i artiklerne introduceres teori om public value som et yderligere perspektiv til at forstå og forklare den Capacity Building, der ønskes opnået i afhandlingens empiriske kontekst (hospitalsvæsenet). Den kritiske realisme og foregående argument udfoldes kort i det følgende.

3.2. AFHANDLINGENS ONTOLOGI OG EPISTEMOLOGI

Kritisk realisme bygger på en antagelse om, at virkeligheden eksisterer uagtet vores viden om den, og det forventes således, at det enkelte menneske kun indfanger en lille del af virkeligheden og dermed ikke kan være vidne til alt (Collin & Køppe, 2015; Egholm, 2014; Buch-Hansen & Nielsen, 2015). Det medfører, at jeg som forsker kan studere dele af virkeligheden, tilføre viden om virkeligheden og give forslag til forbedringer til, hvordan man kan skabe bedre præstationer og effekter (Bhaskar, 1975; Buch-Hansen & Nielsen, 2005). Dog med en opmærksomhed på at teori og empiri kun tilnærmelsesvis kan afdække virkeligheden. Dette er bundet i, at virkeligheden er et komplekst system med kontekst og kausalitet (Jespersen, 2021). For at forstå virkeligheden er der behov for at stratificere denne gennem tre lag, henholdsvis 1) *den empiriske virkelighed*, der omfatter erfaringer, som

bygges på viden ud fra eksisterer forståelse og refleksioner. 2) *den faktiske virkelighed*, som udgør oplevelser og faktuelle forhold. Dette omfatter fænomener og begivenheder, der eksisterer, uanset om de bliver erfaret eller ej samt 3) *den virkelige virkelighed*, der indeholder de ikke direkte observerbare strukturer og mekanismer, som understøtter og forårsager de begivenheder og fænomener, der fremkalder den faktiske virkelighed. Disse er ofte u-observerbare (Frederiksen og Kringelum, 2021). De forskellige virkeligheder illustreres i Figur B.

Figur B: Kritisk realismes 3 virkeligheder



Kilde: Forfatterens egen tilvirkning.

Som det fremgår af ovenstående, afspejler der sig et billede af virkeligheden, som ud over observerbare begivenheder indeholder en dyb og ikke direkte observerbar virkelighed. Der er en 'dyb' virkelighedsopfattelse bestående af flere lag, der eksisterer i relation til hinanden. For at forstå den virkelige og faktiske virkelighed er det

derfor vigtigt at afdække og forklare de underliggende mekanismer, som understøtter eller forårsager, at fænomener kan opstå. Mekanismer er i litteraturen overvejende defineret som psykologiske og adfærdsmæssige reaktioner, der er skjulte, og som 'trigges' eller aktiveres – eksempelvis ved forskellige processer i forskellige kontekster (Lemir, et.al., 2017).

På det grundlag er der behov for, at jeg som forsker får en dybere viden om virkeligheden ved at bruge eksisterende teori til at se nærmere på den faktiske virkelighed, da teori (deduktivt) kan lette identifikationen af strukturer og mekanismer, der kan forekomme på bestemte måder i visse sammenhænge og under visse omstændigheder (Buch-Hansen & Nielsen, 2005; Pawson & Tilley, 1997). I min konkrete sammenhæng betyder dette, at jeg udvikler en syntese af fænomenet ledelse af Capacity Building på baggrund af den eksisterende teori om Capacity Building. Denne syntese er præsenteret i kapitel 2 og primært i artiklen "Hvilke ledelsesmæssige evner kan fremme skabelse af Capacity Building i organisationer?" (Antonsen & Brix, 2022). Forskere inden for kritisk realisme kalder identifikationen eller forklaringen af virkeligheden for gengivelse eller retroduktion (Kringelum & Brix, 2020; Edwards et al., 2014). Retroduktion-processen kombinerer henholdsvis induktion og deduktion. Deduktionen hjælper forskeren med at identificere 'komponenter og adfærd' i praksis, som fra et teoretisk perspektiv har betydning for dét, der studeres, hvor den induktive proces indsamler observationer/erfaringer, der søges forstået og generaliseret til at skabe ny viden, der er brugbar til forbedring af

praksis. Der ses, at disse to tilgange er komplementære, hvor de samlet set repræsenterer retroduktion-processen, som kan være rettet mod generelle aspekter af analytisk generaliserbar karakter. Et vigtigt mål med retroduktion-processen er at forklare, hvordan konteksten har været for at udløse generative mekanismer, der skaber de præstationer og effekter, der ønskes opnået (Jespersen, 2021; Wad; 2021; Mingers & Standing, 2017). Det vil i sammenhængen her konkret sige, at konteksten omkring casen Sikkert Patientflow skal forklares og tydeliggøres. Casen præsenteres i kapitel 4. Pawson & Tilley (1997) kalder dette for en KMO-konfiguration; Kontekst (K), Mekanismer (M) og Outcome-logikker (O), som kan operationaliseres ved en programteori (Pawson & Tilley, 1997; Dahler-Larsen, 2018; Krogstrup, 2016). En programteori er en ramme, der omfatter problemet, konteksten, mekanismerne, aktiviteterne (præstationer) og virkningerne af en intervention (effekt) i én omfattende model (ibid.) Fokus er eksplicitte antagelser om forholdet mellem aktiviteter og effekter, som er forbundet ved hjælp af underliggende mekanismer og kontekstuelle forhold dvs. en beskrivelse af 1) et problem, 2) de aktiviteter og processer, som skal udføres, 3) de mekanismer, der forventes at udløse virkningerne, 4) de kontekstuelle forhold, som påvirker skabelsen af effekter, og 5) effektlogik - dvs. output og outcomes (Brix, 2021). I afhandlingens sammenhæng vil en operationalisering af KMO-konfigurationen i en programteori (Pawson & Tilley, 1997; Dahler-Larsen, 2018; Krogstrup, 2016) blive præsenteret i afhandlingens kapitel 5, hvor programteorien vil bidrage

til en syntese af mine teoretiske og praksis bidrag i forhold til ledelse af Capacity Building med afsæt i casen Sikker Patientflow.

3.3. KRITISK REALISME OG UNDERSØGELSE AF CAPACITY BUILDING SOM LEDELSESTILGANG

For at kunne undersøge Capacity Building som ledelsestilgang er der behov for, at jeg som forsker opererer inden for de tre virkeligheder i den kritiske realisme.

I forhold til den *empiriske virkelighed* vil jeg som led i min dataindsamling skabe erfaringer og observationer ved at deltage i mødefora blandt ledere, som er en del af casen Sikker Patientflow, der uddybes i kapitel 4. Jeg er særligt opmærksom på, at de ledere, jeg studerer på de fem hospitaler, indgår i lokale kontekster med potentielt forskellige kontekstuelle variabler – herunder flere forskellige ledelseslag, forskellige afdelinger og mange forskellige sundhedsprofessionelle, hvilket betyder, at det er særligt vigtigt, at jeg erfarer konteksterne hver for sig, når jeg søger at reproducere mine fund (Kringelum & Brix, 2020; Frederiksen & Kringelum, 2021). Det vil sige, at der også sker relevante begivenheder og fænomener på disse hospitaler, som jeg ikke kan observere blandt andet grundet min manglende tilstedeværelse 24/7 på hvert enkelt hospital. Viden om hvad der sker og tænkes, når jeg ikke har været til stede (den faktiske virkelighed), tilgår jeg tilnærmelsesvis ved at gennemføre semistrukturerede interviews. Mit argument er, at interviews som

dataindsamling kan være en hjælp til at kompensere for det, jeg ikke selv erfarer i den empiriske virkelighed (Frederiksen & Kringelum, 2021). Dette udfoldes i kapitel 4.

For at jeg kan forstå og forklare ikke direkte observerbare strukturer og mekanismer blandt andet via de sundhedsprofessionelles beretninger og reaktioner ved mine observationer og interviews, vil jeg deduktivt ved hjælp af de teoretiske briller om 'ledelse af Capacity Building' (kapitel 2 samt teoriafsnittene i de enkelte artikler i afhandlingen) kunne identificere, analysere og diskutere mine data (Pawson & Tilley, 1997; Lemir, et.al., 2017; Jagosh, 2020; Kringelum & Brix, 2021).

Med kritisk realisme som ståsted i afhandlingen vil jeg skabe viden gennem handling både direkte i form af observationer, men ligeledes indirekte via interviews. Desuden vil jeg gennem en analyseproces kunne identificere mekanismer, der trigger til handling. Fokus er nemlig at forklare, men også at forbedre lederens evner til at fremme Capacity Building i organisationer (Alverson & Sköldberg, 2009; Kringelum & Brix, 2021). Som nævnt i afsnit 3.2. vil jeg i afhandlingens konkluderende del give refleksioner på, hvordan jeg har arbejdet med den kritiske realisme i forbindelse med de konklusioner, jeg finder, hvor jeg benytter mig af KMO-konfigurationen (Pawson & Tilley, 1997) operationaliseret i en programteori (Pawson & Tilley, 1997; Dahler-Larsen, 2018; Krogstrup, 2016). I de enkelte artikler er det muligt eksempelvis via referencerne at se, hvordan jeg i forbindelse med metodeafsnittene har haft den kritiske realisme som baggrund for

min tilgang; dette er dog ikke skrevet eksplicit, da det ikke er normen at reflektere eksplicit om videnskabsteori i artikelgenren.

KAPITEL 4.

METODISKE TILGANG

Formålet med nærværende kapitel er at præsentere afhandlingens metodedesign. Jeg indleder kapitlet med at præsentere mit forskningsdesign, som er et casestudie. Efterfølgende præsenterer jeg selve casen, som er projekt Sikkert Patientflow, samt hvorfor jeg ser, at netop denne case kan kvalificeres til at studere ledelse af Capacity Building. Herefter udfolder jeg afhandlingens forskningsstrategi samt laver en kort redegørelse for min dataindsamling samt min dataanalyse. I kapitlets afslutning reflekterer jeg over min rolle som forsker.

4.1. CASESTUDIE SOM FORSKNINGSDESIGN

For at studere mit forskningsspørgsmål er mit forskningsstrategiske valg casestudie-tilgangen, blandt andet da denne tilgang er relevant til at undersøge fænomener, som de folder sig ud i praksis (Creswell, 2013).

Et casestudie kan defineres som:

“The case study method “explores a real-life, contemporary bounded system (a case) or multiple bounded systems (cases) over time, through detailed, in-depth data collection involving multiple sources of information.” (Creswell, 2013, p. 97).

Ifølge Yin (2014) er et casestudie en empirisk metode, der 1) undersøger et nutidigt fænomen i dybden og inden for dets virkelige verdenskontekst, især når 2) grænserne mellem fænomen og kontekst

måske ikke er klart tydelige. Et casestudie forudsætter ikke et bestemt videnskabsteoretisk udgangspunkt, idet der ikke er en metodisk 'opskrift' på ens dataindsamlingsproces, da man kan anvende både kvalitative og kvantitative metoder, men derimod er det vigtigt at beskrive dét, som undersøges i casestudiet (Yin, 2014).

Som tidligere præsenteret i kapitel 1 undersøger jeg i afhandlingen fænomenet ledelse af Capacity Building i hospitalsvæsenet. Den case, jeg studerer fænomenet i, er projekt Sikkert Patientflow, som i denne afhandling ses som overordnet organisation, men som går på tværs af geografier (Williamson, et.al., 2016), idet den indbefatter fem hospitaler: Aarhus Universitetshospital, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Gødstrup (tidligere Hospitalsenheden Vest) og Hospitalsenheden Midt.

Case-designet og den empiriske undersøgelse af Sikkert Patientflow foregår på fem hospitaler, idet de er en del af et fælles læringsfællesskab, hvor der blandt andet er fælles mål og fælles processer (Krogstrup, 2017). Udvælgelsen af netop denne case skyldes for det første, at dette projekt kan kvalificeres som Capacity Building og udgør derfor et solidt empirisk eksempel. Dette udfoldes i det følgende afsnit. For det andet har jeg gennem de sidste 10 år været en del af projektet, idet jeg har haft ansættelser på henholdsvis Regionshospitalet Horsens, som projektleder for Sikkert Patientflow og Aarhus Universitetshospital, som programleder for Sikkert Patientflow. Min interesse for feltet Capacity Building som ledelsestilgang er derved

blevet skabt længe før, jeg indgik i en ph.d.-stilling, og før jeg fik en bevilling til min forskning inden for dette praksisfelt.

Casestudie som metodevalg understøtter også min videnskabsteoretiske tilgang, kritisk realisme, idet et casestudie bygger på dels en induktiv og dels en deduktiv tilgang, hvor struktur og historik - herunder sprog, begreber og faglig socialisering - har indflydelse på casen (Flyvbjerg, 1988; Saunders, et.al., 2015).

Som tidligere skrevet er Sikkert patientflow et kvalitets- og forbedringsprojekt i hospitalerne. Valget i denne kontekst er, at Sikkert Patientflow er en specifik indsats i hospitalsvæsenet, som præsenterer en måde at arbejde på inden for den ny styringslogik, New Public Governance, men ligeledes i forhold til at være capacity buildende, hvor jeg gerne vil udtale mig om, hvordan ledelse af Capacity Building ser ud i praksis.

I det følgende vil jeg præsentere casen Sikkert Patientflow.

4.2. SIKKERT PATIENTFLOW SOM CASESTUDIE

I perioden 2013 – 2016 deltager Region Midtjyllands akuthospitaler i et fælles nationalt kvalitets- og forbedringsprojekt (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2013). Formålet med kvalitets – og forbedringsprojektet er at sikre, at den enkelte patient oplever et sikkert patientforløb fra indlæggelse til udskrivelse (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2013). Forbedringsprojektet består i, at det enkelte hospital skal blive bedre til at forudsige udskrivelser og indlæggelser

samt at tilpasse ressourcer, så der ikke opstår kø eller barrierer for patienternes færd fra en akutafdeling og gennem hospitalet til udskrivelse (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2013). Projektet er inspireret af Institut for Health Improvement, USA, som arbejder med en metode og indsats omhandlende håndtering af kapacitet og efterspørgsel (Resar, et.al., 2011).

En evaluering foretaget af Danske Selskab for Patientsikkerhed (2015) påviser, at der er opnået en bedre styring og koordinering af indlæggelser og overflytninger på hospitalerne i projektperioden. Dernæst har flere hospitaler nedbragt deres overbelægning og oplevet et bedre samarbejde mellem ledelsesniveauerne på tværs af hospitalet, idet alle er en del af den fælles problemløsning og proces (ibid). Efter projektets ophør vælger Region Midtjylland at videreføre projektet internt i regionen i form af et regionalt læringsfællesskab, hvor de fem akuthospitaler skal arbejde systematisk med flere fælles forbedringstiltag for at skabe fælles kvalitetsforbedring på tværs af hospitalerne.

4.2.1. METODER OG INDSATSER I SIKKERT PATIENTFLOW

Overordnet set benyttes Forbedringsmodellen som fælles metode i projekt Sikkert Patientflow (Øvretveit, et.al., 2002; Gadolin & Andersson, 2017; Schouten, et.al., 2008). Metoden er med til at accelerere forandrings- og forbedringsprocesser, som omsætter ideer til konkrete handlinger, hvor fokus er, hvordan man opnår den kvalitet, man har sat som mål.

I læringsfællesskabet mellem hospitalerne afvikles der fælles læringsseminar 1 x årligt og site-visits 1 x årligt. Fokus er at skabe viden, videndeling, læring og sparring på tværs af hospitaler, afdelinger og sundhedsprofessionelle (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2015; Region Midtjylland 2016). Læringsfællesskabet har til formål, at hospitalerne arbejder med fælles mål, data og metode, hvor der sker deling af viden, der er reflekterende dialoger mellem sundhedsprofessionelle og ledere, og at der opbygges en samarbejdskultur på tværs af Region Midtjylland.

Der er ligeledes to indsatser, som dagligt afvikles på hvert hospital - nemlig daglige tavlemøder i den enkelte afdeling og i lokal kontekst. Mødet skal bidrage til, at de sundhedsprofessionelle danner sig et overblik over, hvilke patienter der er klar til udskrivelse, hvilke patienter der venter på noget i deres forløb, som kan være med til at fremme en tidligere udskrivelse. Dertil en daglig kapacitetskonference på det enkelte hospital. På kapacitetskonferencen skaber de sundhedsprofessionelle og ledelsen sig et overblik over hospitalets

samlede kapacitet og imødegår dermed eventuelle problemer med overbelægning i nogle sengeafdelinger. Der er deltagelse fra alle relevante afdelinger på hospitalerne.

I særlige kapacitetssituationer kan der afholdes en regional kapacitetskonference på tværs af de fem hospitaler med henblik på at få hjælp med at aflaste et hospital for overbelægning. Fokus er at opretholde patientsikkerheden og det gode arbejdsmiljø ved at udnytte regionens samlede ressourcer mest hensigtsmæssigt i forhold til den samlede opgave. Som understøttelse har ledere og sundhedsprofessionelle adgang til et fælles elektronisk kapacitetsoverblik i realtid, daglige, ugentlige og månedlige datarapporter samt aftale- og styringsdokumenter. Under hele perioden har der været besluttet et fælles forbedringsmål med fokus på 'tidligere udskrivelse af indlagte patienter', som alle hospitaler arbejder med at forbedre. Foruden har hvert hospitalet udpeget et lokalt forbedringsmål, som der arbejdes med og bringes med i læringsfællesskabet.

4.2.2. DEN ORGANISATORISKE FORANKRING I SIKKERT PATIENTFLOW

Sikkert Patientflow er organisatorisk forankret i en regional styregruppe, som træffer de overordnede beslutninger om forbedringsfællesskabets arbejde og organisering. Dertil er der nedsat en regional projektgruppe, hvis formål er at fungere som regionalt forbedringsforum, og som kommer med oplæg til iværksættelse af konkrete, fælles forbedringsinitiativer på tværs af regionens hospitaler,

hvor initiativerne er skabt blandt de sundhedsprofessionelle. På hvert hospital er der etableret en overordnet styregruppe samt nedsatte forbedringsteams. De lokale forbedringsteams arbejder på det enkelte hospital i samarbejde med styregruppen med det overordnede mål for Sikkert Patientflow, implementering og videreudvikling af redskaberne og metoder både i form af lokale indsatser samt de udpegede regionale indsatser.

Ledelsesinvolveringen indbefatter hospitalsledelser, afdelingsledelser og funktionsledelser på hvert hospitaler samt udpegede projektledere og sundhedsprofessionelle med funktion ind i Sikkert Patientflow (Conxenus, 2019). I tabel D præsenteres et overblik over ledelsesinvolveringen blandt de forskellige involverede ledere og sundhedsprofessionelle.

Table D: Struktur, proces og aktivitetsoverblik ift.**ledelsesinvolveringen i Sikkert Patientflow**

(* = årligt, ** = halv årligt, *** = kvartal, **** = månedligt, ***** = dagligt)

	Hospitalsledelse	Afdelingsledelse	Funktionsledelse	Projektledelse	Sundhedsprofessionelle
Struktur	Regional styregruppe. Lokal styregruppe.	Lokal styregruppe. Lokal forbedringsteam.	Lokal styregruppe. Lokal forbedringsteam.	Regional styregruppe. Lokal styregruppe. Regional projektgruppe. Lokal forbedringsteam.	Lokal forbedringsteam.
Proces	Forberedelse. Deltagelse. Evaluering. Brug af forbedringsmodel.	Forberedelse. Deltagelse. Evaluering. Planlægning af møder. Brug af forbedringsmodel.	Forberedelse. Deltagelse. Evaluering. Planlægning af møder. Brug af forbedringsmodel.	Forberedelse. Deltagelse. Evaluering. Planlægning af møder. Brug af forbedringsmodel.	Forberedelse. Deltagelse. Evaluering. Brug af forbedringsmodel.
Aktivitet	Lederseance. * Læringsseminar. * Site vist. * Regional styregruppe. *** Lokal styregruppe. **** <i>Ad hoc:</i> Regionale og lokale kapacitetskonferencer.	Læringsseminar. * Site vist. * Lokal styregruppe. **** Uddannelsesforløb. ** <i>Ad hoc:</i> Møder med forbedringsteam. Lokal kapacitetskonferencer og tavlemøder.	Læringsseminar. * Site vist. * Lokal styregruppe. **** Tavlemøder. ***** Møder med forbedringsteam. **** Uddannelsesforløb. ** <i>Ad hoc:</i> Lokal Kapacitetskonferencer.	Læringsseminar. * Site vist. * Lokal styregruppe. **** Kapacitetskonferencer. **** Møder med forbedringsteam. **** Uddannelsesforløb. ** Uddannelsesforløb. ** <i>Ad hoc:</i> Lokale tavlemøder.	Kapacitetskonferencer. **** Tavlemøder. ***** Møder med forbedringsteam. **** Uddannelsesforløb. ** <i>Ad hoc:</i> Læringsseminar. Site visits. Lokal styregruppe

Kilde: Forfatterens egen tilvirkning.

4.2.3. KVALIFICERING AF SIKKERT PATIENTFLOW SOM CASE TIL AFHANDLINGEN

Involverede ledere og sundhedsprofessionelle i projekt Sikkert Patientflow oplever, at der under implementering af metoder og indsatser for at understøtte målsætningen er sket en forbedring. Dette afspejler sig i forbedrede resultater og rapporter (Conexus, 2017, 2018, 2019), men også i udsagn og oplevelser fra ledelser og sundhedsprofessionelle.

Litteraturen om Capacity Building har et integreret blik på proces og resultat med henblik på at forbedre organisatorisk praksis (Krogstrup, 2017). Endvidere er der også et særligt blik på, hvor organisationer, ledere og sundhedsprofessionelle opbygger evner til kontinuerligt at forbedre praksis gennem kompetencer (direkte Capacity Building) og learning by doing (indirekte Capacity Building) (Jensen & Krogstrup, 2017; Laursen & Thomassen, 2017). I forhold til mit studie for denne afhandling er der en stærk kobling mellem Capacity Building som teoretisk afsæt og den beskrevne praksis. Dette illustreres både i tabel D & E. I praksis ses blandt andet, at der på ledelsesniveau og i samarbejde med de sundhedsprofessionelle arbejdes målrettet med at forbedre praksis via tydelige processer, hvoraf nogle foregår på daglig basis (tavlemøde og kapacitetskonference). Endvidere er der kompetenceudvikling i form af uddannelsesforløb og seminarer på forskellige ledelsesniveauer med henblik på at 'gå hjem og gøre det' ved hjælp af forbedringsmodellen som metode.

I nedenstående tabel E giver jeg eksempler på, hvorfor og hvordan casen kan kvalificeres som casestudie i min afhandling. Denne tabel er gentrykt fra artiklen ” Hvilke ledelsesmæssige evner kan fremme skabelse af Capacity Building i organisationer?” (Antonsen & Brix, 2022).

Tabel E. Den empiriske litteratur omhandlende Capacity Building med afsæt i Sikker Patientflow

	Proces	Mål
Individuel	Deltage i kapacitetskonference på hospitalsniveau lokalt og regionalt. Deltage i tavlemøde på afdelingsniveau. Deltage i div. Mødefora. Benytte forbedringsmodellen, som metodeafsæt.	Deler erfaring, skaber læring, har videndeling og sparring og reflekterede dialoger med henblik på fælles meningsdannelse, men ligeledes at forbedre og styrke den enkeltes evner til at opnå målet.
Organisatorisk	Fælles mål fx kapacitetskonference og tavlemøde på alle hospitaler. Fælles metodeafsæt i form at benytte forbedringsmodellen. Fælles og lokale datarapporter. Fælles og lokal styregruppe. Læringsseminar og sitevisit.	Understøtter ledere og medarbejdere i at opbygge viden, kompetencer og færdigheder til at opnå organisationens mål.

Kilde: Gentrykt fra Antonsen & Brix, 2022, s. 172.

	Direkte Capacity Building	Indirekte Capacity Building
Individuel	Deltagelse i læringsseminar, site visit, flow og koordinator kurser, ledelsesseancer, forbedringsvejleder uddannelse, forbedringscoach uddannelse.	Deltage i forbedringsprojektet med brug af forbedringsmodellen. Prøvehandling (learning by doing).
Organisatorisk	Opbygge en forbedringskultur og rutiner for løbende at skabe forbedringer for den akutte patient i Sikkert Patientflow.	Understøtter ledelser og medarbejder i at arbejde forbedringsorienteret.

Kilde: Gentrykt fra Antonsen & Brix, 2022, s. 172.

Jeg ser, at Sikkert Patientflow som casestudie og metode kan muliggøre: 1) at jeg fra forskellige vinkler kan undersøge, hvordan ledelse af capacity building som fænomen foregår i praksis og 2) at jeg derved kan nuancere og udvide nuværende teoretiske grundlag ud fra et empirisk perspektiv (Colquitt & Zapata-Phelan, 2007; Brix, 2017). Det vil sige, at jeg undersøger et nutidigt fænomen i en virkelig kontekst fra forskellige vinkler til at forklare, beskrive eller udforske begivenheder (Yin, 2014).

4.3. AFHANDLINGENS FORSKNINGSSTRATEGI I FORHOLD TIL UNDERSØGELSE AF CAPACITY BUILDING SOM LEDELSESTILGANG.

Som det fremgår af ovenstående, tager min afhandling afsæt i et casestudie (Yin, 2014). For at undersøge Capacity Building som ledelsestilgang har jeg valgt at bygge min afhandling op omkring fire studier, som hver skal bidrage til mit overordnede forskningsspørgsmål, som er: Hvilke ledelsesmæssige evner kan forventes at kunne fremme Capacity Building i hospitalsvæsenet?

Strukturen i min forskningsstrategi er som følgende:

1. Mit første studie er en konceptualisering af Capacity Building som ledelsestilgang i offentlige organisationer. Dette skal i forhold til den videre forskningsproces bibringe definition, afgrænsning og en operationalisering, således at Capacity Building bliver operationaliserbart.
I dette studie indgår casen ikke, idet studiets hensigt er at være teoretisk fundament for, at jeg kan studere Capacity Building som ledelsestilgang.
2. Mit andet studie bygger videre på det foregående studie. I dette studie udarbejder jeg en syntese af eksisterende litteratur om ledelse af Capacity Building, som undersøges i praksis. Dette studie skal bibringe en undersøgelse om, hvilke ledelsesmæssige evner der forventes at kunne fremme arbejdet med Capacity Building på det enkelte hospital fra et ledelsesperspektiv.

3. Det tredje studie bygger videre på studie 2, hvor jeg undersøger de præsenterede forskningsresultater fra studie 2 i samme kontekst, men med nye og flere informanter med henblik på en validering af resultaterne. Dette studie skal endvidere bringe et perspektiv på, hvordan ledere kan skabe rammerne for Capacity Building på hospitalerne fra et ledelsesperspektiv, ved at jeg udvikler et metodeværktøj, som kan anvendes til at forbedre praksis.
4. Mit fjerde studie bygger videre på studie 2, hvor jeg videreudvikler en syntese af eksisterende litteratur om ledelse af Capacity Building – i denne artikel på tværs af de fem hospitaler. Dette studie skal bibringe en undersøgelse om, hvilke ledelsesmæssige evner der forventes at kunne fremme arbejdet med Capacity Building på tværs af hospitalerne fra et ledelsesperspektiv.

Som det fremgår, bygges der videre på viden og fund fra foregående studier gennem hele min ph.d.-periode og præsenteres ved mine fire artikler. I det følgende vil jeg præsentere mine metoder for dataindsamling samt dataanalyse. Da min afhandling er artikelbaseret, vil der i de enkelte artikler være en uddybelse af dataindsamlingen og dataanalysen, hvorved det følgende er en kort præsentation af mine valg. I de enkelte artikler vil der ligeledes udfoldes en metodemæssig kritik.

4.4. AFHANDLINGENS DATAINDSAMLING

Afhandlingen inddrager data i form af egen indsamlet primær-empiri i studie 2, 3 og 4 og tager afsæt i en kvalitativ tilgang, som beror primært på semi-strukturerede interviews (Justesen & Mik-Meyer, 2010) koblet med observationer. Observationerne skal primært bidrage med viden og erfaring om, hvordan ledelsestilgangen er til Sikkert Patientflow, men også hvordan der ledelsesmæssigt arbejdes ind i projektet på det enkelte hospital og mellem hospitalerne. Desuden vil mine observationer bidrage til, at jeg i min case-tilgang erfarer, hvordan den lokale kontekst er på hvert hospital i deres arbejde med Sikkert Patientflow (Kringelum & Brix, 2020). Med denne tilgang opnår jeg jf. den kritiske realisme adgang til viden på det empiriske niveau. De kvalitative interviews skal bidrage til viden om informanternes faktuelle oplevelser og faktuelle forhold til ledelsestilgangen, idet jeg søger adgang til viden og erfaring, som jeg ikke selv har kunnet observere, og som er til stede på de faktiske niveauer (Ibid.).

4.4.1. SEMI-STRUKTUREREDE INTERVIEWS

Jeg vælger i min afhandling af foretage semistrukturerede interviews, idet dataindsamlingsmetoden både har en eksplorativ tilgang og en række forhåndsudvalgte temaer, som man ønsker, at informanterne reflekterer over (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Ved semistrukturerede interviews får jeg adgang til informanternes oplevede verdensbillede, og dermed kan jeg tilvejebringe en detaljeret og intensiv analyse af få

personers oplevelse af fænomenet ledelse af Capacity Building (Brinkmann & Tanggaard, 2015; Kvale, 2007).

Jeg gennemfører semistrukturerede interviews i studie 2, 3 og 4 (studie 1 er et konceptuelt, teoretisk studie). Til hvert af de tre empiriske studier har jeg udarbejdet en semistruktureret interviewguide på baggrund af mit forskningsspørgsmål. Under selve interviewene har jeg grundet mit dybe kendskab til projekt Sikkert Patientflow brugt min forforståelse proaktivt til at styrke min undersøgelse, hvilket har medført, at interviewguiden i flere tilfælde har været mindre styrende for interviewet (Brinkmann & Tanggaard, 2015; Kvale, 2007).

Udvælgelsen af informanter er sket ved, at jeg først har henvendt mig til den regionale styregruppe i Sikkert Patientflow, hvor jeg har præsenteret mit behov for adgang til informanter på forskellige ledelsesniveauer og spurgt om adgang. Da dette gives, har jeg henvendt mig til de lokale projektledere og spurgt om adgang til de rette informanter. Et samlet overblik over antal informanter præsenteres i tabel F. Et eksempel fra studie 2, hvor mit fokus er at interviewe hospitalsledelser, afdelingsledelser og projektledere: Her efterspørger jeg som følgende en repræsentant fra hospitalsledelsen og to repræsentanter fra afdelingsledelsen, hvor de to afdelingsledelser gerne må komme fra et medicinsk og kirurgisk speciale samt være henholdsvis en chefsygeplejerske og en cheflæge. Dette udvælgelseskriterium skyldes, at jeg gerne vil have repræsentation af den samlede strategiske ledelse, som hver især er ledere for forskellige faggrupper af sundhedsprofessionelle. Dernæst repræsentation fra

begge specialer, idet specialerne har forskellige opgaver knyttet til Sikkert Patientflow. Mine interviews er foregået enten ved fysisk møde, virtuelt eller telefonisk. Denne differentiering har blandt andet skyldtes Covid-19, men også informanternes mulighed for deltagelse grundet deres tid. Ved fysisk møde har interviewet enten været afholdt i et mødelokale eller på et kontor knyttet til den afdeling, hvor informanten er ansat, men også for at informanten er tæt på sin afdeling, hvis der skal opstå en situation på afdelingen, som kræver informantens tilstedeværelse. Et enkelt interview er foretaget udendørs grundet informantens eget ønske og præference. Ved virtuelle eller telefoniske møder har jeg sørget for at være i et lokale, hvor jeg ikke har kunnet blive afbrudt eller forstyrret af larm eller andet.

Tabel F: Antal informanter ved hvert studie

	Hospitals ledelse	Afdelings ledelse	Funktions ledelse	Projekt ledelse	Sundheds professionelle	I alt
Studie 1						
Studie 2	6	11		4		21
Studie 3	3	3	2		5	14
Studie 4	6	11		4		21

Kilde: Forfatterens egen tilvirkning.

I den følgende tabel G præsenteres hvilke hospitaler, der har været deltagende i de tre studier.

Tabel G: Hospitaler, som indgår i hvert studie (grå markering = deltagelse)

	Aarhus Universitets hospital	Regions hospitalet Randers	Regions Hospitalet Horsens	Regions Hospitalet Gødstrup	Hospitals enheden Midt
Studie 1					
Studie 2					
Studie 3					
Studie 4					

Kilde: Forfatterens egen tilvirkning.

Der har været faste elementer, som har været gennemgående ved mine interviews. Alle interviews er startet med 'small talk', idet jeg har været i arbejdsrelation med stort set alle informanterne inden min ph.d.-stilling. Herefter informerer jeg om mit ph.d.-projekt og formålet med interviewet samt informeret samtykke. Jeg gør meget ud af, at alt, hvad der siges, er anonymt, og at det vil blive anonymiseret i det videre arbejde (Kvale & Brinkmann, 2015). Endvidere informerer jeg om, at jeg optager samtalen og efterfølgende transskriberer interviewet. Såfremt informanterne vil have det transskriberede interview til gennemlæsning, vil jeg sende det. En ud alle informanter ønsker sit transskriberede interview til gennemlæsning.

Efter denne indledning foretages de semistrukturerede interviews, hvor interaktionen mellem informanterne og jeg selv i flere situationer har fulgt en fortælling, som informanten var optaget af for at forstå sine perspektiver og holdninger i forhold til sin daglige praksis (Brinkmann

& Tanggaard, 2015; Kvale 2007). Herunder følger et eksempel fra en ledelsesinformant, som er ved at fortælle om sin ledelsesrolle i Sikkert Patientflow. Denne informant har behov for at give mig et indblik i dennes møde med projektet i en ny kontekst, idet denne har skiftet job og kommet til en ny geografi dvs. til en ny afdeling på et nyt hospital:

”Da jeg blev en del af Sikkert Patientflow, var der ingen struktur på det. Det var helt tilfældigt, og det var ikke, som jeg havde oplevet det fra det hospital, jeg kom fra. Der oplevede jeg systematik og fælles sprog.... Hvem der deltog i kapacitetskonferencen, var lidt tilfældigt, man havde ikke kliniske koordinører. Det var et sammensurium og roden til en masse skænderier og ufred ... Så jeg var virkelig overrasket, da jeg ikke troede andet, end at Sikkert Patientflow kunne være velfungerende. Der opdagede jeg, at det godt kunne være – totalt ustruktureret. Så der var noget at gribe fat i” (Empiri, 2020).

Undervejs i interviewene benytter jeg mig af opsummerende spørgsmål for at sikre, at jeg har forstået informanternes perspektiver og holdninger rigtigt. Dette gøres fx ved at spørge ind til: *” Når du siger ... betyder det så...? ”* Eller: *” Er det rigtig forstået, at ...? ”* Efter interviewene er afsluttet, har vi igen haft en uformel samtale, hvor jeg prøver at få en fornemmelse af stemningen i rummet og informantens følelser oven på interviewet (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg oplever, at informanterne til de semistrukturerede interviews som værende åbne, transparente og ærlige og med en oprigtighed i at lade mig forstå deres praksis fra deres perspektiv.

4.4.2. DELTAGEROBSERVATIONER

Foruden mine interviews har jeg også anvendt deltagende observationer, idet de bidrager til viden og indsigt i, hvordan mennesker gennem social praksis konstruerer deres verdensbillede og tilskriver mening og betydning til hændelser, handlinger og personer (Justesen & Mik-Meyer, 2010; Brinkmann & Tanggaard, 2015). Mine deltagerobservationer er primært i starten af mit ph.d.-projekt, hvor observationerne skal bidrage til, at jeg får viden, inspiration og indblik i, hvordan ledelsestilgangen er til projekt Sikkert Patientflow, men også hvordan der ledelsesmæssigt arbejdes ind i projekt Sikkert Patientflow på det enkelte hospital og mellem hospitalerne.

Mine deltagerobservationer foregår på lokale styregruppemøder på alle fem hospitaler samt på regionale styregruppemøder og projektgruppemøder. Endvidere deltager jeg i læringsseminarer og site visits på de enkelte hospitaler samt ad hoc-møder i styregruppen for Sikkert Patientflow på Aarhus Universitetshospital, idet jeg er ansat en dag ugentligt på hospitalet. Tabel H giver en oversigt over de samlede deltagerobservationer og dets omfang.

Tabel H: oversigt og omfang af deltagerobservationer

Deltager Observationer	Region styre gruppe møder	Region. projekt gruppe møder	Lokal styre gruppe møder	Lærings seminar	Site visits	Region ledelses seminar	Ad hoc møder AUH
Tids forbrug i minutter	120	750	450	900	720	300	1080

Kilde: Forfatterens egen tilvirkning.

Inden hvert møde informerer jeg deltagerne om min tilstedeværelse, og hvad hensigten og formålet med mine observationerne er (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Desuden gør jeg det tydeligt, at al viden er anonymiseret. Jeg er under mine observationer opmærksom på, at der kan være en forskningseffekt, idet min blotte tilstedeværelse muligvis vil påvirke mødedeltagernes adfærd mere eller mindre. Dernæst at min tilstedeværelse kan forårsage mere eller mindre strategisk handling fra deltagerens side (Kristiansen & Krogstrup, 2015).

Jeg har i mine observationer blandt set på 1) deltagere i de forskellige mødefora i Sikkert Patientflow og deres rolle 2) deltagerens involvering og bidrag 3) tegn på, om deltagerne potentielt bidrager til Capacity Building med afsæt i min teoretiske fremstilling. Mine observationer er nedskrevet i en notesbog med feltnoter undervejs ved min deltagelse og er præget af ustruktureret feltarbejde, idet jeg observerer mødefora med mange forskellige deltagere, hvor jeg ikke har en fast template for indsamling af den viden, jeg søger. Efterfølgende har jeg i nogle tilfælde tilføjet supplerende og detaljerede observationer og egne efterrefleksioner.

Mit vigtigste formål med mine observationer er at 'komme under overfladen og bag facaden', hvor jeg får indblik i den 'virkelighed' (Kringelum & Brix, 2020), som muligvis vil skjule sig i forhold til mine interviews (Justesen & Mik-Meyer, 2010; Kristiansen & Krogstrup, 2015). Observationerne er primært blevet benyttet som supplerende empiri i mine dataanalyser med henblik på at understøtte min argumentation. En kritik ved mine ustrukturerede observationer er, at

observationerne er tilfældige og præget af ukontrollerede variabler (Kristiansen & Krogstrup, 2015). Det betyder eksempelvis, at jeg grundet Covid-19 har foretaget nogle observationer virtuelt (f.eks. virtuel mødedeltagelse), idet der har været restriktioner på hospitalerne om antal mødedeltagere, men ligeledes for min egen skyld for at undgå smitte. I disse tilfælde har jeg observeret på 'distance' og haft svært ved at få alle nuancer med i dialogen og interaktionen mødedeltagerne imellem. Jeg har også deltaget i fysiske møder, hvor jeg har oplevet, at mødernes indhold er sagsbehandling af punkter, hvor jeg ikke har observeret, at deltagerne bidrager til Capacity Building.

4.4.3. REFLEKSION OVER DATAINDSAMLING

Ved gennemgang af de transskriberede interviews får jeg en indsigt i, at der er mange forforståelser knyttet til flere af informanternes svar grundet min tidligere ansættelse som programleder i Sikkert Patientflow. Jeg oplever, at der siges, "det ved du godt" eller "det forstår du godt", hvor jeg ikke er opmærksom på at spørge ind til, hvad det betyder for informanten, eller om de kan uddybe det. I forhold til mit videnskabsteoretiske ståsted kan det kaldes 'den empiriske virkelighed', da vi har fælles erfaringer, som bygger på eksisterende forståelser om blandt andet projekt Sikkert Patientflow. En anden refleksion på baggrund af min dataindsamling er, at det kunne have givet god mening at have afholdt fokusgruppeinterviews, idet jeg ville kunne få flere stemmer i spil ved f.eks. at samle ledere på forskellige ledelseslag sammen med projektledere og/eller sundhedsprofessionelle. Fokusgruppeinterviews kunne bibringe en kvalificering af

informanternes udsagn imellem (Justesen & Mik-Meyer, 2010; Brinkmann & Tanggaard, 2015). Dette ville samlet betyde, at diskussionen og det empiriske bidrag ville blive mere end summen af en række enkeltudsagn (Justesen & Mik-Meyer, 2010). En anden refleksion er, at jeg (kun) har interviewet to funktionsledere og fem medarbejdere (studie 3), hvoraf vægtningen af min empiri for denne afhandling er fra det strategiske ledelseslag. En yderligere refleksion ved gennemgangen af dataindsamlingsmaterialet er, at mine primære observationer er i starten af mit ph.d.-projekt, hvor jeg systematisk deltager i mødefora. Efterfølgende deltager jeg ad hoc. Dette bevirker, at mine erfaringer om den lokale kontekst på et hospital (Kringelum & Brix, 2020) er på baggrund af mine observationer i projektets start og ikke knyttet op med observationer senere i projektperioden. Dette kunne have været interessant at have gjort, idet der på de enkelte hospitaler løbende er nye ledere på de forskellige ledelsesniveauer, der ansættes og forlader deres stilling på hospitalerne.

4.5 DATAANALYSE

Min dataanalyse i afhandlingen beror på kvalitativ indholdsanalyse (Krippendorff, 1980, Elo & Kyngäs, 2008). Nørby & Bjerrum (2021) forklarer, at en kvalitativ indholdsanalyse anvendes til at undersøge et problemfelt i dens kontekst med henblik på at beskrive og fortolke indholdet i et skriftligt materiale, så der kan gives forklaringer om feltet (Schreier; 2014). Formålet med indholdsanalyse er at tilvejebringe viden, ny indsigt, en repræsentation af fakta og en praktisk vejledning til handling (Krippendorff, 1980). Set med dette perspektiv er

indholdsanalyse et godt valg, da målet med denne afhandling er at komme frem til en dybere, mere nuanceret forståelse og forklaring af ledelse af Capacity Building med henblik på at udbygge, nuancere og kvalificere litteraturen om Capacity Building som en tilgang til ledelse i sundhedsvæsenet (Laursen og Thomassen, 2017; Degn og Thomassen, 2017; Anderson og Adams, 2019; Brix, 2021). Dette skyldes, at ledere i projekt Sikkert Patientflow flere gange har udtrykt, at der er sket en Capacity Building i projektet uden at være defineret.

Der er overordnet to tilgange til kvalitativ indholdsanalyse: en deduktiv tilgang og induktiv tilgang (Elo & Kyngäs, 2008; Nørby & Bjerrum, 2021). Den deduktive indholdsanalyse er karakteriseret ved at være teoristyret, hvilket vil sige, at der anvendes en på forhånd eksisterende teori til dataindsamling og analyse for på det grundlag at fremanalysere forklaringer på et givent problemfelt. Den valgte teori operationaliseres i kategorier, som styrer analysen af empirien. Induktiv indholdsanalyse er karakteriseret ved at være teorigenererende og anvendes til at skabe en dybere forståelse af og forklaringer på et givent problemfelt. I modsætning til deduktiv indholdsanalyse er empirien i induktiv indholdsanalyse styrende i fortolkningen, fordi meningsenheder fra empirien med samme betydning sammenfattes til kategorier, som ikke er fastlagte på forhånd (Elo & Kyngäs, 2008; Nørby & Bjerrum, 2021). Disse tilgange understøtter casestudie-logikken ved enten at være teoritestende eller teoribyggende (Colquitt & Zapata-Phelan, 2007).

Kvalitativ indholdsanalyse har en styrke i, at analysens validitet og pålidelighed er en integreret del af den analytiske proces, idet

modtageren skal kunne vurdere tekstsider på baggrund af en transparent præsentation af analysen. Der stilles ikke til krav, hvilke slags data og metoder der anvendes (Nørby & Bjerrum, 2021).

4.5.1. ANALYSE AF KVALITATIVE DATA

Som tidligere nævnt inddrager afhandlingen data i studie 2, 3 og 4. I disse tre studier er alt empirisk materiale (interviewmateriale) transskriberet og kodet i NVivo. Hvert studie har sin egen analyseproces, som kort rides op her:

Studie 2 & artiklen ”Hvilke ledelsesmæssige evner kan fremme skabelse af Capacity Building i organisationer?” (Antonsen & Brix, 2022) starter med en lukket kodning af interviewene, idet den deduktive tilgang som udgangspunkt tester teori med empiriske data for at bekræfte eller afkræfte forklaringer (Kyngäs & Vanhanen 1999; Elo & Kyngäs, 2008; Brinkmann & Tanggaard, 2015). Dette baseres på, at jeg tester min udarbejdede syntese, som er præsenteres i kapitel 2 om ledelse af Capacity Building. Efter analysen vurderer jeg, at interviewene præsenterer andre ledelselementer, som ikke er præsenteret eller fremkommet i min lukkede kodning (Elo & Kyngäs, 2008). Derfor foretager jeg en åben kodning af data, således at særlige tilfælde observeres og kombineres til en større helhed eller et generelt udsagn (Elo & Kyngäs, 2008; Brinkmann & Tanggaard, 2015).

Et eksempel, som ikke kommer til udtryk i den lukkede kodning, men i den induktive analyse, er ledelsens evne til at have indsigt i det store

'why', som ligger ud over ens eget ledelsesområde. Dette bliver en tilskrivning til den syntese, som er udarbejdet til studiet. Et eksempel på kodningen ses i tabel I, som er gentrykt fra artiklen (Antonsen & Brix, 2022).

Tabel I: Et eksempel på kodningen, som fremgår i artikel 2:

Ledelse af Capacity Building	Udpluk af citater	Empirisk konsolidering	Mekanismer
<p>Lederen evner at indgå i et samarbejde med andre. Lederen evner at inddrage medarbejderne og aktivere deres ressourcer idet de har forskellige udgangspunkt, position, kompetencer, sociale og kulturelle muligheder (Degn & Thomasen, 2017; Ku & Yuen-Tang, 2013; Jensen & Krogstrup, 2017).</p>	<p><i>"Man har fået øjnene op for hinandens udfordringer og har større forståelse... det har gjort, at vi har et godt samarbejde mellem vores samarbejdsafdelinger".</i></p> <p><i>"Så er jeg sikker på, at den metodik der ligger i Sikkert Patientflow... Det har været med til at bedre samarbejdet."</i></p> <p><i>"På tværs, så synes jeg, at vi har fået et helt nødvendigt samarbejde med de afdelinger, man har forløb sammen med... Vi kan ikke noget, medmindre vi samarbejder omkring vores patientforløb".</i></p>	<p>Har en aktie.</p> <p>Fælles metodik.</p> <p>Faglighed.</p> <p>Hinandens forudsætning.</p> <p>Forståelse og indsigt.</p> <p>Fælles bidrag.</p> <p>Fælles ansvar.</p> <p>Finde løsninger sammen.</p>	<p>Forståelse.</p> <p>Engagement.</p> <p>Involvering.</p> <p>Fælles om opgaven.</p> <p>Hinandens forudsætninger.</p> <p>Samspil.</p> <p>Involvering.</p>

Kilde: Gentrykt fra Antonsen & Brix, 2022, s. 175-176.

Studie 3 og artiklen "Hvordan kan ledere skabe rammerne for Capacity Building i deres organisationer?" Et studie fra hospitalsvæsenet" (Antonsen, 2022a, accepteret og under publicering) har kun været

foretaget med en deduktiv tilgang, idet studiet foretager en undersøgelse af forskningsresultaterne fra studie 2 og den udarbejdede syntese om ledelse af Capacity Building. Formålet er at gøre mine fund mere robuste og kvalificere dem fra flere informanter for at bekræfte eller afkræfte forklaringer (Kyngas & Vanhanen 1999; Elo & Kyngäs, 2008; Brinkmann & Tanggaard, 2015). Et eksempel på kodningen ses i tabel J, som er gentrykt fra artiklen (Antonsen, 202xa, under publicering).

Tabel J: Et eksempel på kodningen, som fremgår i artikel 3:

Komponent	Kort beskrivelse af komponent	Udpluk af citater-reduceret ift. de præsenterede citater i artiklen	Udpluk af empirisk konsolidering
Fjerne sten på vejen.	Fjerne hæmmende bureaukratiske og organisatoriske barrierer både opad til i systemet og nedadtil (Brix, 2021).	<p><i>"Der er noget, der er muligt at fjerne. Rammestyring er en barriere, som ikke kan fjernes (1)".</i></p> <p><i>"Jeg tænker, at der er noget læring i at blive guidet til selv at fjerne de barriere- og forhindringer, man møder (7)".</i></p> <p><i>"At fjerne sten, er vel lige så meget at fjerne uhensigtsmæssigheder, forhindringer, problemer (6)".</i></p>	<p>Fjerne sten på vejen er et metaforisk begreb.</p> <p>Som medarbejder på alle niveauer har man selv et ansvar for at fjerne barriere og uhensigtsmæssigheder (i første omgang).</p> <p>Der er rammer og vilkår, som ikke kan fjernes.</p>

Kilde: Gentrykt fra Antonsen, 202xa, s. 9 (under publicering).

Studie 4 og artiklen "Which leadership skills promote Capacity Building across five Danish hospitals?" (Antonsen, 20xxb, i review) har

kun været med en deduktiv tilgang, idet jeg har benyttet den udarbejdede syntese om ledelse af Capacity Building fra studie 2 og 3 til at identificere nuancer, tilskrivninger eller kritik, når der ses på ledelsesevner på tværs af hospitalerne (Kyngas & Vanhanen 1999; Elo & Kyngäs, 2008; Brinkmann & Tanggaard, 2015). Et eksempel på kodningen ses i tabel K, som er gentrykt fra artiklen (Antonsen, 202xb, i review).

Tabel K: Et eksempel på kodningen, som fremgår i artikel 4 (oversat til dansk):

Komponent	Empiriske citater udpluk <i>reduceret ift. de præsenterede citater i artiklen</i>	Konsolidering	Mulige mekanismer
Sætte mål og nye mål.	<p><i>"Med den regionale kapacitetskonference handler det hele tiden om at kunne løfte sig op i helikopteren og sige, hvad er bedst for os regionalt, og hvordan samarbejder vi bedst regionalt... hvor det ikke handler om optimering af et enkelt hospital" (1).</i></p> <p><i>"Fælles sprog, fælles forståelse. Man er fælles om opgaven, og man egentlig bekender sig til nogle ting, man gerne vil arbejde med" (19).</i></p>	<p>Et fælles mål om samarbejdet.</p> <p>Bidrager med egen viden – skabe ny værdifuld viden.</p> <p>Fælles forståelse for hinanden.</p> <p>Fælles sprog.</p> <p>Fælles om opgaven.</p> <p>Forbedring– fælles kollektive løsninger.</p> <p>En del af en større organisation.</p>	<p>Commitment.</p> <p>En del af noget større.</p> <p>Dedikation.</p> <p>Ansvar.</p> <p>Vilje.</p> <p>Tillid.</p> <p>Selvindsigt.</p> <p>Spille hinanden gode.</p>

Kilde: Gentrykt fra Antonsen 202xb, s. 9 (i review).

I ovenstående og i de tre artikler, som præsenterer studierne, har jeg har tilstræbt at beskrive de analyserende processer så detaljeret som muligt

for at være transparent og dernæst rapporteret resultaterne af analysen via tabeller (Elo & Kyngäs, 2008; Nørby & Bjerrum, 2021).

4.5.2 REFLEKSION OVER DATAANALYSEN

I forhold til mine dataanalyser har jeg løbende præsenteret mit arbejde som 'work in progress' for metodemæssigt at reducere bias (Kvale, 1997, 2007; Kvale & Brinkmann, 2015). Dette er sket over tiden både via ph.d.-kurser, seminarer og møder med min forskergruppe på instituttet og for mit team af vejledere. Jeg har også præsenteret mit arbejde i praksisfora i hospitals- og sundhedsvæsenet, på tre forskningsophold ved Norwegian Business School samt ved den regionale projektgruppe og i lokale styregrupper i projekt Sikkert Patientflow. Det primære fokus har været at kvalificere, konsolidere og styrke mine resultater; dette for at modarbejde kritik ift. 'cherry picking' og 'egne bias'.

4.6. MIN ROLLE SOM FORSKER I EGEN PRAKSIS

I mit nuværende ph.d.-projekt er jeg både forsker ind i projekt Sikkert Patientflow, men ligeledes ansat og tilknyttet Aarhus Universitetshospital og projekt Sikkert Patientflow én dag ugentligt, hvor jeg deltager i mødefora både lokalt og på regionalt niveau om projektets udvikling. Dette kan kaldes forsker i egen praksis (Kristiansen & Krogstrup, 2015; Langley & Abdallah 2011). Min store interesse er, at jeg med min forskning gerne vil understøtte praksis med

opbygning af forandringskapacitet i egen organisation (Rohwedder, et.al., 2021).

Jeg ser det som en styrke, at jeg er forsker i egen praksis, da det giver mig mulighed for adgang til praksis på en lettilgængelig måde, som kan være vanskeligt tilgængeligt for udefrakommende. Denne adgang kan åbne for en dybdegående viden og erfaring fra både etablerede relationer, men også øvrige sundhedsprofessionelle og ledere (Kristiansen & Krogstrup, 2015). Samtidig giver denne adgang mig mulighed for at påvirke praksis gennem den forskning, der gennemføres.

Denne tæthed med praksis er også forbundet med dilemmaer knyttet til min forskning - herunder min egen selvforståelse, men ligeledes at holde både en distance til forskningsfeltet samtidig med kontekstbetingelsen om, at jeg er ansat på Aarhus Universitetshospital.

Med det afsæt har jeg i forløbet haft nogle opmærksomhedspunkter, som jeg kort vil ridse op:

1. *Forblive objektiv:*

Jeg har en arbejdsrelation til de fleste informanter og de ledere og sundhedsprofessionelle, som er repræsenteret i de forskellige mødefora grundet min mangeårige tilknytning til projektet. I positiv forstand kan det medføre, at jeg får mere viden, indsigt og information, men jeg skal være opmærksom på min objektivitet i forhold til forskningsfeltet. (Kristiansen & Krogstrup, 2015; Chouinard & Cousins 2021). Jeg kan ligeledes

blive 'farvet' af informanternes svar og mine egne observationer qua min store indsigt og forforståelse til projekt Sikkert Patientflow (Kristiansen & Krogstrup, 2016; Juul & Pedersen 2012; Brinkmann og Tanggaard 2015).

2. *Min tilstedeværelse*

Jeg overværer kun dele af mødefora, aktiviteter mv. i projekt Sikkert Patientflow, som gør, at jeg får brudstykker af det samlede hele. Dernæst kan min tilstedeværelse bevirke, at jeg skaber en ubevidst påvirkning (Frederiksen & Kringelum, 2021; Juul & Pedersen 2012), hvor personlige motiver og synspunkter kan komme til udtryk, som kan påvirke min dataindsamling positivt eller negativt (Kvale, 2007; Kvale og Brinkmann 2015).

3. *Sprog*

Grundet mine mangeårig deltagelse i projekt Sikkert Patientflow er der udviklet en begrebsramme og en fælles forståelse blandt flere informanter og jeg, som kan bevirke, at dele ikke bliver sagt tydeligt (Kristiansen & Krogstrup, 2015). Dette kan bevirke, at jeg fejltolker på det sagte, da jeg ikke får spurgt om en uddybelse eller en konkretisering af, hvad der reelt menes.

4. *Validering*

Som nævnt i afsnit 4.5.2. har jeg løbende præsenteret mit arbejde som 'work in progress' for bla. fagfæller og kollegaer på Aalborg Universitet og Aarhus Universitetshospital. Dette med henblik på en gyldighed af anvendt metode til at indsamle, bearbejde og analysere data (Kristiansen & Krogstrup, 2015; Kvale og Brinkmann 2015), samt dialog om mine egne fortolkninger af observationer og interviews (ibid.).

Endvidere har jeg haft som forsker i egen praksis haft en særlig opmærksomhed på anonymiseringen af informanterne, idet der kan være citater, som kan genkendes af andre, der er en del af projekt Sikkert Patientflow grundet sproget og den måde, informanterne udtaler sig på. Jeg har på den baggrund prøvet at finde citater, hvor sproget ikke er genkendeligt.

KAPITEL 5.

AFHANDLINGENS ARTIKLER OG BIDRAG TIL TEORI OG PRAKSIS

Kapitel 5 består af afhandlingens artikler og bidrag i forhold til teori og praksis. Som tidligere skrevet baserer afhandlingen sig på fire artikler, som hver især eksplicit relaterer sig til et af mine fire underspørgsmål med henblik på at kunne besvare mit overordnede forskningsspørgsmål. Artiklerne er skrevet over en periode fra 2021-2023. I de følgende afsnit vil jeg præsentere et kort resume af hver artikel og herefter artiklernes samlede bidrage af ny viden til forskningsområdet; herunder teori og praksis. Nedenfor ses en referenceliste over de artikler, som afhandlingen består af, samt hvor de er udgivet og/eller indsendt til fagfællebedømmelse.

Artikel 1: Brix, J. & Antonsen, C.E. (2022). Hvordan skabes public value i praksis? Om capacity building som ledelsestilgang i offentlige organisationer. *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development*, Årgang 1, nr. 1 (open access). <https://doi.org/10.18261/njwel.1.1.4>

Artikel 2: Antonsen, C. E. & Brix, J. (2022). Hvilke ledelsesmæssige evner kan fremme skabelse af Capacity Building i organisationer? *Samfundslederskab i Skandinavien*, Årgang 37, Nummer 4, 2022, s. 164-196 (open access). <https://doi.org/10.22439/sis.v37i4.6693>

Artikel 3: **Antonsen, C.E.** (202xa). Hvordan kan ledere skabe rammerne for Capacity Building i deres organisationer? Et studie fra sundhedsvæsenet. *Samfundslederskab i Skandinavien* (accepteret og under publicering).

Artikel 4: **Antonsen, C.E.** (202xb). Which leadership skills promote Capacity Building across five Danish hospitals? *BMJ Leader* (in review, manuskript ID: leader-2023-000910).

5.1. KORT RESUME AF HVER ARTIKEL

Artikel 1: Hvordan skabes public value i praksis? Om capacity building som ledelsestilgang i offentlige organisationer (Brix & Antonsen, 2022).

Formålet med artiklen er at argumenterer for, at teorien om Capacity Building kan repræsentere en ledelsesmæssig tilgang til og et fundament for at skabe public value i offentlige organisationer. For at muliggøre denne kobling udarbejder jeg med medforfatter artikel 1 som et konceptuel bidrag, hvorved empiri ikke indgår ikke empiri. Jeg argumenterer for, at teorierne om public value og Capacity Building komplementerer hinanden, og der er flere lighedstræk mellem dem. I artiklen konkluderer jeg, at Capacity Building teorien har et stærkere ledelsesmæssigt fundament fra et organisatoriskinternt perspektiv end public value-teorien (Try & Radnor, 2007), idet public value-teorien fokuserer på de krav og forventningerne der er til offentlige ledere for at skabe public value, mens der ikke er et fokus på hvordan (Nabatchi,

2018). I dette perspektiv vil Capacity Building-teorien ledelsesmæssigt kunne bidrage med at skabe de organisatoriske rammer og strukturer for at gode initiativer kan komme i spil og resultater kan opnås (Ku & Yuen-Tsang, 2013, Brix, 2021; van der Valle, 2015; Nabatchi, 2008).

Artikel 2: Hvilke ledelsesmæssige evner kan fremme skabelse af Capacity Building i organisationer? (Antonsen & Brix, 2022).

Formålet med artiklen er at bygge videre på det konceptuelle bidrag i artikel 1 og undersøge, hvilke evner (tænkning og handling) en leder bør besidde for at opbygge Capacity Building i deres organisation. I artiklen anvender jeg det kvalitative datamateriale, som blev beskrevet i kapitel 4. I denne artikel bliver feltnoter også anvendt mere direkte som empirisk grundlag. I artiklen introducerer jeg en syntese af eksisterende litteratur om ledelse af Capacity Building, som består af 8 teoretiske ledelseskompotenter (tabel C i kapitel 2). I artiklen identificerer jeg desuden to empiriske komponentbidrag, som jeg tilskriver de 8 teoretiske ledelseskompotenter fra litteraturen (Colquitt & Zapata-Phelan, 2007). Disse to komponenter er henholdsvis *'det store billede'* og *'opmærksom på resultater'*. På baggrund af komponenterne introducerer jeg i artiklen en teoretisk model for hvilke ledelsesmæssige evner der fremmer skabelse af Capacity Building på individ og organisatoriske niveau, hvor jeg slutteligt konkluderer, at det som binder lederskabet sammen på individ og organisatorisk niveau er mekanismer, som er vigtige at have fokus på, idet de siger noget om,

hvorpå tænkning og handling kommer i spil i praksis (Farazman, 2004; Stringer, 2013; Laursen & Thomassen, 2017).

Artikel 3: Hvordan kan ledere skabe rammerne for Capacity Building i deres organisationer? Et studie fra sundhedsvæsenet (Antonsen, 2020a, accepteret og under publicering).

Formålet med artiklen er at undersøge og videreudvikle de fund og bidrag, som jeg præsenterer i artikel 2 via en konvergent valideringsproces af de 10 udviklede teoretisk og empirisk ledelseskomponenter i syntesen om ledelse af Capacity Building. Denne validering skal bidrage til et mere robust vidensgrundlag om Capacity Building som ledelsestilgang. I artiklen anvender jeg det kvalitative datamateriale, som blev beskrevet i det forrige kapitel 4.

I artiklen konkluderes der, at alle 10 ledelseskomponenter vurderes relevante af informanterne. Dog viser studiet, at der er implikationer der direkte påvirker 5 af de 10 komponenter med rettelser, nuancering og tilskrivninger. Dette bidrag vurderes ikke til at udgør store principielle ændringer til nuværende viden om ledelse af Capacity Building fra artikel 2, men der imod vigtige nuancer og perspektiver på konkrete evner. I artiklen introducerer jeg desuden til et metodeværktøj, som kan anvendes i praksis til en systematisk og kontinuerlig dialog, feedforward eller feedback mellem ledere, sundhedsprofessionelle samt ledere og sundhedsprofessionelle med afsæt i fx projekt Sikkert Patientflow (Davy & Ågård, 2017; Baker, 2013). Dette empiriske fund er en væsentlig evne, som en leder bør kunne varetage, og derved kan

behandles som en ledelseskomponent i syntesen om ledelse af Capacity Building.

Artikel 4: Which leadership skills promote capacity building across five Danish hospitals? (Antonsen, 202xb, i review, manuskript ID: leader-2023-000910).

Formålet med artiklen er at undersøge, hvilke evner (tænkning og handling) en leder bør besidde for at opbygge Capacity Building på tværs af hospitaler med afsæt i syntese om ledelse af Capacity Building i artikel 2 & 3. I artiklen anvender jeg det kvalitative datamateriale, som blev beskrevet i det forrige kapitel 4. I artiklen introducerer jeg en operationalisering af ledelse af Capacity Building samt en programteori omhandlende den teoretiske viden om Capacity Building som ledelsestilgang. Artiklen præsenterer mindre nuancer, rettelser og tilskrivninger til de allerede udviklede teoretiske ledelsesevner, som bør være til stede i samarbejdet internt på hospitalerne, hvorved jeg udarbejdet en syntese over, hvad der kendetegner ledelse af Capacity Building på tværs af hospitaler på baggrund af empiri og teori.

I de følgende afsnit vil jeg udfolde og argumentere for, hvorfor jeg mener, denne afhandling samlet set har bidraget til udvikling af teori om Capacity Building med fokus på ledelse i hospitalsverdenen og en mere nuanceret forståelse af lederroller i hospitaler.

- For det første mener jeg, at artiklerne har bidraget til en operationalisering af fænomenet ledelse af Capacity Building ind i en hospitalskontekst.
- For det andet har artiklerne bidraget med en tilvækst i teorien om ledelse af Capacity Building gennem udvikling af en syntese om ledelsesevner, der præsenteres som i alt 11 komponenter, og jeg har udviklet en model, som illustrerer syntesen (Artikel 2, figur 2, side 191).
- For det tredje bidrager jeg med et metodeværktøj, som kan bruges i praksis til både dialog, feedback og feedforward med henblik på at arbejde capacity buildende i praksis (artikel 3). Metodeværktøjet tænkes relevant for dialog eksempelvis i relationer mellem ledere samt i relationer mellem leder og sundhedsprofessionelle. Formålet med dialogen, hvor metodeværktøjet kan finde anvendelse, er eksempelvis refleksion, evaluering og forbedring af praksis.
- For det fjerde bidrager artikel 4 med en programteori, som en form for opsamlende karakter til både teori og praksis.

Disse fire bidrag udfoldes i de følgende afsnit. I kapitlets afslutning reflekterer jeg over begrænsningerne ved disse bidrag, hvor jeg peger i retning af behovet for mere forskning på området.

5.2. OPERATIONALISERING AF FÆNOMENET LEDELSE AF CAPACITY BUILDING I HOSPITALSVÆSENET

Som indledningsvis i kapitel 1 og i mine artikler præsenterede jeg, at Capacity Building er en nyere teoriretning inden for organisatorisk læring (Laursen & Thomassen, 2017). Afhandlingen har tidligere redegjort for, at der ikke eksisterer meget litteratur og ej heller mange empiriske studier om, hvordan Capacity Building kan skabes og ledelse i praksis på hospitaler. Med det afsæt har jeg i denne afhandling bidraget med en operationalisering af ledelse af Capacity Building og oversat det ind i en hospitalsvæsens-kontekst; dette ved anvendelse af både konceptuel forskning og empirisk forskning. I dette arbejde har mit videnskabsteoretiske ståsted i den kritiske realisme været en styrke for afhandlingen, da dette grundlag finder det naturligt og til tider nødvendigt, at forskeren selv udvikler synteser fra flere teoriretninger for at kunne forstå og fortolke komplekse problemstillinger (Kringelum & Brix, 2020).

Gennem den konceptuelle forskning i artikel 1 argumenterer jeg for – og konkluderer, at Capacity Building for det første kan anvendes som et relevant ledelsesmæssigt fundament til at skabe de organisatoriske rammer, strukturer og processer, så gode initiativer kan komme i spil, og så resultater kan opnås (Ku & Yuen-Tsang, 2013, Brix, 2021; van der Wal, et.al., 2015; Nabatchi, 2018; Try & Radnor, 2007). For det andet at Capacity Building som teoretisk fundament kan bidrage med at give handlingsanvisninger til, hvordan public value kan skabes i

praksis, når der tages afsæt i offentlige organisationer - herunder hospitalsvæsenet (Moore,1995; Colon & Guérin-Schneider, 2015; Nabatchi, 2018).

Gennem den empiriske forskning bidrager jeg med en case, Sikkert Patientflow, som, jeg vurderer og argumenterer for, kan kvalificeres som Capacity Building, idet der er en stærk kobling mellem det teoretiske afsæt om Capacity Building og den praksis, som der foregår i projektet (jf. kapitel 4). Gennem anvendelse af denne case i artiklerne 2, 3 og 4 nuancerer og udvider jeg det teoretiske grundlag om ledelse af Capacity Building ud fra et empirisk perspektiv (Colquitt & Zapata-Phelan, 2007).

På baggrund af den konceptuelle og empiriske forskning, jeg har begået, præsenterer jeg herunder min operationalisering af fænomenet *ledelse af Capacity Building*, som vurderes at bidrage til eksisterende teori om Capacity Building (bl.a. Ku & Yuen-Tsang, 2013; Anderson & Adams, 2019; Jensen & Krogstrup, 2017; Brix, 2021). Denne operationalisering er gengivet fra artiklen: “Which leadership skills promote Capacity Building across five Danish hospitals?” (Antonsen, 202xb, i review).

Operationaliseringen lyder (oversat til dansk):

Ledelse af Capacity Building handler om at skabe rammer og strukturer på en sådan måde, at ledere i samspil med medarbejdere og samarbejdspartnere bliver i stand til at sætte meningsfulde mål, skabe virkningsfulde

aktiviteter, som bidrager til bæredygtige løsninger samt at reflektere og evaluere disse, så nye mål kan sættes og opnås (Antonsen, 202xb, s. 5).

5.3. UDVIKLING AF SYNTSE FOR LEDELSE AF CAPACITY BUILDING

I afhandlingen bidrager jeg med ny viden om de 11 ledelseskompener (evner) til den begrænsede eksisterende viden om ledelse af Capacity Building. Disse ledelseskompener samler jeg i en syntese, som repræsenterer en capacity buildende tilgang til ledelse. Syntesen bliver udviklet på baggrund af den litteratur om Capacity Building, som jeg finder fra forskellige forskningsfelter, hvor der ikke er et specifikt sundheds- og hospitalsfokus. For at jeg kan få denne logiske konsistens af teorien, har jeg 'stykket syntesens komponenter sammen' ved at bringe flere forskere i samspil, hvor jeg nuancerer deres bidrag til de enkelte komponenter og den samlede syntese. Som nævnt ovenfor er denne tilgang i fuld overensstemmelse med mit videnskabsteoretiske ståsted, idet kritisk realisme tillader og legitimerer, at empiriske fænomener ofte ikke lader sig forklare uddybende fra ét teoretisk perspektiv, men at der kan findes væsentlige nuancer ved at anlægge en teoretisk pluralisme (Kringelum & Brix, 2020; Frederiksen & Kringelum, 2021).

Syntesen om ledelse af Capacity Building er udviklet i progression med artiklerne 2, 3 og 4. I artikel 2 identificerer jeg i litteraturen otte

teoretiske komponenter og finder i empirien to komponenter, der tilsammen udgør 10 evner (tænkning og handling), som bør være tilstede i lederens selvlederskab og organisatoriske lederskab på det enkelte hospital.

I artikel 3 styrkes syntesen med de 10 ledelseskomponenter, og en uventet, men fordelagtig sideeffekt ved studiet, er, at et 11. komponent tilskrives, samt at jeg i dette arbejde med at kvalificere syntesen udvikler et metodeværktøj til netop denne komponent (dette udfoldes i afsnit 5.4).

I artikel 4 undersøger jeg ledelseskomponenterne på tværs af hospitaler. Her ønsker jeg at tydeliggøre, at artiklerne 3 og 4 har været under udarbejdelse parallelt, og at indsendelse til fagfællebedømmelse har gjort, at præmisserne for det teoretiske grundlag for begge artikler har været baseret på syntesen i artikel 2. Det betyder, at da jeg identificerer det 11. komponent i artikel 3, er jeg færdig med dataindsamling til artikel 4 og har dermed ikke mulighed for tidsmæssigt at belyse det 11. komponent (dialog og feedback) i min analyse og diskussion i artikel 4. Dette er en af ulemperne ved at basere afhandlingen på artikel-formatet og ikke monografi-formatet.

Det samlede bidrag for afhandlingen er *en syntese af ledelse af Capacity Building*, som foregår på to niveauer - et internt hospitalsniveau og et niveau på tværs af hospitalerne - hvor min forskning i forbindelse med artikel 4 indikerer, at ledelseskomponenterne stort set er ens med enkelte få nuancer. Primært er nuancerne, om samarbejdet *er internt* på hospitalet i samarbejde med sundhedsprofessionelle, eller om

samarbejdet er *eksternt rettet* mellem hospitaler i samarbejde med samarbejdspartnere. Kort sagt viser casen, at ledelseskomponenterne er de samme, men rettes mod andre personer på andre hospitaler. Den største forskel her er, at lederen på et hospital ikke direkte har indflydelse på beslutninger, aktiviteter, osv. på de hospitaler, hvor samarbejdet går på tværs. Endvidere viser jeg, at arbejdet med at skabe og vedligeholde relationer lederne imellem på tværs af hospitalerne er vigtigt for, at Capacity Building kan virke.

Min syntese tager operationaliseringen ovenfor et skridt videre, da syntesen bidrager med ny viden om de evner (tænkning og handling), som ledere bør have for at skabe rammer for, at Capacity Building kan finde sted på hospitaler. Syntesen bidrager med konkret viden om, hvordan ledere skal evne at tilgå Capacity Building både i teori og praksis. Dette internt på hospitaler og på tværs af hospitaler. I tabel L præsenteres den samlede syntese om ledelse af Capacity Building på hospitaler. Denne syntese baserer sig på artiklerne ”Hvordan kan ledere skabe rammerne for Capacity Building i deres organisationer? (Antonsen, 22xxa, under publicering) samt ” Which leadership skills promote Capacity Building across five Danish hospitals? (Antonsen, 202xb, i review).

Tabel L: Ledelse af Capacity Building

Teoretiske ledelseskompont	Ledelses af Capacity Building i det enkelte hospital	Ledelses af Capacity Building på tværs af hospitaler
Sætte mål og nye mål	Lederen evner at sætte mål i samarbejdet med medarbejdere ved at identificere et udviklingsbehov i en given kontekst. Når disse mål er opnået, sættes der nye mål med afsæt i samme kontekst. Der er en evne til løbende forbedringer (Jensen & Krogstrup, 2017; Ku & Yuen-Tsang, 2013).	Lederen evner at sætte fælles mål i samarbejde med samarbejdspartnere, som skaber værdi for egen organisation og andre. Der er fokus på forbedring og kollektive løsninger (Ku & Yuen-Tsang, 2013; Fullan, 2006; Anand et al., 2020; Krogstrup & Brix, 2019).
Kompetencefornyelse og udvikling	Lederen evner at understøtte medarbejderne i at opbygge færdigheder og viden ved behov. Dette med henblik på at medarbejderen mobiliserer og føler sig kompetent i opgaveløsningen, så udviklingsmål kan opnås. Der er et selvansvar blandt den enkelte medarbejdere om at opbygge en viden og sikre en selvudvikling af egne kompetencer. (Anderson & Adams, 2019; Jensen & Krogstrup, 2017).	Lederen evner at opbygge færdigheder og viden i samarbejde med samarbejdspartnere. Dette med henblik på at mobiliserer og føler sig kompetent i opgaveløsningen, så udviklingsmål kan opnås. Der er et selvansvar blandt den enkelte om at opbygge en viden og sikre en selvudvikling af egne kompetencer. (Anderson & Adams, 2019; Jensen & Krogstrup, 2017).
Fjerne barriere og uhensigtsmæssigheder	Lederen evner at fjerne hæmmende bureaukratiske og organisatoriske barrierer, såfremt medarbejderen ikke selv kan løse udfordringen, med henblik på at medarbejderne kan præstere bedst muligt. Lederens ansvar er at 'fjerne eller eliminere' barriere og uhensigtsmæssigheder, både opad til i systemet og nedadtil, hvis der er behov (Brix, 2021).	Lederen evner at løse og håndtere organisatoriske konflikter og barriere i samarbejde med samarbejdspartnere, således hospitalerne kan præsentere bedst muligt i forhold til at sikre patientsikkerhed (Mandell & Keast, 2008).
Skabe mening og forståelse	Lederen evner at skabe en positiv selvforståelse hos medarbejderne ved at formidle	Lederen evner at dele viden, dele data og informationer samt have fælles dialog og

	<p>fortællinger med henblik på, at omforme medarbejdernes forståelse af organisationen opgaver og medarbejdernes bidrag. Lederen evner at knytte mange meningsstrukturer i spil med henblik på at få fælles retning. Lederen evner at have en kritisk forståelse for organisationen og dennes omgivelser med henblik på at bringe det videre i fortællingen (Degn & Thomasen, 2017).</p>	<p>kommunikation i samarbejde med samarbejdspartnere. Dette med henblik på at skabe meningsstrukturer, fælles retning og fælles fortælling (Mandell & Keast, 2008; Krogstrup & Brix, 2019; Dyer et al., 2018; Degn & Thomassen, 2017).</p>
<p>Oversætte koncept til eget brug</p>	<p>Lederen evner at kunne oversætte konceptet i dialogen med medarbejderne og formidle den store fortælling, med henblik på, at medarbejderne kan se sig selv som med-skabere af organisationen (Degn & Thomasen, 2017).</p>	<p>Lederen evner at bidrage med relevant viden og omsætte ny viden til bedre praksis lokalt og på tværs af hospitaler i samarbejde med samarbejdspartnere. Dertil samtidig at tilpasse lokale rutiner og arbejds gange med henblik på at organisationen og dens medarbejdere arbejder efter fælles mål (Degn & Thomassen, 2017; Jensen & Krogstrup, 2017).</p>
<p>Reflektere og evaluere</p>	<p>Lederen evner at reflektere og evaluere med henblik på kontinuerligt at følge op på målopfyldelse og sætte nye mål i samarbejde med medarbejdere og i forhold til egen rolle. (Krogstrup & Mortensen, 2021).</p>	<p>Lederen evner at reflektere og evaluere i samarbejde med samarbejdspartnere med henblik på kontinuerligt at følge op på målopfyldelse og sætte nye mål (Krogstrup & Mortensen, 2021; Krogstrup & Brix, 2019).</p>
<p>Samarbejde herunder inddragelse og rette ressourcer</p>	<p>Lederen evner at indgå i et samarbejde med andre. Lederen evner at inddrage medarbejderne og aktivere deres ressourcer, idet de har forskellige udgangspunkt, position, kompetencer, sociale og kulturelle muligheder (Degn & Thomasen, 2017; Ku & Yuen-Tsang, 2013; Jensen & Krogstrup, 2017).</p>	<p>Lederen evner at definerer hvad der skal gøre, hvem der skal gøre hvad, og hvilke ressourcer allokering, der skal tilføres og af hvem i samarbejde med samarbejdspartnere (Mandell & Keast, 2008; Anand et al., 2020; Degn & Thomassen, 2017; Jensen & Krogstrup, 2017).</p>
<p>Relationer</p>	<p>Lederen evner at indgå i relationer med andre, som bygger på udvikling, opdyrkning og opretholdelse af tillid, som består af respekt, personlig omsorg, personlig</p>	<p>Lederen evner at indgå i et struktureret samarbejde med samarbejdspartnere. Dette bygger på fælles sprog, relationer, gensidig respekt, forståelse og tillid (Fullan, 2006; Mandell & Keast, 2008).</p>

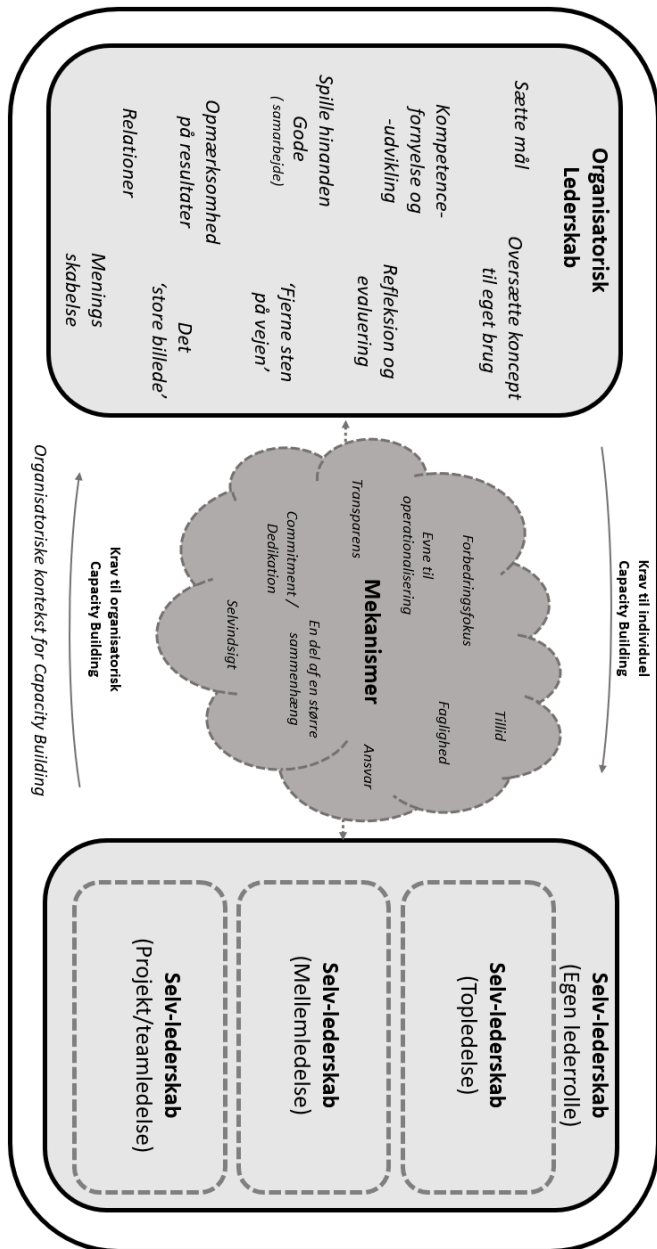
	integritet og faglige kompetencer (Davy & Ågård, 2017).	
Det store billede	Lederen evner at kunne se mål, indsatser og handlinger i et større perspektiv, som er ud over egen kontekst, ledelsesområde og muligvis organisation og samfund. Graden af udsyn (det store billede) afhænger af, hvilken rolle man har i organisationen, og hvilket hierarkisk funktion man varetager (Antonsen & Brix, 2022).	Lederen evner at kunne se mål, indsatser og handlinger i et større perspektiv, som er ud over egen kontekst, ledelsesområde og muligvis organisation og samfund. Graden af udsyn (det store billede) afhænger af, hvilken rolle man har i organisationen, og hvilket hierarkisk funktion man varetager (Antonsen & Brix, 2022).
Opmærksom på resultater	Lederen evner at understøtte organisationens målsætning, selvom det ikke har indflydelse på egen kontekst, men er for organisationens bedste. Med andre ord, at man evner at spille sine kolleger og samarbejdspartnere gode (Antonsen & Brix, 2022).	Lederen evner at understøtte organisationens målsætning, selvom det ikke har indflydelse på egen kontekst, men er for organisationens bedste. Med andre ord, at man evner at spille sine kolleger og samarbejdspartnere gode (Antonsen & Brix, 2022).
Dialog og feedback	Lederen evner at indgå i dialog med andre ledere og medarbejdere for at få, opsøge og give feedback og feedforward for at forbedre opgavevaretagelse til at realisere et udviklingsbehov (London & Smith, 2002; Brix, 2021; Davy & Ågård, 2017).	<i>Ej studeret.</i>

Kilde: Tilpasset fra Antonsen, 202xa (under publicering) & Antonsen, 202xb (i review og oversat til dansk)

5.4. MODEL FOR LEDELSE AF CAPACITY BUILDING

På baggrund af min syntese om ledelse af Capacity Building, som er præsenteret ovenfor, bidrager jeg yderligere i artikel 2 med en model (se figur C nedenfor). Modellen forsøger at illustrere, hvordan den enkelte leder kan omsætte de ledelsesmæssige evner til at arbejde på en capacity buildende måde samt de krav, der er til ledere, for at Capacity Building kan lykkes. Jeg henviser til artikel 2 for forklaring og gennemgang af modellens opbygning og logik. Dog ønsker jeg at fremhæve, at ledere i Capacity Building skal navigere i et selvlederskab (deres individuelle Capacity Building som ledere) og et organisatorisk lederskab (som består i at sætte rammer for at sundhedsprofessionelle og organisationen bliver capacity buildende). Endvidere fremhæver jeg også mekanismerne, der er på spil i ledelse af Capacity Building, der videnskabssteoretisk i den kritiske realisme er essentielle, da der ligger et konkret oversættelsesarbejde for ledere i at skabe aktiviteter, som sikrer, at eksempelvis 'tillid' bygges og/eller vedligeholdes. Logikken er jf. den kritiske realisme (Kringelum & Frederiksen, 2020), at den enkelte leder forventes at kunne omsætte mekanismerne til handling i eget ledelsesrum på en måde, som er meningsgivende og fremmende for, at organisationen og de sundhedsprofessionelle kan komme i mål med deres ambition.

Figur C: Model for ledelse af Capacity Building



Kilde: Gentrykt fra Antonsen & Brix, 2022, s. 191.

5.5. METODEVÆRKTØJ TIL PRAKSIS

I afhandlingen bidrager jeg med et metodeværktøj, der operationaliserer til praksis, hvordan dialogen kan foregå – eksempelvis i evalueringssøjmed – til de 10 ledelseskomponenter. Dette værktøj er skabt som konkret hjælp til den 11. komponent: dialog og feedback, jf. artikel 3. Metodeværktøjet fremgår i tabel M og fremgår i artiklen: ”Hvordan kan ledere skabe rammerne for Capacity Building i deres organisationer? Et studie fra hospitalsvæsenet (under publicering). Bidraget består for det første af et værktøj til en systematisk og kontinuerlig dialog, feedforward eller feedback mellem ledere, sundhedsprofessionelle samt ledere og sundhedsprofessionelle med henblik på at blive og være capacity buildende. Der forventes, at brugen af metodeværktøjet vil bidrage til, at der systematisk skabes en struktur for dialogen. Jeg vurderer, at metodeværktøjet vil kunne benyttes til at igangsætte dialogen aktørerne imellem og anvendes som praksisværktøj til at opbygge rutiner for evaluering i en travl hverdag. Pointen er, at eftersom metodeværktøjet understøtter en systematik og giver mulighed for en retrospektiv vurdering af processer, præstationer og effekter (Vedung 1998; 2009), vil anvendelsen af denne kunne lede til Capacity Building. Med henvisning til introduktionen af min afhandling kunne det være interessant at undersøge, om dette praksisbidrag kunne være et alternativ til at understøtte problematikken om, at sundhedsprofessionelle og ledere har svært ved at gennemføre alle trin i Forbedringsmodellen; særligt i forhold til refleksion og evaluering (Øvretveit & Gustafson, 2002; Braithwaite et.al., 2017;

Knudsen, et.al., 2019). Videnskabsteoretisk kan jeg med dette bidrag pege i retning af at skabe forbedringer i praksis som en del af min forskning, da forbedringsperspektivet er en fast del af den kritiske realisme (Bhaskar, 1975). Dette retfærdiggør og nødvendiggør måske også netop vigtigheden af dette bidrag som en del af afhandlingens fund. Begrænsningen for mit studie i forhold til dette har været, at jeg ikke har haft mandat til selv at implementere det og dermed vurdere forbedringspotentialen af værktøjet.

Tabel M: Metodeværktøj til en systematisk og kontinuerlig dialog, feedback el feedforward

Spørgsmål
<p>Sætte mål og nye mål I hvilken grad oplever du at blive involveret i at sætte mål, når der arbejdes med XXX?</p>
<p>Kompetenceudvikling og – fornyelse I hvilken grad oplever du at blive understøttet med færdigheder og viden, så du føler dig kompetent til opgaveløsningen i XXX?</p>
<p>Fjerne barriere og uhensigtsmæssigheder I hvilken grad oplever du, at når der er problemer at disse forhindringer og uhensigtsmæssigheder fjernes, så du kan udføre dine opgaver i XXX?</p>
<p>Skabe mening og forståelse I hvilken grad oplever du, at du kan bringe din mening i spil, og dine input er med til at skabe en fælles retning for XXX?</p>
<p>Oversætte konceptet til eget brug I hvilken grad oplever du at være en del af XXX og medskaber af resultater?</p>
<p>Reflektere og evaluere I hvilken grad oplever du at have mulighed for at tage del i refleksion og evaluering ift. XXXX og målopfyldelse?</p>
<p>Samarbejde herunder inddragelse og rette ressourcer I hvilken grad oplever du at blive aktiv inddraget i samarbejdet om XXX?</p>
<p>Relationer I hvilken grad oplever du at indgå i relationer, der bygger på tillid i XXX?</p>
<p>Det store billede I hvilken grad oplever du, at din egen indsats ind i XXXX har en større betydning for organisationen end din egen kontekst?</p>
<p>Opmærksom på resultatet I hvilken grad oplever du at spille andre gode i XXXX, selvom det ikke har indflydelse for dig og din egen kontekst?</p>

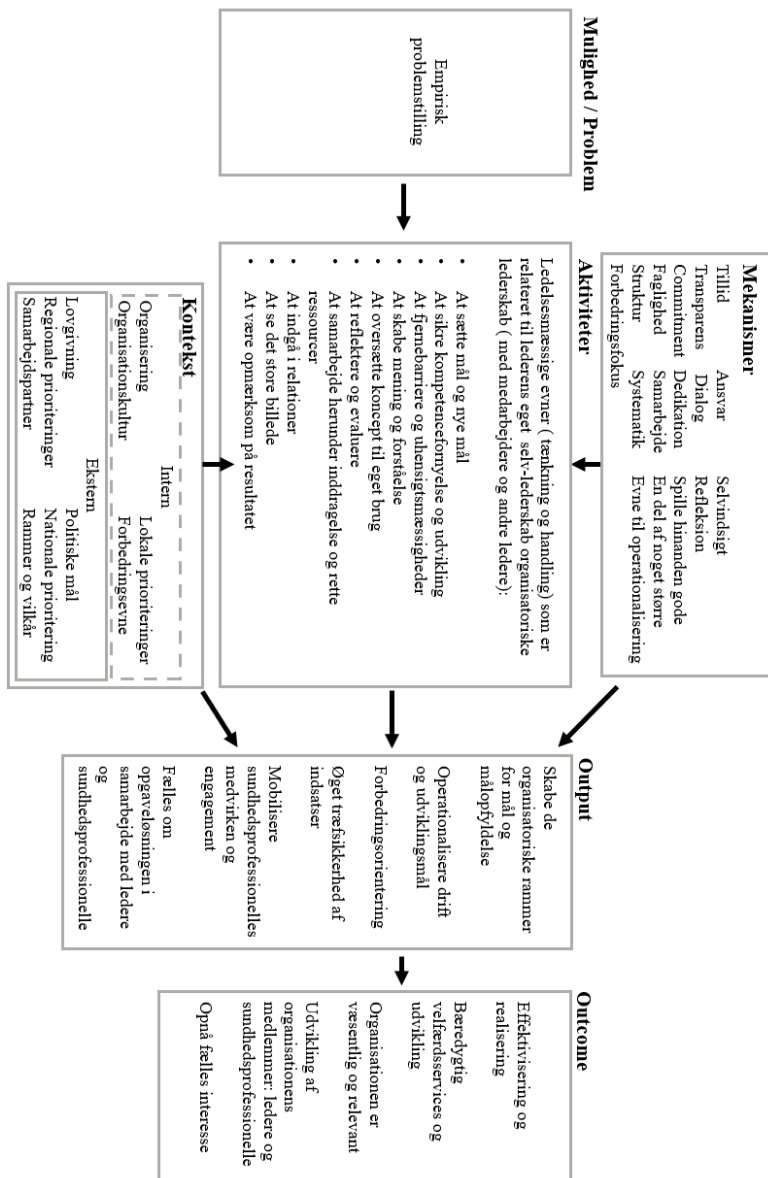
Kilde: Tilpasse fra Antonsen, 2020a, s. 24 (under publicering).

5.6. PROGRAMTEORI FOR LEDELSE AF CAPACITY BUILDING: BELYST MED PROJEKT SIKKERT PATIENTFLOW

Afhandlingens 4. væsentlige bidrag i forhold til ledelse af Capacity Building er en programteori, som jeg har udarbejdet på baggrund af mine fire artikler, figur D. Denne programteori præsenteres i artikel 4 som en teoretisk operationalisering af ledelse af Capacity Building. Min hensigt med at udvikle en programteori er jf. mit videnskabsteoretiske standpunkt i den kritiske realisme (kapitel 3) at samle trådene for mine fund ud fra en logisk tilgang. Programteorien fokuserer især jf. Pawson og Tilley (1997) på kontekst, mekanisme og output/outcome-konfigurationen, da denne måde at strukturere data og information på oprindeligt stammer fra den kritiske realisme (Krogstrup, 2016; Dahler-Larsen, 2018). Programteorien skal dermed ses som mit bud på en retroduktionsproces (Kringelum & Brix, 2020; Frederiksen & Kringelum, 2021).

Strukturen opdeles jf. figuren nedenfor i hhv. mekanismer, kontekst, aktiviteter (ledelsesevner), output og outcome samt problemstilling.

Figur D: Programteori for ledelse af Capacity Building i hospitalsvæsenet – med afsæt i Sikker Patientflow (oversat til dansk)



Kilde: Gentrykt fra Antonsen 202xb, s. 7 (i review).

Min programteori kan være et understøttende strukturretskab til at forstå kompleksiteten af ledelse af Capacity Building i hospitalsvæsenet og også til at dykke ned i specifikke elementer af ledelse af Capacity Building uden at miste overblikket.

I forhold til projekt Sikkert Patientflow er et eksempel på *kontekst*, at det enkelte hospital skal blive bedre til at forudsige indlæggelser og udskrivelser samt at tilpasse ressourcer, så der ikke opstår kø eller barrierer for patientens indlæggelsesforløb (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2013).

I forhold til *mekanismerne* i programteorien er de vigtige i forhold til de ledelsesmæssige evner (aktiviteter), da de skal 'trigges', for at en capacity buildende ledelsestilgang aktiveres. Et eksempel på en mekanisme i ledelse af Capacity Building er 'en del af noget større'. Den væsentligste forskel på eksempelvis aktiviteter (ledelsesevner) og mekanismer er, at aktiviteter udføres i handlingen, hvor mekanismer trigges afhængig af, om handlingen udføres, og hvordan den udføres (Krogstrup, 2016). Set i forhold til mekanismen 'en del af noget større', som jeg identificerede i artikel 2, betyder det, at der sagtens kan være flere måder at arbejde med ledelseskomponenten 'det store billede' på, men at det er vigtigt, at de store sammenhænge og påvirkninger afdelinger og hospitaler iblandt ikke glemmes.

I afhandlingen har jeg ikke eksplicit fokuseret på, hvilken *effekt* (output og outcome) det giver at arbejde med ledelse af Capacity Building i hospitalsvæsenet, ligesom jeg ikke har studeret effekterne af projekt Sikkert Patientflow. Præmissen for afhandlingen (og dermed

programteorien) var, at jeg startede med udgangspunkt i de outputs/outcomes, der var skabt i projekt Sikker Patientflow jf. kapitel 4, koblet med den teoretiske antagelse om, at der vil ske en kontinuerlig forbedring af effekter, når man arbejder capacity buildende jf. artikel 1.

5.7. PROGRAMTEORIENS PERSPEKTIVER I FORHOLD TIL PRAKSISANVENDELSE

Den kritiske realisme søger ikke kun at forstå, men også at forbedre verden (Bhaskar, 1975). På denne baggrund reflekterer jeg i det følgende kort over potentielle anvendelsesformål med programteorien.

For det første vil den kunne agere dialogredskab mellem ledere samt mellem ledere og sundhedsprofessionelle for at skabe struktur, systematik og fælles sprog om egne og andres ledelsesevner med henblik på opnåelse af egne og fælles mål.

I denne dialog vurderes programteorien anvendelig til at strukturere en undersøgelse af, 1) hvordan konteksten har været lokalt for at muliggøre, om ledere og sundhedsprofessionelle har haft rammerne til at skabe de resultater, der har været forventet, og 2) om og i givet fald til hvilken grad at de aktiviteter der har været i anvendelse har formået at 'trigge' mekanismerne for ledelse af Capacity Building, og slutteligt 3) hvor tilfredsstillende de skabte præstationer (output) og effekter (outcome) har været i forhold til de aftalte mål. Fordelen ved denne KMO-opdeling er, at dialogen hermed kan fokuseres, så kompleksiteten

kan reduceres, og forståelsen kan øges. Med andre ord gøres det eksempelvis lettere at spørge ind til, om 'vi taler om kontekst eller aktiviteter lige nu?' for at kvalificere dialogen.

Resultatet ved at anvendes programteorien som dialogværktøj vil understøtte en tydeliggørelse af, om der eksempelvis er ting i konteksten, der bør/skal ændres, eller om det er aktiviteterne, der skal ændres, hvis de ønskede mål/resultater ikke opnås. Det vil sige, at programteorien kan give retning på, hvilken leder på hvilket niveau der 'har bolden' i forhold til de forandringer, der skal ske for at opnå bedre resultater og målopfyldelse.

For det andet er tanken meget lig med ovenstående, at programteorien kan anvendes som et middel til at operationalisere og potentielt implementere en kultur for ledelse af Capacity Building. Min logik er, at programteorien som *evalueringsredskab* vil kunne understøtte lederne til at opbygge en forbedringskultur og rutiner for løbende at skabe forbedringer - ikke kun i forhold til lokale målsætninger, men i et større perspektiv ud over egen afdeling, hospital og ud til patienterne og borgerne – dvs. at have fokus på public value (se artikel 1). Argumentet for dette anvendelsesformål er, at programteori er en evalueringstilgang til både summativ og formativ evaluering (Dahler-Larsen, 2018; Krogstrup, 2016), og i et capacity buildende perspektiv må fokus mest af alt være i et formativt perspektiv, da fokus er på kontinuerlig forbedring.

5.8. BEGRÆNSNINGER

Afhandlingen bygger på en nysgerrighed efter at undersøge, om Capacity Building kan være en relevant tilgang til ledelse i hospitalsvæsenet, som potentielt kan skabe ny og/eller mere værdi (public value). Idet at jeg muligvis er en af de første, som forsker i ledelse af Capacity Building på hospitalsområdet, er der stadig stort behov for at nuancere og kvalificere min forskning og videreudvikle forskningen om Capacity Building som ledelsestilgang. I afhandlingens 4. artikel giver jeg indikationer på ledelse af Capacity Building på tværs af hospitaler, hvor en vigtig begrænsning er, at jeg kun forholder mig til interaktionen mellem hospitaler og ikke hospitalerne og andre aktører. Det vil sige, at jeg kun snævert har åbnet op for forståelsen af ledelse af Capacity Building på tværs af hospitalsgrænserne, og at der bør tages flere aktører med i fremtidige studier. Mit håb er, at afhandlingen kan motivere andre til at igangsætte mere forskning inden for dette felt, hvor jeg har følgende bud på relevante problemstillinger (ikke fyldestgørende opstilling):

Tema 1: Yderligere undersøgelser af de 11 ledelseskomponenter (syntesen) i andre sundhedsfaglige kontekster og/eller i andre offentlige organisationer. Dette tema er relevant, eftersom syntesen er skabt på baggrund af projekt Sikkert Patientflow og ikke er undersøgt i andre empiriske kontekster.

Tema 2: Yderligere undersøgelser som involverer medarbejderperspektivet og evt. patientperspektivet på ledelse af

Capacity Building. Logikken er, at jeg i denne afhandling har haft begrænset fokus på medarbejderperspektivet og ikke har involveret patienter/pårørende til patienter.

Tema 3: Yderligere studier vil med fordel kunne undersøge, om der sker en potentiel differentiering af ledelsesevnerne, hvor man undersøger, a) om nogle af ledelsesevnerne mere tilhører ens selvlederskab og andre ens organisatoriske lederskab, og b) om der er forskel på ledelsesevnerne i forhold til, om de vurderes vigtige på forskellige ledelsesmæssige niveauer, eksempelvis ved topledere versus driftsledere.

Tema 4: Et relevant forskningsspor vil være at afprøve metodeværktøjet i praksis og undersøge, a) hvilke resultater denne anvendelse vil kunne bidrage til, og b) om og i givet fald hvilke justeringer der vil være nødvendige til forbedring af værktøjet og dets anvendelse.

KAPITEL 6. DISKUSSION

I dette kapitel vil jeg diskutere afhandlingens resultater, som jeg præsenterede i forrige kapitel i forhold til eksisterende teori om ledelse af Capacity Building. Jeg følger samme struktur som forrige kapitel og starter derfor med at diskutere min operationalisering af ledelse af Capacity Building. Herefter diskuterer jeg min syntese af ledelse af Capacity Building bestående af 11 ledelseskompener samt den tilhørende model. Derefter diskuterer jeg mit metodeværktøj samt min programteori for ledelse af Capacity Building. Afslutningsvis vil jeg diskutere en generalisering af programteorien (figur D) i forhold til andre områder i hospitalsvæsenet, sundhedsvæsenet og herudover.

6.1. OPERATIONALISERING AF FÆNOMENET LEDELSE AF CAPACITY BUILDING

Da jeg i min litteraturgennemgang (kapitel 2) ikke kunne finde en definition på ledelse af Capacity Building og selv måtte konstruere mine teoretiske briller herfor (artikel 2), mener jeg, at et væsentligt bidrag i min afhandling er min operationalisering af fænomenet *ledelse af Capacity Building* (artikel 4).

Operationaliseringen lyder (oversat til dansk):

Ledelse af Capacity Building handler om at skabe rammer og strukturer på en sådan måde, at ledere i samspil med medarbejdere og samarbejdspartnere bliver i stand til at sætte meningsfulde mål, skabe virkningsfulde aktiviteter, som bidrager til bæredygtige løsninger samt at reflektere over og evaluere disse, så nye mål kan sættes og opnås (Antonsen, 202xb, s. 5, i review).

I forhold til den generelle definition af Capacity Building: ” [Capacity Building er...] aktiviteter, der styrker den enkeltes viden, evner, færdigheder og adfærd og forbedrer den institutionelle struktur og processer, så organisationen effektivt kan opfylde dens mål på en bæredygtig måde.” (Ku & Yuen-Tsang, 2013, s. 1), bidrager operationaliseringen med at give konkret fokus på lederrollen i forhold til at agere capacity buildende. Operationaliseringen giver – ud fra min viden om området – en ikke før set handlingsanvisning på, hvad ledere bør gøre i forhold til Capacity Building (Anderson & Adams, 2019; Brix, 2021), og samtidig muliggør operationaliseringen, at forskere kan undersøge, hvorvidt og om ledere i praksis arbejder på en capacity buildende måde. Med andre ord kan operationaliseringen anvendes til at kvalificere ny empirisk forskning om ledelse af Capacity Building, da flere elementer skal være til stede for at leve op til de kriterier, jeg opstiller. I operationaliseringen er der fokus på *fælles problemløsning, handling og interaktion* mellem ledere og sundhedsprofessionelle samt ledere og samarbejdspartnere med henblik på *kontinuerligt at skabe*

bæredygtige forbedringer. I operationaliseringen fremgår også både *en proces og et resultat*, som er væsentlige elementer. I operationaliseringen fremgår der desuden et fokus på det individuelle og organisatoriske niveau i form af, at lederen skal *skabe rammer og strukturer (organisatorisk niveau)*, således at ledere i samspil med medarbejdere og samarbejdspartnere *bliver i stand at sætte mål og nye mål (individuel niveau)*.

Jeg mener, at operationaliseringen er et gyldigt bud på en rammesætning af ledelse af Capacity Building, da ovenstående kriterier oprindeligt stammer fra litteraturen (Brix, 2021; Krogstrup 2017; Jensen & Krogstrup, 2017; Anderson & Adams, 2019). En vigtig kritik til operationaliseringen er, at mit primære fokus empirisk har været at få ledernes og kun meget begrænset medarbejdernes perspektiv ind i min forskning om ledelse af Capacity Building. Der kan også være et element til operationaliseringen ift. patientperspektivet jf. public value, som bør undersøges ift. at styrke og/eller forbedre operationaliseringen yderligere. Operationaliseringen skal ses som et første bud på at rammesætte ledelse af Capacity Building.

6.2. SYNTSE OM LEDELSE AF CAPACITY BUILDING

I afhandlingen bidrager jeg med en syntese om ledelse af Capacity Building i form af de 11 ledelseskompener (artikel 2, 3 og 4). Den forskning, jeg teoretisk har bygget syntesen på, eksempelvis Davy og Ågård (2017), Jensen og Krogstrup (2017), Ku & Yuen-Tsang (2013) samt Laursen og Thomassen (2017) har enten generelle perspektiver på Capacity Building, og kun få har jf. min teoretiske baggrund (kapitel 2) haft ledelsesperspektivet med, ligesom jeg selv (Brix, 2021; Anderson & Adams, 2019). Mit bidrag er, at jeg både teoretisk og empirisk belyser Capacity Building fra ledelsesperspektivet, som ganske få andre har gjort. I dette arbejde har den kritiske realisme igen været en styrke for mit arbejde, da dette perspektiv netop tillader, at jeg bygger min egen syntese på baggrund af forskellige bidrag fra flere felter (Kringelum & Brix, 2019). Jeg vurderer, at min syntese om ledelse af Capacity Building samt den tilhørende model (figur C) repræsenterer et nyt bidrag til teori om Capacity Building.

Jeg er bevidst om, at denne syntese er et af de første bud på at forklare, hvad man som leder bør gøre for at arbejde på en capacity buildende måde i og for sin organisation. Der er behov for mere forskning for at kvalificere dette bidrag - både i hospitalsvæsenet og potentielt også herudover. Dette er beskrevet som mulige forskningsområder i kapitel 5.

6.3. METODEVÆRKTØJET

Som et bidrag til praksis har jeg udarbejdet et metodeværktøj på baggrund af min syntese ovenfor til dialog, feedback og feedforward mellem ledere samt mellem ledere og medarbejdere (artikel 3). Logikken for anvendeligheden af dette bidrag understøttes af litteraturen om Capacity Building. Davy og Ågård (2017) fremhæver netop, at dialog samt feedbackinteraktioner er væsentlige forudsætninger for at blive en capacity buildende organisation, hvor fokus er at følge og se, om det arbejde, som igangsættes, skaber de præstationer, der forventes. Det er netop i forhold til dette perspektiv, jeg mener, at metodeværktøjet har sin relevans.

For det andet bygger metodeværktøjet på perspektiverne om læringsformerne i Capacity Building: *den direkte og den indirekte læringsform* (Potter & Brough, 2004; Laursen & Thomassen, 2017). Den direkte læringsform er i form af kompetenceudvikling, og den indirekte læringsform kendetegnes ved 'learning by doing' (Cousins, et.al., 2014). Metodeværktøjet vil på denne baggrund kunne være et underliggende redskab til at sikre og understøtte, at der sker en Capacity Building-orienteret læring ved dennes anvendelse, ligesom anvendelsen af metodeværktøjet kan repræsentere en konkret aktivitet i praksis (mht. min programteori for ledelse af Capacity Building). Som skrevet i kapitel 5 anbefaler jeg, at metodeværktøjet undersøges yderligere i praksis med henblik på både anvendelse og forbedring af denne.

6.4. PROGRAMTEORI OM LEDELSE AF CAPACITY BUILDING

Som tidligere nævnt har jeg udviklet programteorien om ledelse af Capacity Building i regi af projekt Sikker Patientflow i Region Midtjylland, Danmark (artikel 4). Programteorien er et væsentligt bidrag til litteraturen om Capacity Building, da det er et af de – til min overbevisning – første systematiske bud på at rammesætte og forklare, hvordan man kan tænke og udføre ledelse af Capacity Building både i teori og praksis (eksempelvis, Anderson & Adams, 2019; Brix, 2021; Fullan, 2006). Bidraget er ikke som sådan en opskrift, der kan anvendes på et 'best practice-niveau', da dette er i uoverensstemmelse med mit videnskabsteoretiske ståsted (Kringelum & Brix, 2020). Programteorien bidrager derimod til at forklare, hvordan ledere bør tænke og handle ift. kontekster og aktiviteter for løbende at skabe de resultater, som de skal opnå. Programteorien er min tese om, hvad der virker for hvem og i hvilken sammenhæng i forhold til ledelse af Capacity Building (Pawson & Tilley, 1997; Dahler-Larsen, 2018; Krogstrup, 2016). Forklaringen i programteorien er konkretiseret ved at identificere de 11 evner, som ledere skal oversætte til egen praksis. Programteorien muliggør, at ledere kan evaluere denne praksis eksempelvis ved at anvende metodeværktøjet, som jeg præsenterede ovenfor.

6.4.1 GENERALISERBARHED AF PROGRAMTEORIEN

En af begrænsningerne ved programteorien er, at den empiriske baggrund, jeg har anvendt, stammer fra ét enkelt projekt; nemlig projekt Sikkert Patientflow. Havde jeg studeret et andet projekt i praksis, ville programteorien potentielt indeholde andre elementer, og derfor er en yderligere kvalificering vigtig. Kvale (1997) mener dog, at resultater fra kvalitative undersøgelser kan generaliseres analytisk og dermed blive vejledende for, hvad der ville kunne ske i andre tilsvarende situationer.

Det, der kendetegnede projekt Sikkert Patientflow, er eksempelvis: 1) der er dedikerede deltagere i projektet herunder ledere og sundhedsprofessionelle, 2) der er nedsat styregrupper og forbedringsteams på det enkelte hospital - det er altså strategisk prioriteret lokalt, 3) der er nedsat en styregruppe og projektgruppe på tværs af hospitalerne med dedikerede hospitalsledelser og projektledere fra de enkelte hospitaler. Fælles for alle styregrupper, projektgrupper og forbedringsteams er, at der er udarbejdet kommissorier, der tydeligt viser opgaver og rollefordeling, 4) der er et strategisk læringsfællesskab med udviklet program og regional projektbeskrivelse, hvor der er tilknyttet eksterne samarbejdspartner for at understøtte læring- og videndingsperspektivet (Region Midtjylland, 2016, 2019, 2020). Kort sagt er der tydelige roller, ansvarsområder, procedurer samt processer, der får ledere og sundhedsprofessionelle til at samarbejde og fokusere på fælles mål.

Med udgangspunkt i den kritiske realisme har jeg antagelsen om, at programteorien for ledelse af Capacity Building som teoretisk ramme kan overføres og anvendes på andre områder i hospitalsvæsenet, hvor lignende organiseringer og tilsvarende betingelser, som kendetegner projekt Sikkert Patientflow, er til stede. Overførslen og anvendelsen vil dog kræve, at lederne i andre kontekster kan oversætte programteorien og dennes indhold til en meningsfuld praksis i egen afdeling/organisation. Min tese er, at de 11 ledelseskompener, jeg har udviklet og undersøgt i praksis, vil kunne inspirere ledere til at tænke og handle på en capacity buildende måde ind i deres egen praksis. Logikken med denne forventning til ledernes evne til at oversætte programteorien til egen praksis, mener jeg, er vigtig og en styrke, da det, der fra et ledelsesperspektiv virker godt på et hospital, ikke nødvendigvis vil få samme effekter på et andet hospital. Netop derfor er den kontinuerlige dialog, feedforward og feedback nødvendig for at holde målet for øje i forhold til indsatser/aktiviteter og den lokale kontekst.

På hospitalerne er der i øjeblikket to projekter, jeg har kendskab til, hvor jeg formoder, at programteorien for ledelse af Capacity Building vil kunne være nærmest direkte overførbare, da begge projekter arbejder ud fra samme præmisser som projekt Sikker Patientflow. Disse er: projekt Sikkert OP Flow (Region Midt, 2020) samt Det Nationale Kvalitetsprogram (2020). Formålet med at overføre og implementere resultaterne fra dette ph.d.-projekt til disse to projekter ville kunne være, at lederne får et mere systematisk ledelsesperspektiv på at

opbygge kapacitet og løbende understøtte organisationen og de sundhedsprofessionelle til at nå deres mål eksempelvis gennem evaluerende processer.

I forhold til andre områder, hvor der kunne være interesse for at arbejde med ledelse af Capacity Building, vil anvendelsen af mine resultater også potentielt være relevante i et bredere sundhedsområde. På det kommunale sundhedsområde kører et nationalt forbedringsprojekt 'I sikre hænder' blandt 33 af landets kommuner (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2020). Dette projekt gennemføres under lignende betingelser som projekt Sikkert Patientflow. Min vurdering er, at selvom der kan være en sandsynlig overførbare af programteorien til disse kontekster, vil det kræve et større fokus på at forstå barrierer og muligheder i de kontekstuelle elementer, da disse på det kommunale område adskiller sig fra måden, hvorpå regioner og dermed hospitalerne ledes. Min pointe er, at der er et større ledelsesmæssigt oversættelsesarbejde med programteorien, des længere væk den empiriske kontekst kommer fra teoriens oprindelige empiriske ophav (projekt Sikkert Patientflow).

KAPITEL 7. KONKLUSION

I dette afsluttende kapitel præsenterer jeg afhandlingens konklusion. I mit forskningsarbejde har jeg været optaget af fænomenet 'ledelse af Capacity Building' i en hospitalskontekst. Dette grundet, at ledere i projekt Sikkert Patientflow i Region Midtjylland flere gange blandt andet har udtrykt, at der i projektet er skabt tilfredsstillende forbedringsresultater på grund af den måde, Sikkert Patientflow har været ledet og organiseret på. Ledernes retoriske tilgang omkring dette er – og har været - at der er sket en ”kapacitetsopbygning” (Capacity Building).

Jf. introduktionen har min nysgerrighed gået på at undersøge, hvilke potentielle nye forståelser for ledelse i hospitalsvæsenet der kan identificeres ved at anskue praksis med teoretiske briller om Capacity Building som en ny forståelsestilgang. Jeg betræder dermed en ny sti inden for ledelse i hospitalsvæsenet end de allerede veletablerede ledelsestilgange (Holm-Petersen, 2015; Andersen, et.al., 2019; Kjeldsen & Andersen, 2021; Torfing, 2013; Jakobsen et.al., 2016).

Afhandlingens videnskabelige formål har med det afsæt været at undersøge:

Hvilke ledelsesmæssige evner forventes at kunne fremme Capacity Building i hospitalsvæsenet – belyst ved projekt Sikkert Patientflow?

Dette forskningsspørgsmål har jeg operationaliseret til fire underspørgsmål, som hver især behandles i mine videnskabelige artikler:

- SPØRGSMÅL 1:
Hvordan kan Capacity Building som ledelsestilgang bidrage til at skabe public value i offentlige organisationer?
- SPØRGSMÅL 2
Hvilke ledelsesmæssige evner forventes at kunne fremme Capacity Building på det enkelte hospital – belyst gennem casestudie?
- SPØRGSMÅL 3
Hvordan kan ledere skabe rammerne for Capacity Building på det enkelte hospital – belyst gennem casestudie?
- SPØRGSMÅL 4
Hvilke ledelsesmæssige evner forventes at kunne fremme Capacity Building på tværs af hospitaler - belyst gennem casestudie?

Tilsammen bidrager besvarelsen af de fire underspørgsmål i artiklerne til den samlede diskussion og konklusion for afhandlingen, ligesom de hver især forskningsmæssigt repræsenterer individuelle bidrag.

Med præmissen om Capacity Building som forståelsesramme for ledelsesgerningen på hospitaler bidrager min afhandling med en operationalisering af fænomenet *ledelse af Capacity Building*.

Logikken er, at der skal være en rammesætning af fænomenet, som ledere skal kunne *evne* på hospitalerne i deres daglige gerning.

Min operationalisering lyder:

Ledelse af Capacity Building handler om at skabe rammer og strukturer på en sådan måde, at ledere i samspillet med medarbejdere og samarbejdspartnere bliver i stand til at sætte meningsfulde mål og skabe virkningsfulde aktiviteter, som bidrager til bæredygtige løsninger samt at reflektere og evaluere, så nye mål kan sættes og opnås.

Denne operationalisering vurderer jeg er et første bud på en potentiel arbejdsdefinition på 'ledelse af Capacity Building', som direkte bidrager ind litteraturen (Anderson & Adams, 2019; Brix, 2021; Ku & Yuen-Tsang, 2013; Jensen & Krogstrup, 2017).

I afhandlingen identificerer jeg 11 ledelsesmæssige evner, som skal være til stede for bl.a. at skabe rammer, strukturer og virkningsfulde aktiviteter i det lederskab, som sættes i spil for at fremme Capacity Building i hospitalsvæsenet – både på det enkelte hospital og på tværs af hospitaler. Med udgangspunkt i Brix (2021) definerer jeg evner som den *tænkning og handling*, som ledere på hospitaler bør agere efter for at fremme Capacity Building.

De evner, jeg identificerer, at ledere i hospitalsvæsenet bør have, oplistes på næste side.

De evner, som lederne bør besidde, er:

- At kunne sætte mål og nye mål.
- At kunne sikre kompetenceudvikling – og fornyelse.
- At kunne fjerne barrierer og uhensigtsmæssigheder.
- At kunne skabe mening og forståelse.
- At kunne oversætte koncept til eget brug.
- At kunne reflektere og evaluere.
- At kunne samarbejde herunder inddragelse og rette ressourcer.
- At kunne indgå i relationer.
- At kunne se det store billede.
- At kunne være opmærksom på resultater.
- At kunne indgå i dialog, feedback og feedforward (*ikke empirisk undersøgt på tværs af hospitaler*).

Mit bidrag til litteraturen er, at disse 11 evner tilsammen udgør en syntese, som repræsenterer hvilke roller ledere fra et Capacity Building-perspektiv bør besidde og have ansvar for (eksempelvis Anderson & Adams, 2019; Brix, 2021; Laursen & Thomassen, 2017; Krogstrup & Jensen, 2017; Fuller, 2006). Syntesen med de 11 ledelsesevner skal ses i forhold til lederens egen Capacity Building (dvs. deres selv-lederskab) og i forhold til deres lederrolle på hospitaler og på tværs af hospitaler (dvs. deres organisatoriske lederskab i samarbejde med sundhedsprofessionelle, andre ledere og samarbejdspartnere). Relationerne mellem de 11 evner er søgt illustreret i figur 2, artikel 2.

De 11 ledelsesevner i min afhandling skaber nye perspektiver og nuancer på ledelsesgerningen i hospitalsvæsenet.

Ud over ovenstående forskningsmæssige bidrag har jeg i afhandlingen også skabt ny viden, som kan bruges direkte ind i lederrollen på hospitalerne i praksis. Især to bidrag fremhæves som værdifulde konklusioner. Det ene bidrag er et *metodeværktøj* til ledere, og det andet bidrag er en *programteori for ledelse af Capacity Building*. Begge bidrag kan bruges i praksis for at understøtte ledere i deres gerning og for at hjælpe dem til at holde overblik over den komplekse problemstilling, de arbejder med, når de ønsker at skabe rammerne for Capacity Building.

Metodeværktøj til Capacity Building

Metodeværktøjet, som illustreres nedenfor, er udviklet som redskab til ledelsesevnen 'dialog, feedback og feedforward'. Min tanke er, at metodeværktøjet vil kunne anvendes til at skabe en systematik og struktur for at arbejde capacity buildende, som kan være brugbart i en travl hverdag på hospitalerne, og som gør, at væsentlige elementer ikke udelades ubevidst. Jeg mener, at dette er et væsentligt bidrag med henvisning til mit videnskabsteoretiske standpunkt i den kritiske realisme.

Spørgsmål
<p>Sætte mål og nye mål I hvilken grad oplever du at blive involveret i at sætte mål, når der arbejdes med XXX?</p>
<p>Kompetenceudvikling og – fornyelse I hvilken grad oplever du at blive understøttet med færdigheder og viden, så du føler dig kompetent til opgaveløsningen i XXX?</p>
<p>Fjerne barriere og uhensigtsmæssigheder I hvilken grad oplever du, at når der er problemer at disse forhindringer og uhensigtsmæssigheder fjernes, så du kan udføre dine opgaver i XXX?</p>
<p>Skabe mening og forståelse I hvilken grad oplever du, at du kan bringe din mening i spil, og dine input er med til at skabe en fælles retning for XXX?</p>
<p>Oversætte konceptet til eget brug I hvilken grad oplever du at være en del af XXX og medskaber af resultater?</p>
<p>Reflektere og evaluere I hvilken grad oplever du at have mulighed for at tage del i refleksion og evaluering ift. XXXX og målopfyldelse?</p>
<p>Samarbejde herunder inddragelse og rette ressourcer I hvilken grad oplever du at blive aktiv inddraget i samarbejdet om XXX?</p>
<p>Relationer I hvilken grad oplever du at indgå i relationer, der bygger på tillid i XXX?</p>
<p>Det store billede I hvilken grad oplever du, at din egen indsats ind i XXXX har en større betydning for organisationen end din egen kontekst?</p>
<p>Opmærksom på resultatet I hvilken grad oplever du at spille andre gode i XXXX, selvom det ikke har indflydelse for dig og din egen kontekst?</p>

Kilde: Tilpasse fra Antonsen, 202xa, s. 24 (under publicering).

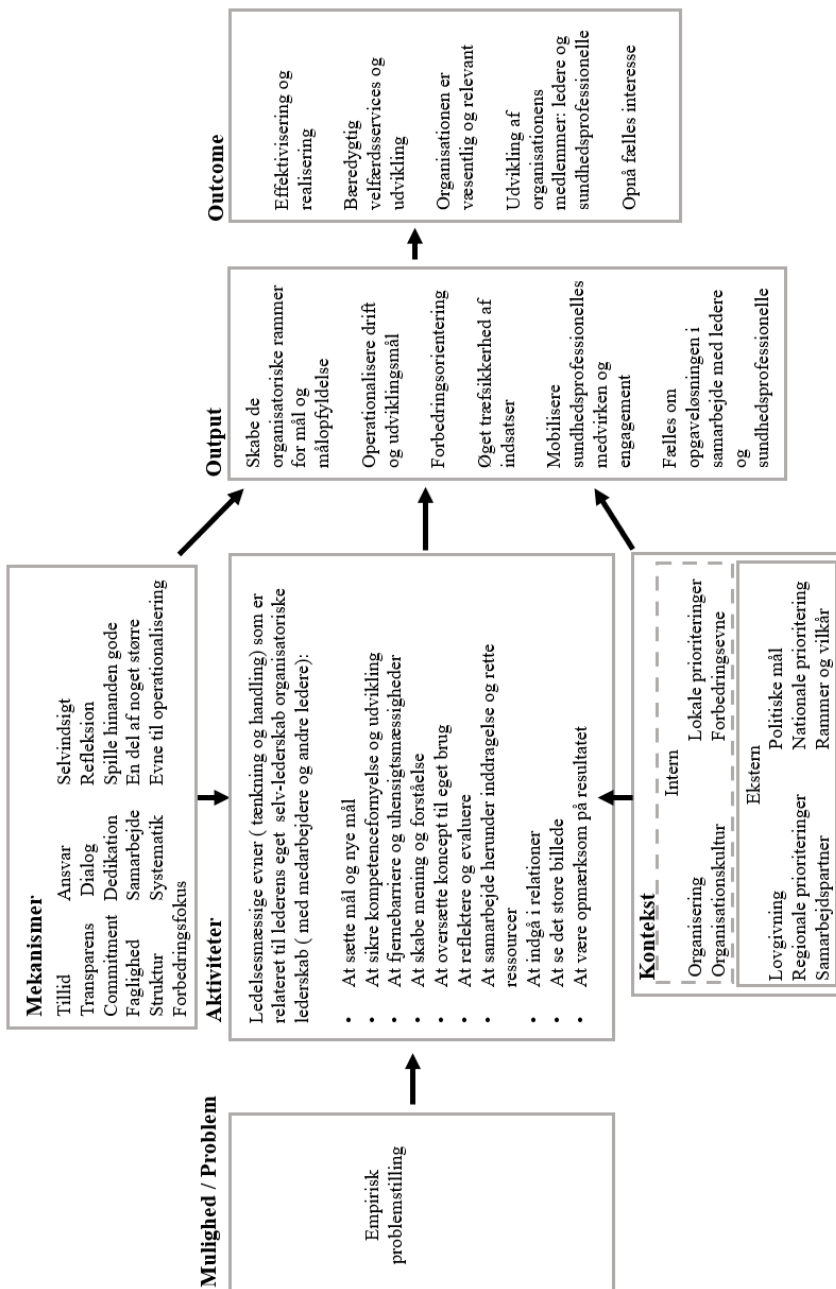
Pointen er, at jeg med min afhandling skaber viden som kan bruges til ikke kun at forstå og forklare, men også skabe muligheder for forbedring af nuværende praksis (Bhaskar, 1975; Frederiksen & Kringelum, 2021).

Programteori for ledelse af Capacity Building

Som med metodeværktøjet er udvikling af programteorien om ledelse af Capacity Building også et bidrag, der både forskningsmæssigt er vigtigt og praksismæssigt relevant.

Det forskningsmæssige bidrag er, at jeg med udgangspunkt i den kritiske realisme metodemæssigt har samlet viden fra mine artikler ind i en programteori, som siger noget om kontekst, aktiviteter, output og outcome samt mekanismer (Pawson & Tilley, 1997; Krogstrup, 2016). Resultatet ses som mit arbejde med retroduktionsprocessen (Kringelum & Brix, 2021; Frederiksen & Kringelum, 2021) i den kritiske realisme. Værdien med programteorien som videnskabeligt bidrag er, at den kan anvendes til at skabe overblik og struktur for det komplekse fænomen, det er at lede Capacity Building, ligesom programteorien kan hjælpe ledere med at zoome ind og ud på forskellige niveauer, kontekster og aktiviteter uden at miste overblikket og uden at undgå at have målet for øje (Anderson & Adams, 2019; Brix, 2021; Krogstrup, 2016).

I praksis kan programteorien anvendes som dialogværktøj fx blandt ledere til at skabe struktur, systematik og fælles sprog med henblik på at sikre, at mål er tydelige og ansvar tydeligt fordelt. Endvidere vurderer jeg, at programteorien kan være et middel til at skabe en forbedringskultur, der baserer sig på evaluering blandt ledere og blandt ledere og sundhedsprofessionelle. Udgangspunktet er, at den systematik, der anvendes i programteorien, kan hjælpe ledere til at tænke og handle på en capacity buildende måde. Min logik er, at programteorien bl.a. kan bruges til at understøtte ledelsesevnen 'det store billede', som handler om, at ledere bør kunne se ud over deres egen kontekst, når valg skal træffes i dagligdagen. Dette eksempelvis for at have fokus på public value i et større samfundsperspektiv (von Heimburg, et.al., 2021).



Kilde: Gentrykt fra Antonsen, 202xb, s. 7 (i review) og oversat til dansk.

Implikationer

Mine resultater viser et første bud på, hvad *ledelse af Capacity Building* er ind i en hospitalskontekst, og hvilke evner som skal være til stede i lederens tænkning og handling for at fremme Capacity Building i praksis. Det er væsentligt, at den enkelte leder, ledere imellem og det samlede hospital og hospitaler imellem kan omsætte mine resultater om ledelse af Capacity Building ind i deres egen praksis. For at muliggøre dette har jeg valgt at udgive mine artikler i open access tidsskrifter, så alle har min forskning tilgængelig, ligesom denne afhandling gøres frit tilgængelig.

Hertil kommer min udvikling af metodeværktøjet og programteorien som to bud på understøttende elementer, som ledere vil kunne sætte i anvendelse. Jeg vurderer, at det i praksis vil være en god start at benytte metodeværktøjet til dialog, da det er mere konkret og direkte omsætteligt end programteorien. Min tanke er, at metodeværktøjet tager udgangspunkt i en række foruddefinerede refleksionsspørgsmål, som er udviklet på baggrund af de 11 ledelsesevner, hvorimod programteorien for ledelse af Capacity Building vil kræve kontekst-tilpassede justeringer – og en generel forståelse for teoribaseret evaluering (Krogstrup, 2016; Dahler-Larsen, 2018).

Afhandlingens konklusioner er skabt ud fra, hvad der har virket godt og mindre godt for ledere i projekt Sikkert Patientflow i Region Midtjylland. Det kunne være interessant at undersøge nærmere, i hvilken grad mine resultater og konklusioner kan generaliseres til andre

lignende projekter på danske hospitaler og generelt bredere ind i sundhedsvæsenet samt den brede offentlige sektor.

REFERENCELISTE

Aboumatar, H.J., Weaver, S.J., Rees, D., Rosen, M.A., Sawyer, M.D., & Pronovost, P.J. (2017). Towards high reliability organizing in healthcare: a strategy for building Organisational capacity. *BMJ Quality Safety*, 26(8), 663-670.

Ackroyd, S., & Fleetwood, S. (2000). *Realist Perspectives on Management and Organizations*. Routledge.

Agyepong, I.A., Lehmann, U., Rutembemberwa, E., Babich, S.M., Frimpong, E., Kwamie, A., Olivier, J., Teddy, G., Hwabamungu, B., & Gilson, L. (2018). Strategic leadership capacity building for Sub-Saharan African health systems and public health governance: A multi-country assessment of essential competencies and optimal design for a Pan African DrPH. *Health Policy and Planning*, 33, 35-49.

Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2009). *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research*, SAGE Publications.

Anand, A., & Brix, J. (2022). The learning organization and organizational learning in the public sector: A review and research agenda. *The Learning Organization*, 29(2), 129-156.

Anand, A., Kringelum, L.B., Madsen, C.O., & Selivanovskikh, L. (2020). Interorganizational learning: A bibliometric review and research agenda. *The Learning Organization*, 28(2), 111-136.

Andersen, J., & Falk, K. (2018). *Sundhedsvæsenet på tværs*. Munksgaard.

Andersen, L.B., Greve, C., Klausen, K.K., & Torfing J. (2017). *Offentlige styringsparadigmer: Konkurrence og sameksistens*. Jurist- og Økonomi. Forbundets Forlag.

Andersen, L., Andersen, S., & Grøn, C., (2019). Offentlig ledelse. I Blom-Hansen, J., Christiansen, P.M., Pallesen, T., & Serritzlew, S. *Offentlig forvaltning*. Hans Reitzels Forlag.

Anderson, R., & Adams, R. (2019). *Scaling Leadership: Building Organizational Capability and Capacity to Create Outcomes That Matter Most*. John Wiley & Sons.

Anhøj; J. (2015). *Kompendium i kvalitetsudvikling- Rammer og redskaber*. Munksgaard.

Antonsen, C.E. (202xa). Hvordan kan ledere skabe rammerne for Capacity Building i deres organisationer? Et studie fra sundhedsvæsenet”. *Samfundslederskab i Skandinavien* (accepteret og under publicering).

Antonsen, C.E. (202xb). Which leadership skills promote Capacity Building across five Danish hospitals. *BMJ Leader* (i review).

Antonsen, C. E., & Brix, J. (2022). Hvilke ledelsesmæssige evner kan fremme skabelse af Capacity Building i organisationer? *Samfundslederskab i Skandinavien*, 37(4), 164-196.

Argyris, C., & Schön, D. A. (1997). *Organizational learning: theory of action perspective*. Addison-Wesley.

Baker, A., Perreault, D., Reid, A., & Blanchard, C. M. (2013). Feedback and organizations: Feedback is good, feedback-friendly culture is better. *Canadian Psychology*, 54(4), 260-266.

Bendix, H., Digmann, A., Jørgensen, P., & Pedersen, K. (2017). *Ledelse i sundhedsvæsenet – på hospitaler, i kommuner og i praksis*. Gyldendal

Bernstein, S.L. (2009). The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. *Academic Emergency Medicine*, 16(1),1–10.

Bevan, H. (2010). How can we build skills to transform the healthcare system? *Journal of Research in Nursing*, 15, 139 -148.

Bhaskar, R. (1975). *A Realist Theory of Science*, Leeds Books.

Bonde, M., Bossen, C., & Danholt, P. (2018). Translating value-based health care: an experiment into healthcare governance and dialogical accountability. *Sociology Health and Illness*, 40, 1113–26.

Boukamel, O. (2019). Towards an Integrative Framework of Innovation Capacity. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 4(3), 1-36

Braithwaite, J., Churruca, K., Ellis, L., Long, J., Clay-Williams, R., Damen, N., Herkes, J., Pomare, C., & Ludlow, K (2018). Complexity Science in Healthcare – Aspirations, Approaches, Applications and Accomplishments: *A White Paper*. Australian Institute of Health Innovation: <https://researchers.mq.edu.au/en/publications/complexity-science-in-healthcare-aspirations-approaches-applicati>

Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder: En grundbog*. Hans Reitzels Forlag.

Brix, J. (2017). Exploring knowledge creation processes as a source of organizational learning: A longitudinal case study of a public innovation project. *Scandinavian Journal of Management*, 33(2),113-127.

Brix, J. (2019). Innovation Capacity Building: an approach to maintaining balance between exploration and exploitation in organizational learning. *The Learning organization*, 26,12-26.

Brix, J. (2020). Building capacity for sustainable innovation: A field study of the transition from exploitation to exploration and back again. *Journal of Cleaner Production*, 268,1-12.

Brix, J. (2021). *Strategisk innovationsledelse: Om balancen mellem drift og udvikling i offentlige og private organisationer*. Hans Reitzels Forlag.

Brix, J., & Antonsen, C.E. (2022). Hvordan skabes public value i praksis? Om capacity building som ledelsestilgang i offentlige organisationer. *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development*, 1(1), 35-50.

Brix, J., Krogstrup, H. K., & Mortensen, N. M. (2020). Evaluating the outcomes of co-production in local government. *Local Government Studies*, 46(2), 169-185.

Buch-Hansen, H., & Nielsen, P. (2005). *Kritisk realisme*. Roskilde Universitetsforlag

Carstensen, K., Kjeldsen, A.M., Lou, S., & Palmhøj Nielsen, C. (2022). The Danish health care quality programme: Creating change through the use of quality improvement collaboratives. *Health Policy*, 126, 745-754.

Chen, H.T. (1990). *Theory-Driven Evaluation*. Saga Publications.

Chouinard, J. A., & Cousins, J. B. (2021). Developing an ethical rationale for collaborative approaches to evaluation. *Evaluation*, 1–18.

Collin, F., & Kjøppe, S. (2015). *Humanistisk videnskabsteori*. Forlaget Lindhardt og Ringhof.

Colon, M., & Guérin-Schneider, L. (2015). The reform of New Public Management and the creation of public values: compatible processes? An empirical analysis of public water utilities. *International Review of Administrative Sciences*, 81(2), 264–281.

Colquitt, J. A., & Zapata-Phelan, C. P. (2007). Trends in theory building and theory testing: A five-decade study of the Academy of Management Journal. *Academy of Management Journal*, 50(6), 1281-1303.

Conexus. (2017). Evaluering af implementering af Sikkert Patientflow – 1. afrapportering. *Indenrigs- og Sundhedsministeriet*.

Conexus. (2018). Evaluering af implementering af Sikkert Patientflow – 2. afrapportering. *Indenrigs- og Sundhedsministeriet*.

Conexus. (2019). ”Evaluering af implementeringen af Sikkert Patientflow - 3. afrapportering. *Indenrigs- og Sundhedsministeriet*.

Couper, I.D., & Hugo, J.F. (2005). Management of district hospitals- exploring success. *Rural and Remote Health*, 5(433), 1- 19.

Cousins, J.B., Goh, S.C., Elliott, C.J. & Bourgeosi, I. (2014). Framing the capacity to do and use evaluation- Organizational Capacity to Do and Use Evaluation. *New Directions for Evaluation*, 141, 7-23.

Creswell, J. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage.

Curry, L., Taylor, L., Chen, P.G., Bradley, E. (2012). Experiences of leadership in health care in sub-Saharan Africa. *Human Resources for Health*, 10(33), 1-8.

Dahl, H.M. (2004). A View from the Inside: Recognition and Redistribution in the Nordic Welfare State from a Gender Perspective. *Acta Sociologica*, 47(4), 325–37.

Dahl, H. M. (2009). New Public Management, Care and Struggles about Recognition. *Critical Social Policy*, 29(4) 634–54.

Dahler-Larsen, P. (2018). *Evaluering af projekter – og andre ting, som ikke er ting*. Syddansk Universitetsforlag

Dansk Selskab for Patientsikkerhed. (2013). Sikkert Patientflow, projektbeskrivelse, *Dansk Selskab for Patientsikkerhed*.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed. (2015). Sikkert Patientflow. Erfaringer fra et forbedringsprojekt. *Dansk Selskab for Patientsikkerhed*.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed. (2013). Sikkert Patientflow, projektbeskrivelse. *Dansk Selskab for Patientsikkerhed*,

Dansk Selskab for Patientsikkerhed. (2016). "Sikkert Patientflow skal udbredes til flere akutsygehuse". Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2020). I sikre hænder – forberedelseskatalog for kommuner. *Dansk Selskab for Patientsikkerhed*.

Davis, E., Corr, L., Gilson, K. M., Ting, C., Ummer-Christian, R., Cook, K., & Sims, M. (2015). Organisational capacity building: Readiness for change in Australian childcare. *Australasian Journal of Early Childhood*, 40(1), 47-53.

Davy, S.G., & Ågård, D. (2017). Relationskapacitet som forudsætning for Capacity Building. I Krogstrup, H.K. *Samskabelse og Capacity Building i den offentlige sektor*. Hans Reitzels Forlag.

Degn, L., & Thomassen, A.O. (2017). Capacity Building, i et organisatorisk perspektiv. I Krogstrup, H.K. *Samskabelse og Capacity Building i den offentlige sektor*. Hans Reitzels Forlag.

Dickson, G., (2019). Transformations in Canadian health systems leadership: An analytical perspective. *Leadership in Health Services*, 22 (4), 292-305

Dimond, E.P., St. Germain, D., Nacpil, L.M., Zaren, H.A., Swanson, S.M., Minnick, C., Carrigan, A., Denicoff, A.M, Igo, K.E., Acoba, J.D., Gonzalez, M.M., McCaskill-Stevens, W. (2015). Creating a "culture of research" in a community hospital: Strategies and tools from the National Cancer Institute Community Cancer Centers Program. *Clinical Trials*, 12(3) 246-256.

Dixon-Woods, M., McNicol, S., & Martin, G. (2012). Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the health foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ Quality Safety*, 21, 876–84.

Doherty, J.E., Couper, I.D., Campbell, D., Walker, J. (2013). Transforming rural health systems through clinical academic leadership: Lessons from South Africa. *Rural and Remote Health*, 13 (3), 1-8.

Dyer, J.H., Singh, H., & Hesterly, W.S. (2018). The relational view revisited: A dynamic perspective on value creation and value capture. *Strategic Management Journal*, 39(12), 3140-3162

Edwards, P.K., O'Mahoney, J., & Vincent, S., (2014). *Studying Organizations Using Critical Realism- A Practical Guide*. Oxford University Presse.

Egholm, L. (2014). *Videnskabsteori, perspektiver på organisationer og samfund*. Hans Reitzels Forlag.

Eisenhardt, K.M. (1989), Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management*, 14(4), 532-550.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.

Farazmand, A. (2004). Innovation in Strategic Human Resource management: Building Capacity in the Age of Globalization. *Public Organizational Review: A Global Journal*, 4, 3-24.

Flyvbjerg, B. (1988). *Casestudiet som forskningsmetode*. Institut for Samfundsudvikling og Planlægning, Aalborg Universitetscenter.

Flyvbjerg, B. (2015). Fem misforståelser om casestudiet. I Brinkmann, S., & Tanggaard, L. *Kvalitative metoder. En grundbog*. Hans Reitzels Forlag

Frederiksen, D. J., & Kringelum, L. B. (2021). Five potentials of critical realism in management and organization studies. *Journal of Critical Realism*, 20(1), 18-38.

Fullan, M (2006). The future of educational change: system thinkers in action. *Education Change*, 7, 113–122

Gadolin, C., & Andersson, T. (2017). Healthcare quality improvement work: a professional employee perspective". *International Journal of Health care Quality Assurance*, 30(5), 410-423.

Havermans, L., Hartog, D., Keegan, A., & Uhl-Bien, M. (2015). Exploring the role of leadership in enabling contextual ambidexterity. *Human Resource Management*, 54(1), 179-200.

Harris, A. (2013). Distributed leadership: friend or foe? *Educational Management Administration Leadership*, 41(5), 545-554.

Holm-Petersen C., & Buch M. (2014): *Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet*. KORA 2014

Holm-Petersen C. (2015), Hvad er ledelse af brugerinddragelse? En gennemgang af mål og tre individuelle brugerinddragelsesmodeller *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 22, 103-133.

Honadle, B.W. (1981). Capacity Building Framework: A search for Concept and purpose. *Public Administration Review*, 41(5), 575-580.

Huber, G.P. (2004). *The Necessary Nature of Future Firms: Attributes of survivors in a changing world*. Saga Publications.

Jakobsen, M., Kjeldsen A.M., & Pallesen, T. (2016). Distribueret ledelse i offentlige serviceorganisationer. *Politica*, 48(2), 208-227.

Jagosh, J. 2020. Retroductive theorizing in Pawson and Tilley's applied scientific realism. *Journal of Critical Realism*, 19, 121-130

Jensen, J.B., & Krogstrup, H.K. (2017). Capacity Building i den offentlige sektor. I Krogstrup, H.K. *Samskabelse og Capacity Building i den offentlige sektor*. Hans Reitzels Forlag

Jespersen, J. (2021). Kritisk realisme – teori og praksis. I Fuglsang, L., Olsen, P.B., & Rasborg, K. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaben*. Samfundslitteratur

Juul, S., & Pedersen, K.B. (2012). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori- En indføring*. Hans Reitzels Forlag

Judd, J., & Keleher, H. (2013). Building health promotion capacity in a primary health care workforce in the Northern Territory: Some lessons from practice. *Health Promotion Journal of Australia*, 24(3), 163-169.

Justesen, L., & Mik-Meyer, N. (2008). *Qualitative research methods in organization studies*. Hans Reitzels Forlag.

Justesen, L. N., & Mik-Meyer, N. (2010). *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. Hans Reitzels Forlag.

Kattan, J.A., Apostolou, A., Al-Samarrai, T., El Bcheraoui, C., Kay, M.K., Khaokham, C.B., Pillai, P., Sapkota, S., Jani, A.A., Koo, D., & Raylor, W.C. (2014). Beyond content: Leadership development through a Journal Club. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(5), 301-305

Kebede, S., Abende, Y., Wolde, M., Bekele, B., Mantopoulos, J., & Bradley, E.H. (2009). Educating leaders in hospital management: A new model in Sub-Saharan Africa. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(1), 39-43.

Kjeldsen, A.M., & Andersen, L. (2021). Afstemt distribueret ledelse: Hvorfor og hvordan? *Ledelse i Morgen – Tidsskrift for pædagogiske ledelse*, 24(5), 2-4

Knudsen, S.V., Laursen, H.V.B., Johnsen, S.P., Bartels, P.D., Ehlers, L.H., & Mainz, J. (2019). Can quality improvement improve the quality care? A systematic review of reported effects and methodological rigor in plan-do-study-act projects. *BMC Health Services Research*, 19, 683, 1-10.

Kringelum, L.B., & Brix, J. (2020). Critical realism and organizational learning. *The Learning Organization*, 28(1), 32-45.

Krippendorff, K. (1980). *Content analysis an introduction to its Methodology*. Sage.

Kyngäs H., & Vanhanen L. (1999). Content analysis. *Hoitotiede*, 11, 3–12.

Kristiansen, S., & Krogstrup, H.K. (2015), *Deltagende Observation: Introduktion til en Samfundsvidenskabelig Metode*". Hans Reitzels Forlag, København.

Krogstrup, H.K. (2016). *Evalueringsmodeller*. Hans Reitzels Forlag.

Krogstrup, H.K. (2017). *Samskabelse og Capacity Building i den offentlige sektor*. Hans Reitzels Forlag.

Krogstrup, H.K., & Brix, J. (2019). *Co-produktion i den offentlige sektor: Brugerinvolvering i kvalitetsudvikling*. Hans Reitzels Forlag.

Krogstrup, H.K., & Mortensen, N.M. (2021). The fifth evaluation wave: Are we ready to co-evaluate". I Thomassen, A.O., & Jensen, J.B. *Processual perspectives on the co-production turn in public sector organizations*, IGI Global.

Ku, H.B., & Yuen-Tsang, A.W.K. (2013). Capacity Building. I Bevir, M. *The Sage Handbook of Governance*, SAGE.

Kvale, S. (1997). *Interview: en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S. (2007), *Doing Interviews*. The SAGE Qualitative Research Kit.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Hans Reitzels Forlag.

LaFond, A. K., Brown, L., & Macintyre, K. (2002). Mapping capacity in the health sector: a conceptual framework". *The International Journal of Health Planning and Management*, 17(1), 3-22.

Langley, A. (1999). Strategies for Theorizing from Process Data. *The Academy of Management*, 24(4), 691-710.

Langley, A., & Abdallah, C. (2011). Templates and Turns in Qualitative Studies of Strategy and Management. *Research Methodology in Strategy and Management*, 6, 201-235.

Langley, G.J., Moen, R.D., Nolan, K.M., Nolan, T.W., Normand, C.L. & Provost, L.P. (2009). *The Improvement Guide*. Jossey-Bass.

Laursen, E., & Thomassen, A.J. (2017). Capacity Building, Organisatorisk Læring og Den Lærende Organisation. I Krogstrup, H.K. *Samskabelse og Capacity Building i den offentlige sektor*. Hans Reitzels Forlag.

Lemire, S., Kwako, A., Nielsen, S. B., Christie, C. A., Donaldson, S. I., & Leeuw, F. L. (2020). What is this thing called a mechanism? Findings from a review of realist evaluations. *New Directions for Evaluation*, 167, 73–86.

Lennie, J. (2005). An evaluation capacity-building process for sustainable community IT initiatives: empowering and disempowering impacts”. *Evaluation*, 11(4), 390-414.

London, M., & Smith, J. W. (2002). Feedback orientation, feedback culture, and the longitudinal performance management process. *Human Resource Management Review*, 12(1), 81–100.

Madsen, F., Ladelund, S., & Linneberg, A. (2014). High Levels of Bed Occupancy Associated with Increased Inpatient and Thirty-Day Hospital Mortality In Denmark. *Health Affairs*, 33(7), 1236–1244.

Mainz, J., Sørensen, P.L., Kjølbye, M., Sloth, A., & Ulrichsen, H (2013). Vi bruger alt for meget tid på registrering. *Politiken*, 11(18), 5-6.

Mainz, J. (2017). *Basal kvalitetsudvikling*. Munksgaard.

Mandell, M., & Keast, R.L. (2008). Voluntary and community sector partnerships: Current inter-organizational relations and future challenges. I Cropper, S., Ebers, M., Huxham, C., & Ring, P.S. *The Oxford Handbook of Inter-Organizational Relations*, Oxford University Express.

Mertkan, S., & Surgrue, C. (2013). Building institutional capacity: more accountability than autonomy? *Journal of Organizational Change*, 27(2), 331-343.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, (2014). *Faglig gennemgang af Akutmodtagelserne*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Minister for Sundhed og Forebyggelse (2015). *Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Mingers, J., & Standing, C. (2017). Why things happen – developing the critical realist view of causal mechanisms. *Information and Organization*, 2 (3), 171-189.

Moore, M. H. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Harvard University Press.

Mortensen, N. M., Brix, J., & Krogstrup, H. K. (2020). Reshaping the hybrid role of public servants: Identifying the opportunity space for co-production and the enabling skills required by professional co-producers”. I Dickinson, H., & Sullivan; H. *The palgrave handbook of the public servant*. Palgrave Macmillan.

Munn, Z. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(143), 1-7.

Nabatchi, T. (2018). Public values frames in administration and governance. *Perspectives on Public Management and Governance*, 1(1), 59–72.

Nguyen-Truong, C., Leung, J., & Micky, K. (2020). Development of a Culturally Specific Leadership Curriculum through Community-Based Participatory Research and Popular Education. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 5(82), 73-88.

Nu'Man, J. (2007). A framework for building organizational capacity integrating planning, monitoring, and evaluation. *Journal of Public Health Management and Practice*, 13, 24-32.

Nørby, C., & Bjerrum, M. (2021). Kvalitativ indholdsanalyse – En hands-on introduktion. *Klinisk sygepleje*, 35, 324-332

Paul, S., & World Health Organization. (1995). *Capacity building for health sector reform*. World Health Organization.

Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. Sage Publications.

Philips, C., Bassell, K., Fillmore, L., & Stephenson, W. (2018). Transforming Leaders into Stewards of Teaching Excellence: Building and Sustaining an Academic Culture Through leadership Immersion. *Contemporary Issues in Education Research*, 11(1), 1-10

Pollock, N.A. (2017). Supporting occupational therapists implementing a capacity-building model in schools. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84, 242-252.

Porter M., & Lee, T. (2013). *The strategy that will fix health care*. Harvard Business.

Potter, C., & Brough, R. (2004). Systemic capacity building: a hierarchy of needs. *Health Policy and Planning*, 19(5), 336-345.

Raisch, S., & Zimmermann, A. (2019). Pathways to ambidexterity. I Smith, W., Lewis, M., Jarzabkowski, P., & Langley; A. *The Oxford Handbook of Organizational Paradox*, Oxford University Press

Rohwedder, B., Rohwedder, J., & Sørensen, L. (2021). Insideraktionsforskning: En farbar vej til organisatorisk forandringskapacitet. *Forskning og Forandring*, 4(2), 62–85.

Resar, R. (2011). Using Real-Time Demand Capacity Management to Improve Hospitalwide Patient Flow. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(5), 217 – 227.

Region Midtjylland, (2016). *Sikkert Patientflow, Regionalt Program*. Region Midtjylland.

Region Midtjylland, (2019). *Sikkert Patientflow, Regionalt Program*. Region Midtjylland.

Region Midtjylland, (2020). *Sikkert Patientflow 2020-2023, Regionalt Program*. Region Midtjylland.

Region Midtjylland, (2020). *Sikkert OP- Flow, 2020-2023, Regionalt Program*. Region Midtjylland.

Sundhed og Ældreministeriet, KL og Danske Regioner (2019). *Nationale Mål For Sundhedsvæsenet*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Saunders, M. N. K., Lewis, P., & Thornhill, A. (2015). *Research Methods for Business Students*. Pearson Education Limited.

Schouten, L.M., Hulscher, M.E., van Everdingen, J.J. (2008). Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review". *BMJ*, 336(1491).

Schreier, M. (2014). Quality content analysis. I Flick, U. *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*, Sage Publications.

Schön, D.A. (2001). *Den reflekterende praktiker: Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Forlaget Klim.

Seemann, J. (1999). Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk. I Borum, F., Erlingsdottir, G., Bentsen, E., & Zahlin-

Andersson, K. *Når styringsambitioner møder praksis: den svære omstilling af sygehus - og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Handelshøjskolens Forlag.

Siriwardena, A. (2009). Engaging clinicians in quality improvement initiatives- Art or science?”, *Quality Primary Care*, 17, 303–305.

Stringer, P. (2013). *Capacity building for School Improvement*. Sense Publishers.

Stoll, L. (2009). Capacity Building for school improvement or creating capacity for learning? A changing landscape. *Education Change*, 10, 115-127.

Sundhedsstyrelsen. (2002). *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet - fælles mål og handleplan 2002-2006*. Sundhedsstyrelsen.

Tetui, M., Hurtig, A.K., Ekirpa-Kiracho, E., Kiwanuka, S.N., Coe, A.B. (2016). Building a competent health manager at district level: a grounded theory study from Eastern Uganda. *BMC Health Services Research*, 16(665)1-13.

Thomassen, A.O., & Jensen, J.B. (2021). *Processual Perspectives on the Co-production Turn in Public Sector Organizations*”. IGI Global

Toma, M., Blamey, A., Mahal, D., Gray, N.M., Allison, L., Thakore, S., & Bowie, P. (2020). Multi-method evaluation of a national clinical fellowship programme to build leadership capacity for quality improvement. *BMJ-open Quality*, 9, 1-10

Torfig, J. (2013). Offentlig ledelse i et styringsperspektiv: før, nu og i fremtiden. I: Agger, A., & Löfgren, K. *Politik og administration*. Hans Reitzels Forlag.

Torfig, J., & Triantafillou, P. (2017). *New public governance på dansk*. Akademisk Forlag.

Torfing, J., & Sørensen, E. (2019). Interactive political leadership in theory and practice: How elected politicians may benefit from co-creating public value outcomes. *Administrative Sciences*, 9(3), 1–18

Try, D., & Radnor, Z. (2007). Developing an understanding of results-based management through public value theory. *International Journal of Public Sector Management*, 20(7), 655-673.

Vallgård, S., & Krasnik, A. (2016). *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*. Munksgaard

Van Assen, M.F. (2020). Empowering leadership and contextual ambidexterity – The mediating role of committed leadership for continuous improvement. *European Management Journal*, 38(3), 435-449.

Van der Wal, Z., Nabatchi, T., & De Graaf, G. (2015). From galaxies to universe: A cross-disciplinary review and analysis of public values publications from 1969 to 2012. *The American Review of Public Administration*, 45(1), 13–28.

Vedung, E. (1998). *Utværdering i Politik och Forvaltning*. Samfundslitteratur

Vedung, E. (2009). Om minimale og kontekstuelle definitioner af evaluering. Cepra-striben, *Tidsskrift for evaluering i praksis*. 7, 48-54 .

Von Heimburg, D. V., Langås, S. V., & Ytterhus, B. (2021). Feeling Valued and Adding Value: A Participatory Action Research Project on Co-creating Practices of Social Inclusion in Kindergartens and Communities. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-19.

Von Heimburg, D., Ness, O. & Storch, J. (2021). Co-Creation of Public Values: Citizenship, Social Justice, and Well-Being. I: A.O. Thomassen, A.O., & Jensen, J.B. *Processual Perspectives on the Co-production Turn in Public Sector Organizations*. IGI Global

Wang, C., & Rafiq, M (2014). Ambidextrous organizational culture, Contextual ambidexterity and new product innovation: a comparative study of UK and Chinese high-tech Firms, *British Journal of Management*, 2(1), 68-76.

Wad, P. (2021). Realistisk videnskabsteori og kritisk realisme. I Jacobsen, M.H., Lippert-Rasmussen, K., & Nedergaard, P. *Videnskabsteori: I statskundskab, sociologi og forvaltning*. Hans Reitzels Forlag.

Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Saga Publications.

Willacy, E., Bratton, S. (2016). On management matters: Why we must improve public health management through action: Comment on “ Management matters: A leverage point for health systems strengthening in global health. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(1), 63-65.

Williams, B.N., Kang, S.C., & Johnson, J. (2016). Dark Side of Co-production: Public value failures in co-production processes. *Public Management Review*, 18(5), 692 – 717.

Wolf, L., Vigna, A.J., Inzeo, P.O., Ceraso, M., & Wolff, T. (2019). From Roots to Results: A Qualitative Case Study of the Evolution of a Public Health Leadership Institute Building Capacity in Collaborating for Equity and Justice. *Health Education and Behavior*, 46, 33-43.

Yin. R. (2014). *Case Study Research Design and Methods*. Sage.

Örtenblad, A. (2001). On differences between organizational learning and learning organization. *The Learning Organization*, 8(3), 125-133.

Øvretveit, J., Bate, P., & Cleary, P. (2002). Quality collaboratives: lessons from research. *Quality Safety Health Care*, 11, 345 - 351.

Zhang, X., & Bartol, K.M. (2010). Linking empowering leadership and employee creativity: the influence of psychological empowerment, intrinsic motivation and creative process engagement. *Academy of Management Journal*, 53(1), 107-128.

ISSN (online): 2794-2694
ISBN (online): 978-87-7573-633-1

AALBORG UNIVERSITETSFORLAG